

# Hoivariskit ja hoivavakuutukset

*Tarmo Valkonen (toim.)*

Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos  
Kustantaja: Taloustieto Oy

Kannen kuva: Istockphoto.com (muokattu)

ETLA B253

ISBN 978-951-628-553-8

ISBN 978-951-628-554-5 (PDF)

ISSN 0356-7443

Painopaikka: Unigrafia Oy, Helsinki, 2012

## Esipuhe

Väestön ikääntyminen ja vanhusten yksinasumisen lisääntyminen edellyttävät lisäresursseja pitkäaikaishoivan rahoitukseen. Oikeanlaiset hoivavakuutukset voisivat helpottaa yksityisen hoivan rahoittamista. Tämä julkaisu, joka paneutuu hoivamenoriskeihin ja hoivan vakuuttamiseen Suomessa, perustuu Hoivaturva-tutkimushankkeeseen. Hankkeen tutkijat olivat ETLAsta, Helsingin yliopistosta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. Tutkimushankkeella oli kumppanuus Finanssialan Keskusliiton kanssa, joka rahoitti hanketta edeltävän pilottitutkimuksen. Tekes rahoitti merkittävän osan varsinaisesta tutkimuksesta. Molemmille kuuluu kiitos hoivatutkimuksen mahdollistamisesta.

Hoivaturva-hankkeen aktiiviseen johtoryhmään kuuluivat tutkijoiden edustajien lisäksi toimitusjohtaja Kristiina Hautakangas Mainio Vire -hoivayrityksestä, asiantuntija Aino Närkki Sosiaalialan Työnantaja- ja toimialaliitosta, Vantaan kaupungin vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Matti Lyytikäinen, johtaja Heikki Palm sosi-aali- ja terveysministeriön vakuutusosastolta sekä johtaja Timo Silvola Finanssialan Keskusliitosta. Tekesistä ryhmään kuului aluksi asiantuntija Pekka Kahri ja hänen seuraajanaan asiantuntija Pentti Nummi. Johtoryhmän kokouksissa kuultiin alustuksia sekä johtoryhmän jäseniltä että muilta asiantuntijoilta. Kaikille heille kuuluu kiitos tiedon jakamisesta ja hyödyllisistä keskusteluista tutkijoiden kanssa.

Toukokuussa 2012

Tarmo Valkonen



# Sisällysluettelo

Esipuhe

<b>1</b>	<b>Hoivavakuutuksen markkinoista</b>	<b>7</b>
	<i>Tarmo Valkonen</i>	
1.1	Johdanto	8
1.2	Hoivavakuutusten markkinat ja vakuutusten ominaisuudet	8
1.3	Kotitalouksien päätöksenteko ja hoivavakuutusten markkinat	15
1.4	Julkisen sektorin rooli hoivavakuutusmarkkinoiden synnyssä ja toimivuudessa	17
1.5	Kansainvälisiä esimerkkejä	19
1.6	Vakuutusten hinnoittelu ja markkinointi	20
1.7	Keskustelua	21
	Viitteet	23
	Kirjallisuus	24

<b>2</b>	<b>Hoivariski ja siihen vaikuttavat tekijät</b>	<b>27</b>
	<i>Elina Einö – Pekka Martikainen – Heta Moustgaard – Saska Saarioja</i>	
2.1	Taustaa	28
2.2	Aineisto ja menetelmät	28
2.3	Laitoshoitoon siirtyminen	29
2.4	Laitoksessa vietetty aika	35
2.5	Lopuksi	38
	Kirjallisuus	39

<b>3</b>	<b>Hoivariskit, hoivavakuutusten hinta ja vakuutustarve</b>	<b>41</b>
	<i>Niku Määttänen</i>	
3.1	Johdanto	42
3.2	Hoivariskien suuruus	43
3.3	Julkisen hoivapalvelulupauksen hinta	47
3.4	Erilaisten yksityisten hoivavakuutusten aktuaarisesti reilu hinta	48
3.5	Julkisen hoivalupauksen korvaavien yksityisten hoivavakuutusten kysyntä	49
3.6	Johtopäätöksiä	52
	Viitteet	54
	Kirjallisuus	54

---

## **4 Toimintakyky, terveydentila ja tulot laitoshoidon hakeutumisen selittäjinä: kirjallisuuskatsaus ja uusia suomalaisia tuloksia** 55

*Eero Siljander – Unto Häkkinen – Ismo Linnosmaa*

4.1	Johdanto	56
4.2	Laitoshoidon kysyntä: käsitteellinen tausta	57
4.3	Pitkäaikaisen laitoshoidon hoidon käyttöön vaikuttavat tekijät	59
4.4	Empiirinen tutkimus laitoshoidon siirtymiseen vaikuttavista tekijöistä	63
4.5	Päätelmät	66
	Liitetaulukot	68
	Viite	71
	Kirjallisuus	71

---

## **5 Iäkkäiden palvelut, niiden rahoitus ja hoivavakuutus Suomessa** 75

*Ismo Linnosmaa – Unto Häkkinen – Tarmo Valkonen – Jukka Lassila*

5.1	Johdanto	76
5.2	Iäkkäiden hoito- ja hoivapalvelut	76
5.3	Hoivapalvelujen rahoitus Suomessa	80
5.4	Hoivan rahoituksen vaihtoehtoja universaalii järjestelmän puitteissa	82
5.5	Järjestelmien eduista ja haitoista	83
5.6	Yksityisen hoivavakuutuksen mahdollisuudet Suomessa	84
	Kirjallisuus	88

# 1

## Hoivavakuutuksen markkinoista

*Tarmo Valkonen*



## 1.1 Johdanto

Paine yksityiseen varautumiseen vanhuuden menojen varalle kasvaa tulevaisuudessa. Ikä ja asumismuoto vaikuttavat tutkimusten mukaan keskeisesti avun tarpeeseen. Yksinasuvien yli 80-vuotiaiden vanhusten määrän ennustetaan kasvavan Suomessa lähes 220 000 hengellä seuraavan 30 vuoden aikana<sup>1</sup>. Kuntien taloudelliset mahdollisuudet tarjota hoivaa ja ihmisten elintason nousun myötä kasvavat vaatimukset hoivan saataavuudesta ja laadusta joutuvat väistämättä ristiriitaan väestön ikääntyessä. Ristiriidan ratkaisu edellyttää yksityisen ja julkisen hoivan rahoituksen yhteensovittamista.

Yksityinen varautuminen voidaan toteuttaa joko säästämällä tai vakuutuksilla. Vakuutusten etuna on, että ne vähentävät tarvetta tinkiä kulutuksesta etukäteen. Vakuutukset suojaavat hyvin myös suurilta kustannuksilta, jotka liittyvät esimerkiksi poikkeuksellisen pitkäaikaiseen hoivan tarpeeseen.

Tässä artikkelissa kuvataan hoivavakuutusten markkinoiden syntyminen ehtoja, vakuutustuotteiden ominaisuuksia ja kansainvälisiä kokemuksia markkinoiden toimivuudesta. Hoivavakuutuksella tarkoitetaan vakuutusta fyysisen tai henkisen toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien kustannusten varalle.

Vapaaehtoisten hoivavakuutusten markkinat ovat merkittävän suuruiset vain muutamissa maissa, vaikka niistä potentiaalisesti saatava hyvinvoinnin lisäys olisi suuri. Tälle ilmiölle on etsitty ja löydetty paljon selityksiä<sup>2</sup>. Ne liittyvät muun muassa ihmisten puutteelliseen tietämykseen riskeistä, hoivan saatavuudesta ja hinnasta, toiveisiin ja pelkoihin, perhetilanteeseen, vakuutusasiakkaiden valikoitumiseen ja moraalikatoon sekä julkisen sektorin rahoittaman hoivan ehtoihin.

## 1.2 Hoivavakuutusten markkinat ja vakuutusten ominaisuudet

Vapaaehtoiset hoivavakuutukset ovat joko sosiaalivakuutusta ja julkisia hoivapalveluja täydentäviä (Saksa, Ranska ja Espanja) tai niitä korvaavia (Yhdysvallat ja Iso-Britannia). Ne voidaan jaotella myös sen mukaan, määräytyvätkö korvaukset syntyneiden kustannusten perusteella, kuten tyypillisesti Yhdysvalloissa, vai oikeuttaako toimintakyvyn alenema etukäteen määritellyn suuruiseen kuukausikorvaukseen, kuten Ranskassa.

Vapaaehtoisten vakuutusten ominaisuudet voivat poiketa monella muullakin tavalla toisistaan. Osittain on kyse siitä, että tarpeiltaan ja toiveiltaan erilaiset vakuutuksenottajat haluavat erilaisia vakuutuksia, mutta myös siitä, millaiset vakuutukset



ovat niitä tarjoaville vakuutusyhtiöille kannattavia. Julkisella sektorilla on keskeinen merkitys markkinoiden muotoutumisessa sekä sen tarjoamien vanhushuolteen laadun, hinnan ja saamiseksi kauden kautta että suoraan vakuutusmarkkinoille vaikuttavien sääntöjen, kuten verotuksen kautta. Seuraavassa tarkastellaan hoivavakuutusten ominaisuuksia ja pohditaan niitä vakuutusten ostajan, myyjän ja edellä mainittujen julkisen sektorin asettamien reunaehtojen näkökulmasta.

### **Asiakkaiden valikoituminen**

Asiakkaiden valikoituminen tarkoittaa sitä, että vakuutuksia ottava asiakaskunta poikkeaa keskimääräisistä kansalaisista. Tämä on keskeinen asia hoivavakuutusten hinnoittelun ja potentiaalisen asiakaskunnan laajuuden kannalta.

Käänteiseksi valikoitumiseksi kutsutaan tilannetta, jossa asiakkaiksi valikoituvat keskimääräistä riskipitoisemmat ihmiset. Vakuutusyhtiö ei aina kykene hinnoittelemaan asiakkaita riskin mukaan esimerkiksi siksi, että asiakas tietää enemmän riskillisyydestään kuin vakuutusyhtiö. Kun vakuutukset hinnoitellaan keskimääräisen riskin mukaan, ne ovat kalliita pieniriskisille ja halpoja suuren riskin omaaville. Tämä valikoi asiakkaiksi enemmän suuririskisiä, mikä pakottaa vähitellen nostamaan vakuutusten hintaa, kun vahinkokehitys selviää. Lopputuloksena on vähemmän vakuutusturvaa kuin mitä asiakkaat ja vakuutusyhtiöt haluavat, ja ääritapauksessa ilmiöstä seuraa markkinoiden kuihtuminen tai niiden jääminen kokonaan syntymättä.

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan hoivavakuutusmarkkinoilla asiakkaiksi valikoituvat toisaalta keskimääräistä suuremman hoivariskin omaavat ja toisaalta hyvin koulutetut (Finkelstein ja McGarry 2006). Hyvin koulutetut ihmiset ovat tutkimusten mukaan keskimääräistä suurituloisempia, pitkäikäisempiä, suunnitelmallisempia ja enemmän riskiä karttavia. Maksukyky ja kiinnostus vakuutuksiin, samoin hyvin koulutettujen harvinaisempi varhainen toimintakyvyttömyys elintapaisairauksien vuoksi edustavat positiivista valikoitumista. Toisaalta pitkäikäisyys lisää todennäköisyyttä sairastua ennen pitkää kroonisiin tauteihin, jotka lisäävät hoivan tarvetta. Hoivavakuutuksissa käänteistä valikoitumista voi tapahtua vielä vakuutus sopimuksen tekemisen jälkeenkin, jos toimintakykynsä odotettua paremmaksi huomaavat ihmiset keskeyttävät vakuutukset<sup>3</sup>.

Sekä Yhdysvalloissa että Ranskassa on saatu hieman yllättävä tutkimustulos, jonka mukaan asiakkaiden valikoituminen ei ole merkittävä ongelma hoivavakuutuksissa (Courbage ja Plisson 2012). Sen on tulkittu johtuvan mainitusta positiivisen ja käänteisen valikoitumisen toisiaan kumoavasta vaikutuksesta. Vakuutuksia ottavat sekä varovaiset vähäriskiset että suuririskiseksi itsensä tuntevat ihmiset.

Yksinkertaisin tapa välttää käännteistä valikoitumista ja varmistaa ihmisten kattava osallistuminen markkinoille on vakuutuksen pakollisuus. Pakollisuus heikentää kuitenkin hyvinvointia. Pienituloisille vakuutusmaksujen maksaminen on ongelmallista. Toisaalta riittävän suurituloisilla on varaa kustantaa oma hoivansa, eivätkä he tarvitse vakuutusta. Kevyempi tapa vähentää valikoitumista on turvan järjestäminen ryhmävakuutusten avulla. Tästä ovat esimerkkeinä työnantajien ottamat hoivavakuutukset, joita on erityisesti Ranskassa ja Israelissa.

Vakuutusyhtiöt voivat myös yrittää hinnoitella hoivan tarpeen suhteen riskilliseksi havaitsemansa ihmisen vakuutukset kalliimmaksi, lykätä vakuutuksen voimaantuloa sopimuksen tekemisen jälkeen tai viime kädessä kieltäytyä kokonaan vakuutuksesta. Asiakkaan mukaan eriytetty hinnoittelu edellyttää riskikartoituksia, joiden luotettavuutta on kuitenkin vaikea kontrolloida ilman pääsyä terveydenhuollon rekistereihin. Vakuutusyhtiöt voivat rajoittaa välittömän avun tarpeessa olevien valikoitumista vakuutuksenottajiksi edellyttämällä, että vakuutus on voimassa vasta määrääjän päästä vakuutussopimuksen tekemisestä.

Riskipitoisten ihmisten valikoitumista asiakkaiksi voidaan vähentää myös pyrkimällä varhentamaan ikää, jolloin vakuutus otetaan. Vakuutuksen hinta nousee iän myötä<sup>4</sup>, mikä kannustaa ottamaan vakuutuksen riittävän nuorena, kun vakuutuksenottaja ei vielä tunne alttiuttaan toimintakyvyn menetykseen eläkeiässä. Tämän tekijän merkitystä vakuutusten hinnoitteluun vähentäneessä tulevaisuudessa se, että geneettisten sairauksien osalta ihmisen riskillisyyden voi olla jo varhain tiedossa.

Asiakkaiden käännteistä valikoitumista voidaan vähentää myös muilla vakuutus-ehdoilla. Esimerkiksi taipumusta vakuutuksen keskeytykseen voidaan vähentää etupainotteisella kulujen siirtämisellä maksuihin. Toinen tapa on käyttää hyväksi sitä, että varhain toimintakyvyn menettävät ovat yleensä lyhytikäisempiä. Tarjoamalla yhdistettyjä hoiva- ja eläkevakuutuksia vakuutusyhtiöt vähentävät valikoitumista sekä hoivariskin että pitkään elämisen riskin suhteen. Näiden yhdistelmävakuutusten markkinat ovat toistaiseksi kuitenkin pienet, koska ne edellyttävät suurempaa etukäteissäätämistä tai kertamaksua. On myös olemassa kertamaksullisia vakuutuksia, jotka otetaan vasta toimintakyvyn menetyksen jälkeen. Silloin valikoitumisriski ei koske toimintakyvyn menetyksen todennäköisyyttä, vaan sitä mikä on vakuutettujen elinajan odote. Englannissa myydään pelkästään näitä vakuutuksia.

Sukupuoli on merkittävä selittäjä sekä toimintakyvyn menetyksen ajoitukselle että hoivatarpeen ajalliselle kestolle. Naiset joutuvat hoivan piiriin nuorempina ja elävät avun tarpeessa pitempään.

Sukupuoli on helposti kontrolloitavissa oleva tekijä, mutta sitä ei kuitenkaan käytetä Yhdysvalloissa ja Ranskassa hoivavakuutusten hinnoittelussa. Vakuutusmaksujen eriyttäminen sukupuolen mukaan ollaan lisäksi kieltämässä EU:ssa, jolloin mm. Espanjassa ja Italiassa jouduttaneen muuttamaan nykyistä maksujen määräytymistä.

### **Moraalikato**

Moraalikato tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että vakuutuksen ottaneet ihmiset muuttavat käyttäytymistään niin, että pysyvä tai pitkäaikainen toimintakyvyn menetys tulee todennäköisemmäksi. Esimerkkinä ovat elintavat, jotka lisäävät vammautumisen tai sairastumisen riskiä. Ihmisten arvostus kotona asumista ja omaisten antamaa hoitoa kohtaan vähentää riskiä siitä, että vakuutus lisäisi laitoshoidon joutumiseen johtavaa käyttäytymistä<sup>5</sup>. Vakuutuksesta rahoitetun kotihoidon osalta samanlaista riskikäyttäytymistä vähentävää lisäkannustetta ei ole.

Houkutus kuvata toimintakyky todellista heikommaksi ja kustannukset suuremmiksi vaikuttaa tuotekehittelyyn. Kustannuksia korvaavissa vakuutuksissa joudutaan kontrolloimaan jokaista laskua, jollei rakenneta todettuun tarpeeseen sidottua hoivapakettia. Vaihtoehtona on tarjota rahallinen toimintakyvyn menetyksen asteeseen linkattu tuki. Kotitalous arvostaa jälkimmäistä enemmän, koska rahat voi käyttää haluamallaan tavalla. Moraalikatoa joudutaan kontrolloimaan näissä vakuutuksissa vain kerran siinä yhteydessä kun toimintakykyriski realisoituu.

Moraalikatoa pyritään ehkäisemään omavastuulla. Hoivavakuutuksessa tämä tarkoittaa kustannusten rahoittamista kokonaan tai osittain omilla varoilla muuttaman ensimmäisen kuukauden aikana toimintakyvyn todetun alenemisen jälkeen. Esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Ranskassa hoivavakuutuksissa on tyypillisesti 1–3 kuukauden mittainen omavastuu-aika. Hoivavakuutuksissa on myös tavallista, ettei asiakas valitse vakuutukseensa niin korkeaa korvaustasoa, että se riittäisi täyteen kustannusten korvaamiseen. Tämäkin piirre vähentää moraalikadon todennäköisyyttä.

On vaikea nähdä, että yksityinen hoivavakuutus muuttaisi vakuutettujen käyttäytymistä merkittävästi riskipitoisemmaksi Suomen kaltaisessa maassa, jossa on ennestään verraten hyvätasoinen julkinen terveyden- ja sosiaalihuolto. Hoivavakuutuksen roolina olisi lähinnä täydentävien palvelujen hankkiminen tai asiakasmaksuista aiheutuvan tulojen menetyksen kompensointi.

Toimintakyvyn menetyksen todentaminen standardoitujen ja kattavien mittarien (esimerkiksi RAI) avulla vähentäisi erimielisyyksiä korvausvelvollisuuden syntymisestä ja ehkäisisi sopimusosapuolien taipumusta arvioida toimintakyvyn alenemaa omalle edulle parhaalla tavalla. Kunnan pitkäaikaishoitopäätös olisi sekun mah-

dollinen kriteeri korvausten saamiselle, mutta kuntakohtaisten käytäntöjen erojen vuoksi ei nykyisellään kovin hyvä.

Yksi vaikeasti ratkaistavissa oleva ongelma on se, että ihmisen avun tarve riippuu paitsi fyysisestä ja henkisestä suorituskyvystä myös siitä toimintaympäristöstä, jossa hän elää. Esimerkiksi omaishoivan saatavuuden ottaminen mukaan korvauskriteeristöön aiheuttaisi kuitenkin tulkinta- ja valvontaongelmia ja voisi johtaa siihen, että omaishoivan tarjoajat vähentäisivät apuaan (Cremer ja Pestieau 2009).

Myös yksittäisten kuntien toimintaan voi liittyä moraalikatoa. Se näkyy esimerkiksi niin, että yksityisen hoivavakuutuksen olemassaolo vähentää kunnan antamia palveluja tai nostaa niiden hintaa. Julkisen hoivan saaminen standardoiduilla kriteereillä ja hinnalla vähentäisi tätä ongelmaa ja mahdollistaisi samojen kriteerien käytön vakuutuskorvausten saamisessa. Maissa, joissa hoivan rahoitus perustuu pakollisiin hoivavakuutuksiin ja niitä täydentäviin vapaaehtoiisiin vakuutuksiin, tätä ongelmaa ei ole.

### **Hoivamenoriskin jako vakuutetun ja vakuutusyhtiön kesken**

Hoivavakuutukset jakavat hoivakustannusten riskiä uudelleen vakuutetun ja vakuutusyhtiön kesken vakuutussopimuksen yksityiskohdissa kuvatulla tavalla. Esimerkiksi korvaus toimintakyvyn alenemisesta voi olla joko kiinteä kuukausittainen rahamäärä tai perustua toteutuneiden kustannusten suuruuteen. Kiinteän korvauksen tapauksessa vakuutettu kantaa riskin siitä, ettei saatu rahamäärä riitä kustannusten kattamiseen. Myös kustannuksia korvaavissa vakuutuksissa on yleensä päivittäinen korvauskatto ja joskus myös korvausten maksimimäärä koko vakuutukselle. Lisäksi niissä määritellään, korvataanko pelkkä laitoshoido vai myös kotihoito, apuvälineet ja kodin muuttaminen esteettömäksi. Omavastuuajka rajaa lyhytaikaiset toimintakyvyn menetykset vakuutuksenottajan maksettaviksi ja pienentää kokonaiskorvausta myös pysyvässä toimintakyvyn menetyksessä.

Korvausten saaminen voi olla joko määräaikaista tai se voi kestää loppuelämän ajan. Ajallisesti tai korvaussumman kokonaismäärän suhteen rajoitetuissa vakuutuksissa vakuutuksenottaja kantaa riskin siitä, että elää toimintakyvyn aleneman kanssa mahdollisesti pitkäänkin korvausten loppumisen jälkeen. Yhdysvalloissa asiakkaat voivat yleensä tehdä valinnan rajoitetun ja loppuelämän mittaisen korvauksen antavan vakuutuksen välillä. Useimmiten valitaan vakuutus, joka korvaa 1–5 vuoden kustannukset, kun keskimääräisen laitoshoidojakson pituus on 2,5–3 vuotta. (Brown ja Finkelstein 2008). Ranskassa vakava toimintakyvyn menetys oikeuttaa kiinteään kuukausittaiseen korvaussummaan koko loppuelämän ajan.

Korvattavan vahingon arvioimiseksi täytyy olla yhteisesti hyväksytty mittari toimintakyvyn alenemalle. Esimerkiksi Yhdysvalloissa on verotetuiksi kelpaavissa vakuutuksissa fyysisen toimintakyvyn suhteen kriteerinä se, että apua tarvitaan kahdessa kuudesta päivittäisiä toimintoja kuvaavassa tehtäväryhmässä (ADL 2/6). Ranskassa vastaavasti vakavan menetyksen korvauksen saa, jos apua tarvitaan kolmessa tehtäväryhmässä neljästä (ADL 3/4) ja osittaisen menetyksen korvauksen saa, jos apua tarvitaan kahdessa tehtäväryhmässä neljästä (ADL 2/4). Toinen yksityisissä hoivavakuutuksissa käytetty toimintakyvyn mittari on julkisen hoiva-avustuksen saamisen kriteeristö AGGIR. Kognitiivisten kykyjen arviointiin on omat mittarinsa, kuten esimerkiksi MMSE. Ehtona hoivavakuutuksen korvauksille käytetään silloin esimerkiksi jatkuvaa valvonnan tarvetta.

Kustannuksia korvaavissa vakuutuksissa voi syntyä erimielisyyksiä paitsi toimintakyvyn menetyksen ja sen vakavuuden suhteen, niin myös siitä millaisia palveluja pidetään korvauskelpoisina (Kessler 2008). Ihmisten vaatimukset hoivan laadun suhteen lisääntyvät vuosikymmenien mittaan yleisen elintason nousun ja teknologisen kehityksen myötä.

Vakuutusyhtiöt rajaavat riskejään etukäteen määrittelemällä tilanteita, joissa vakuutuksia ei myönnetä. Esimerkiksi todettu Alzheimerin tauti estää tyypillisesti vakuutuksen saamisen. Lääketieteen kehitys on toisaalta parantanut joidenkin vakavien sairauksien, kuten syöpien, ennustetta niin, että niihin sairastuminen ei välttämättä estä vakuutuksen saamista, vaikka vaikuttaakin sen hintaan.

Vanhuuden ajan säästömuotoisiin vakuutuksiin, kuten vapaaehtoiisiin eläkevakuutuksiin ja hoivavakuutuksiin, liittyy eräs erityispiirre, jota on vaikea perustella rationaalisesti. Kyse on siitä, että monet asiakkaat haluavat vakuutuksen myös sen varalle, ettei vahinkoa tapahdu. Esimerkkinä on, että eläkevakuutuksen yhteyteen halutaan ottaa henkivakuutus. Silloin ihminen vakuuttaa itsensä sekä sen varalle että elää pitkään että sen varalle että kuolee varhain. Tällä halutaan varmistaa se, että eläkevakuutussäästöt eivät jää vakuutetun kuollessa muiden vakuutettujen käyttöön, vaan ne periytyvät lähimmäisille. Yhtäaikainen henki- ja eläkevakuutus on kuitenkin vakuutusyhtiön suurempien kustannusten vuoksi asiakkaan kannalta aina kalliimpi kuin pelkkä säästämistuote, jos verotus kohtelee vakuutuksia ja muuta säästämistä samalla tavoin. Vakuutusyhtiölle tuoteyhdistelmä on vähäriskinen.

Hoivavakuutuksiin liitetään joskus samankaltaisia ominaisuuksia. Esimerkkinä on vaatimus, että vakuutuskorvauksia maksetaan toimintakyvyn vähenemisen jälkeen kiinteän ajanjakson ajan ja, jos vakuutettu kuolee ennen tämän jakson päättymistä, perilliset saavat loput korvaukset. Toinen malli on yhdistää hoiva- ja

henkivakuutus. Jos vakuutettu kuolee ennen hoivatarpeen syntymistä, omaiset saavat henkivakuutuskorvauksen. Jos hoivatarve syntyy ensin ja varoja tarvitaan kustannusten kattamiseen, aikanaan maksettava henkivakuutuskorvaus pienenee. Tässäkin tapauksessa se, että asiakas tai hänen omaisensa saavat aina korvauksen, vähentää sopimuksen vakuutusluonnetta ja asiakkaan saamaa hyvinvointia riskien uudelleenjaosta. Vakuutusyhtiön näkökulmasta kyse on lähinnä maksettujen korvausten ajoittumisesta.

Vakuutusyhtiöllä on rajalliset mahdollisuudet suojautua sen varalta, että korvattavat hoivariskit suurenisivat väestötason toimintakyky- ja elinaikamuutosten vuoksi joskus tulevaisuudessa. Tärkeimmät ovat riskimarginaalin sisällyttäminen etukäteen vakuutuksen hintaan ja vakuutusmaksujen korotus jälkikäteen. Keskimääräisen elinajan pituuteen sidotuilla rahoitusmarkkinatuotteilla voidaan lisäksi suojautua etukäteen yleistä elinikien nousua vastaan, mutta vastaavia toimintakykyriskeihin sidottuja tuotteita ei ole. Tulevien korvausten suuruuden ohella toinen merkittävä vaikeasti ennustettava asia on politiikka. Julkisen vallan päätösten tai niiden puuttumisen vaikutus markkinoille voi olla tulevaisuudessa huomattavan suuri. Vakuutusyhtiön tai asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa asiaan on kuitenkin vähäinen.

Hoivavakuutuksessa reagointi odotettua suurempiin korvauksiin nostamalla maksuja on ongelmallista, koska vahinkokehitys selviää tyypillisesti vasta hyvin pitkän ajan kuluttua vakuutussopimuksen tekemisestä. Maksun korotus kohdistuu lähinnä myöhemmin vakuutuksen ottaneisiin ja tuleviin asiakkaisiin, jolloin keskeytykset lisääntyvät ja uusien asiakkaiden hankinta vaikeutuu. Yhdysvalloissa maksujen nostaminen edellyttää lisäksi sitä, että vakuutusyhtiö kykenee osoittamaan valvoville viranomaisille korvauskustannusten nousseen pysyvästi odotettua korkeammiksi kyseisessä tuotetyypissä.

Kertamaksullisia hoivavakuutuksia ei juuri ole näillä markkinoilla (Warshawsky 2007). Sellainen poistaisi vakuutuksenottajalta riskin maksun noususta ja vastaavasti lisäisi vakuutusyhtiön kantamaa riskiä suuremmista kustannuksista. Kertamaksullisen ja jatkuvasti maksettavan vakuutuksen riskiominaisuuksissa on muitakin huomionarvoisia eroja. Esimerkiksi koulutetut ihmiset, jotka tyypillisesti elävät pitkään ja tulevat hoivan piiriin yleensä myöhäisellä iällä, ehtivät maksamaan huomattavasti pitempään vakuutusmaksuja kuin varhain hoivaan turvautuvat, joten heille kertamaksullinen vakuutus on edullisempi.

### Muiden kuin hoivariskien uudelleenjaosta

Hoivavakuutukset voivat suojata vakuutuksenottajaa sovittaessa muiltakin riskeiltä kuin niiltä, jotka liittyvät toimintakyvyn menetyksen todennäköisyyteen, laajuuteen ja pysyvyyteen. Erityisesti kustannuksia korvaavissa vakuutuksissa on usein ehto, että vakuutuskorvauksien maksimimäärä nousee ajan myötä etukäteen sovittua vauhtia (esimerkiksi 5 % vuodessa). Vakuutusmaksu on vastaavasti korkeampi. Tällaisen kiinteän inflaatio-oletuksen käyttö ei sinänsä siirrä hintojen vaihtelun riskiä vakuutusyhtiölle, mutta suojaa sellaista vakuutuksenottajaa, joka ei ymmärrä kustannusten nousun merkitystä pitkäaikaisessa vakuutuksessa.

Säästömuotoisiin vakuutuksiin liittyy aina myös riski sijoitusten tuoton vaihtelusta. Riskejä voidaan vähentää hajauttamalla sijoitukset ja sijoittamalla vähäriskisiin kohteisiin. Näistä ensimmäinen kannattaa tehdä aina, mutta jälkimmäinen heikentää säästöjen odotettavissa olevaa tuottoa. On myös mahdollista, että vakuutusyhtiö ottaa kantaakseen sijoitustuottojen vaihtelun riskin. Takuu aiheuttaa kustannuksia vakuutusyhtiölle ja alentaa vakuutetun säästöilleen saamaa tuottoa. Se voi silti parantaa riskiä karttavan vakuutuksenottajan hyvinvointia.

Hoivavakuutuksessa kyse on usein kymmenien vuosien päässä toteutuvan riskin realisoitumisesta ja vakuutusasiakkaan kannalta suurista rahasummista. Vakuutuksenottajan on siksi voitava luottaa vakuutusyhtiön kykyyn noudattaa vakuutussovimuksen ehtoja vielä kaukana tulevaisuudessakin. Vakuutuksia myyvät usein jo ennestään hyvin tunnetut rahoitus- ja vakuutusalan yritykset, mikä lisää luottamusta. Yhteiskunta tukee sopimusten pitävyyttä vakuutusyhtiöiden taloudellisen aseman ja vakavaraisuuden viranomaisvalvonnalla sekä tarjoamalla kuluttajasuojaa.

## 1.3 Kotitalouksien päätöksenteko ja hoivavakuutusten markkinat

Kotitalouksien säästämiseen, sijoittamiseen ja vakuutusten kysyntään liittyy monia erikoisia piirteitä, joille on jo pitkään yritetty löytää perusteluja. Yksi näistä on säästämisen jatkuminen vielä eläkeiässä, vaikka tulot ovat vähentyneet ja kulutukseen käytettävissä olevat vuodet vähenevät jatkuvasti. Toinen on kulutuksen väheneminen siirryttäessä suunnitelman mukaisesti eläkkeelle. Kolmas on annuiteettimuotoisten loppuelämän kattavien eläkkeiden vähäinen suosio (Cannon ja Tonks 2008). Neljänneksi voisi vielä lisätä vähäisen sijoittamisen osakemarkkinoille ja viidenneksi hoivavakuutuksen markkinoiden kehittymättömyyden. Nämä saattavat olla yhteydessä keskenään esimerkiksi sitä kautta, että rahoitus- ja vakuutusmarkkinat

toimivat jostakin syystä huonosti, jolloin vanhuuden ajan riskien varalle halutaan pikemminkin säästää varmoihin likvideihin kohteisiin kuin sijoittaa riskipitoisesti tai ostaa kalliita vakuutuksia.

Julkinen sektori ohjaa vanhustenhoivaan ja sen rahoittamiseen liittyviä kotitalouksien päätöksiä monella tavalla. Sen lisäksi vakuutusten potentiaaliseen hankintaan vaikuttavat muun muassa kotitalouksien odotukset hoivatarpeesta, perhetilanne ja mieltymykset (preferenssit).

Vakuutustarve on pienempi, jos yksilöllä on mahdollisuus saada omaishoivaa tai jakaa hoivan kustannuksia perheen kesken. Lasten olemassaolo voi toisaalta lisätä vakuutusten kysyntää useammastakin syystä. Perintömotiivin pitäisi periaatteessa lisätä halukkuutta ottaa vakuutus, koska muuntamalla osa varallisuudesta vakuutuksen muotoon saadaan varmistettua vanhuuden ajan kulutus, perinnön suuruus ja antamisajankohta paljon paremmin kuin säästämällä ja jättämällä perintö kuoleman jälkeen. Tätä ei kuitenkaan usein ymmärretä. Lapset saattavat ostaa suurempituloisina vakuutuksen vanhemmilleen, jolloin rahavirta kulkee toiseen suuntaan.

Osa ikääntyvistä ihmisistä ostaa vakuutuksen, koska haluaa välttää olemasta lapsille taakka. Toisaalta osa ikääntyneistä ei halua vakuutusta juuri sen vuoksi että arvostaa enemmän omaisten kuin ulkopuolisten tarjoamaa hoivaa. Kun vakuutusta ei ole, tätä hoivaa ja huolenpitoa saa todennäköisesti enemmän. On myös mahdollista että vakuutuksen olemassaolo vaikuttaa lasten päätökseen etsiä laitospaikka vanhemmille ja kotona asuvat vanhukset haluavat välttää tähän liittyvän moraalikadon jättämällä vakuutus hankkimatta.

Muillakin yksilöllisillä mieltymyksillä on vaikutusta vakuutusten hankintaan. On esimerkiksi mahdollista, että vanhuuden ajan kulutusta arvostetaan vähemmän kuin työssä tapahtuvaa. Tämä voi johtua yleisestä nykyisen kulutuksen korkeammasta arvostuksesta suhteessa tulevaan, kulutuksesta saadun hyödyn yhteydestä toimintakykyyn tai siitä, että työssä osalla kulutusmenoista ostetaan lisää niukkaa vapaa-aikaa esimerkiksi syömällä ravintolassa tai ostamalla valmisruokaa. Näissä tapauksissa voi olla rationaalista olla ottamatta vakuutusta tai ainakin pienentää vakuutussummaa.

Toisaalta on myös mahdollista, että aiemman säästämisen ja vakuutusten oton puuttumista kadutaan vanhana, mikä viittaisi lyhytnäköisyyteen, kyvyttömyyteen suunnitella pitkäjänteisesti tai tiedon puutteeseen. Pitkäaikaisen etukäteisvarautumisen vaativasta päätöksenteosta puuttuu lisäksi oppimisen mahdollisuus, joka usein toistuvien päätösten osalta ohjaa käyttäytymistä oikeaan suuntaan. Vakuutusten ottoa vähentää myös ihmisten taipumus aliarvioida todennäköisiä riskejä



ja yliarvioida harvinaisia. Tiedetään esimerkiksi, että hoivavakuutuksen ottaneet aliarvioivat merkittävästi harvemmin hoivariskin suuruutta kuin ne, joilla ei ole vakuutusta. Hoivariskien osalta on myös dokumentoitu ihmisten haluttomuus tehdä suunnitelmia ikävien asioiden toteutumisen varalta.

Muita tutkimusten osoittamia päätöksentekoon liittyviä piirteitä ovat taipumus päätösten lykkäämiseen ja voimakas halu karttaa tappioita. Hoivavakuutuksiin sovellettuna näistä ensimmäinen viittaa tilanteeseen, jossa päätöstä vakuutuksen hankinnasta siirretään niin pitkään että tarpeen todennäköisyys on suuri, mutta silloin myös vakuutuksen hinta on korkea. Tappioiden karttaminen voi näkyä haluttomuutena ottaa vakuutuksia, joissa tulkitaan menetettävän rahaa, kun vakuutustapahtumaa ei sattunutkaan.

Näitä päätöksenteon ongelmia voidaan lieventää monella tavoin. Ääriesimerkkinä on hoivavakuutusten pakollisuus, jolloin omia päätöksiä ei tarvita. Vakuutustuotteen yksinkertaisuus helpottaa sen ymmärtämistä. Koulutus ja suositukset auttavat ankkuroimaan päätökset hyviksi havaittuihin malleihin. Valintatilanteet voidaan muotoilla sellaisiksi, että yksilön arvostamat asiat korostuvat. Voidaan myös käyttää hyväksi ihmisten kiinnittäytymistä oikeana pidettyyn oletusarvoiseen käyttäytymiseen. Jälkimmäisestä on esimerkkinä se, että vakuutusmaksut peritään oletusarvoisesti palkoista ja vakuutuksesta luopumisesta täytyy tehdä ilmoitus. Kynnystä ottaa vakuutus voidaan alentaa sitomalla vakuutusmaksu esimerkiksi ansiotason nousuun tai inflaatioon, jolloin tulevaa hintojen nousua ei tarvitse huomioida ensimmäisissä vakuutusmaksuissa.

## 1.4 Julkisen sektorin rooli hoivavakuutusmarkkinoiden synnyssä ja toimivuudessa

Julkisen sektorin vaikutus hoivavakuutusmarkkinoiden syntyyn ja kehittymiseen on keskeinen. Kunnat määrittelevät rahoittamansa hoivan hinnan ja saamisedot. Sosiaalivakuutuslaitokset jakavat vanhuuteen, toimintakykyyn tai pienituloisuuteen liittyviä tulonsiirtoja. Sosiaaliturvan rahoitus edellyttää veroja ja maksuja, jotka vähentävät hoivan yksityiseen rahoitukseen käytettävissä olevia kotitalouksien tuloja. Lisäksi valtion pääomatuloverotus vähentää säästämistä sekä ohjaa sijoittamista ja yksityisten vakuutusten kysyntää. Myös yleisemmät julkisella sektorilla käytettävissä olevat keinot, kuten finanssilukutaidon opettaminen ja sen myötä vakuutuksista saadun hyödyn parempi ymmärtäminen, vaikuttavat markkinoiden kehittymiseen.

Maailmalta on poimittavissa monia esimerkkejä siitä, miten valtio on toimillaan ohjannut hoivan rahoitusta. Esimerkiksi Yhdysvalloissa valtion avustusta hoivaan ei saa, jollei käytä hoivan rahoitukseen ensin lähes kaikkea varallisuuttaan ja tulojaan, joihin kuuluvat myös korvaukset yksityisistä hoivavakuutuksista. Ehto asettaa vakuutuskorvauksille suuren epäsuoran veron ja on keskeinen syy sille, etteivät vakuutusmarkkinat kehity<sup>6</sup>. Japanissa kattavan julkisen hoivavakuutuksen tulo lopetti käytännössä yksityiset vakuutusmarkkinat (Le Corre 2011). Ranskassa yksityisillä hoivavakuutuksilla täydennetään julkista hoiva-avustusta. Hyvin toimivat hoivavakuutuksen markkinat ovat mahdolliset, koska hoivavakuutuksen korvauksia ei lasketa tuloksi määriteltäessä tulosidonnaisen avustuksen suuruutta.

Yhdysvalloissa osavaltiot ovat pyrkineet lisäämään hoivavakuutusten suosiota vakuutusyhtiöiden ja osavaltioiden kumppanuussopimuksilla (partnership programs). Näitä sopimuksia on jo valtaosassa osavaltioita. Sopimuksen mukaisen yksityisen hoivavakuutuksen ottaneet saavat takuun hoivan saatavuudesta ja siitä, että julkisen hoivarahoituksen tarveharkinnassa suojataan osa omaisuudesta. Osavaltiot hyötyvät siitä, että vakuutetut käyttävät ensin vakuutuksesta saamansa korvaukset ja vasta sitten, jos hoivatarve jatkuu vielä vakuutuksen päättymisen jälkeen, tulevat julkisen hoivan rahoituksen piiriin. Samalla voidaan säädellä hoivavakuutusten ehtoja.

Toinen tapa ohjata hoivavakuutusten ominaisuuksia haluttuun suuntaan on sallia maksujen verovähennys vain tietyntyyppisille vakuutuksille. Perusteluna on, että yhteiskunta haluaa ohjata kotitalouksien käyttäytymistä ja markkinoita. Tuotteiden standardoinnilla saadaan lisää läpinäkyvyyttä ja sen myötä toimivampi kilpailu.

Toisaalta verovähennyksen olemassaolo ei ole keskeinen asia vakuutusten kysynnälle. Ranskassa maksut eivät ole verovähenteiset ja myös Yhdysvalloissa on arvioitu, että verovähennyksen käyttöönoton vaikutukset ovat olleet verraten vähäiset vakuutusmarkkinoiden kannalta (Courtemanche ja He 2009) ja ne suuntautuvat pääosin suurituloisille (Goda 2011). Maksujen verovähennysoikeuden sijasta tärkeämpää saattaakin olla, ettei vakuutuskorvauksia katsottaisi verotettavaksi tuloksi, koska se heikentäisi järjestelmän vakuutusominaisuuksia. Verotuksen yhtäläistäminen eri säästämiskohteiden kesken saattaisi sekin lisätä hoivavakuutusten kiinnostavuutta. Esimerkiksi verotuella hankittu omistusasunto vähentää tarvetta ja mahdollisuuksia säästää erikseen hoivan varalle.

Yksi näkökulma markkinoiden kehittymiseen on julkisen lupauksen uskottavuus. Yhdysvalloissa pitkään suunniteltu julkisen sektorin organisoima vapaaehtoinen hoivavakuutus CLASS, jota olisi myyty ilman terveydentilan tarkistusta, on lykkääntynyt ja jää mahdollisesti kokonaan toteuttamatta, vaikka sitä koskeva laki on jo hyväksytty. Samalla tavoin Ranskassa on suunniteltu merkittävää uudistusta julkisen

hoivan tukeen jo monta vuotta. Epävarmuudella on ollut suuria vaikutuksia yksityisille markkinoille ja myös kotitalouksien mahdollisuuksiin suunnitella vanhuuden hoivaa ja sen rahoitusta. Tämänkaltainen uudistuksiin liittyvä epävarmuus tulee lisääntymään myös Suomessa, jollei ajoissa tehdä väestön ikääntymisen kestäviä ja yhteistoimintaan perustuvia pelisääntöjä yksityisen ja julkisen vastuun rajoista.

## 1.5 Kansainvälisiä esimerkkejä

Vapaaehtoisten hoivavakuutusten suurimmat markkinat ovat Yhdysvalloissa, Ranskassa ja Saksassa<sup>7</sup>. Ne ovat lähtökohdiltaan erilaiset. Saksassa yksityisellä vakuutuksella täydennetään ja joissakin tapauksissa korvataan julkista hoivavakuutusta. Yhdysvalloissa julkinen hoiva-avustus on tarkoitettu vain vähävaraisimmille. Silti yksityisten hoivavakuutusten määrä on suhteellisen alhainen, koska kenenkään, joka joskus arvioi joutuvansa julkisen hoivan piiriin, ei kannata ottaa vakuutusta. Tämä johtuu edellä mainitusta korvausten laskemisesta tuloksi julkisen avustuksen tarveharkinnassa.

Ranskassa oikeus julkiseen hoiva-avustukseen määräytyy todetun toimintakyvyn aleneman kautta, ja se täytyy käyttää tarpeen mukaan suunniteltuun hoivapakettiin, jossa palvelun tuottajana voi olla ammattilainen tai muu sukulainen kuin puoliso. Hoiva-avustuksen suuruus riippuu toimintakyvyn menetyksen asteesta ja saajan tuloista. Vapaaehtoisen vakuutuksen korvauksia ei lasketa mukaan näihin tuloihin. Julkinen tuki ajatellaan toissijaiseksi hoivan rahoituksen lähteeksi: lapsilla on lakisääteinen velvollisuus huolehtia tuen tarpeessa olevista ikääntyneistä vanhemmistaan, jos vanhusten omat rahat eivät riitä.

Yksityisen hoivavakuutuksen ottaneita oli Ranskassa vuoden 2010 lopussa 5,5 miljoonaa ja yli 40-vuotiaista vakuutettuja oli noin 15 %. Vakuutuksista runsas puolet oli työnantajan ottamia ryhmävakuutuksia. Vakuutuksenottajat olivat tyypillisesti naimisissa, heillä on lapsia, he ovat melko hyvin koulutettuja ja keskituloisia. Lisäksi he aikovat jättää verraten suuren perinnön (Courbage ja Roudaut 2008). Vakuutuskorvaukset ovat keskimäärin 600 euroa ja kustannukset toimintakyvyn menetyksestä ovat noin 2 500 euroa/kk. Vakava toimintakyvyn menetys oikeuttaa korvauksiin loppuelämän ajaksi. Vakuutuksenottajat ovat tyypillisesti 55–66-vuotiaita.

Yhdysvalloissa noin 5 prosentilla yli 40-vuotiaista oli hoivavakuutus vuonna 2008. Vakuutettujen kokonaismäärä oli noin 8 miljoonaa (Brown ja Finkelstein 2011). Myös Yhdysvalloissa vakuutukset kattavat vain osan kustannuksista, mikä heikentää vakuutusten merkitystä hoivan kokonaisrahoituksessa. Vuonna 2009 näistä kustan-

nuksista korvattiin yksityisistä vakuutuksista 9 prosenttia ja asiakasmaksuilla noin viidennes (Johnson ja Park 2011). Päivittäisten korvausten katoksi vakuutuksenottajat ovat valinneet keskimäärin noin 140 dollaria, kun kustannukset laitoshoidossa ovat noin 200 dollaria vuorokaudessa.

Tyypillinen yhdysvaltalainen hoivavakuutuksen ostaja on 55-vuotias<sup>8</sup>, koulutettu, hyvätuloinen<sup>9</sup> ja naimisissa. Vakuutuksissa korvausten maksimikesto on keskimäärin hieman yli 5 vuotta ja noin yksi kymmenestä kattaa loppuelämän korvaukset. Vakuutukset korvaavat nykyisin laitoshoidon kustannusten lisäksi lähes aina myös kotihoidon. Kolmannes hoivavakuutuksista on ryhmävakuutuksia. Hankintapäätöksissä tärkeimpiä syitä ovat omaisuuden suojaaminen, halutun hoivan varmistaminen ja riippumattomuus perheen mahdollisesti tarjoamasta hoivasta (Cohen 2003).

## 1.6 Vakuutusten hinnoittelu ja markkinointi

Hoivavakuutusten hinnoittelun reiluutta on vaikea mitata. Toteutunut korvauskehitys antaa tietoa kauan sitten otetuista vakuutuksista. Toisaalta nykyisten vakuutusmaksujen ja sijoitustuottojen pitäisi riittää kaukana tulevaisuudessa maksettaviin korvauksiin. Vakuutusyhtiöt pyrkivät suojautumaan yleisiä korvausten kasvua lisääviä riskejä vastaan vakuutusten hinnoittelulla. Brown ja Finkelstein (2007) toteavat, ettei Yhdysvalloissa ole tapana käyttää ennusteita toimintakyvyn menetyksestä tai hoivan tarpeesta hinnoiteltaessa vakuutuksia. Osittain tämä johtuu luotettavien ennusteiden puuttumisesta. Heidän tutkimustulostensa mukaan korvauksen odotusarvo on tyypilliselle miespuoliselle asiakkaalle 56 prosenttia maksetusta maksusta. Sen sijaan naisten korvausten odotusarvo on 104 prosenttia maksuista. Siitä huolimatta vakuutusten ottamisessa ei ole suurta eroa sukupuolten kesken. Vakuutusyhtiöiden perimät marginaalit hoivavakuutuksissa ovat korkeat suhteessa muihin pitkäaikaisiin vakuutuksiin (Brown ja Finkelstein 2011).

Toinen tapa hahmottaa vakuutusten hinnoittelun osuvuutta on analysoida hoivavakuutuksia tarjoavien yritysten kannattavuutta. Yhdysvalloissa muutamat isot vakuutusyhtiöt ovat lakanneet myymästä uusia hoivavakuutuksia tai nostaneet niiden hintoja rajusti viime vuosina. Tämä viittaa siihen, ettei hoivavakuutuksia pidetä kovin kannattavina. Keskeisiä syitä ovat olleet alhainen korkotaso, elinikien piteneminen ja vakuutusten keskeytysten vähäisyys. Erään laskelman mukaan 1 prosentin pysyvä aleneminen sijoitusten tuotossa aiheuttaa 10–15 prosentin korotuspaineen vakuutusmaksuun.

## 1.7 Keskustelua

Vapaaehtoisten hoivavakuutusten markkinat joko puuttuvat kokonaan tai ovat tarpeeseen nähden pienet lähes kaikissa maissa. Tätä ongelmaa on tutkittu paljon erityisesti Yhdysvalloissa. Kun analysoidaan markkinoiden synnyn edellytyksiä Suomessa, on perusteltua kuvata näitä tuloksia ja pohtia mitkä niistä ovat relevantteja meilläkin.

Näyttäisi siltä, että keskeisillä markkinoilla Yhdysvalloissa ja Ranskassa asiakkaiden valikoituminen ei ole keskeinen ongelma, koska hoivavakuutuksia ottavat sekä riskinsä suureksi tietävät että paljon riskiä karttavat. Toki myös rajoituksilla, kuten vakuutuksen epäämällä selvimmiltä riskitapauksilta ja ryhmävakuutuksilla on vaikutusta lopputulokseen. Samoin moraalikadon vähentäminen omavastuulla ja yhtenäisillä toimintakyvyn menetyksen kriteereillä näyttää olevan mahdollista. Näin hoivavakuutusmarkkinoiden suurimmat ongelmat eivät näyttäisi liittyvän valikoitumiseen tai moraalikattoon, joita pidetään perinteisesti hankalina asioina vakuutustoiminnassa<sup>10</sup>. Yksi sekä Yhdysvalloissa että Ranskassa tärkeäksi havaittu tekijä on vakuutuksensa keskeyttävien määrä. Siihen voidaan vaikuttaa maksurakenteella.

Mahdolliset virhearviot tulevaisuuden korvauskustannuksissa näyttävät johtuvan enemminkin koko taloudessa ja väestötasolla tapahtuvista muutoksista hoivan piiriin joutumisen todennäköisyydessä, hoivan kestossa ja kustannuksissa. Esimerkiksi kuolleisuutta on aliarvioitu systemaattisesti jo pitkään. Yksi tapa vähentää näiden aggregaattiriskien ennustamiseen liittyviä ongelmia on myöhentää vakuutuksenottoa mahdollisimman lähelle todennäköistä vakuutustapahtuman sattumisen ajankohtaa. Myöhentäminen lisää kuitenkin valikoitumista. Äärimmäinen ratkaisu on myöntää vakuutus vasta toimintakyvyn menettäneille, mutta silloin menetetään jo paljon markkinapotentiaalia. Muita jo aiemmin kuvattuja mahdollisuuksia siirtää aggregaattiriskejä vakuutuksenottajalle ovat vakuutusten rajoittaminen korvausajaltaan tai -summaltaan.

Julkisen sektorin rahoittaman hoivan saatavuudella ja ehdoilla on kansainvälisten kokemusten mukaan huomattava vaikutus yksityisten hoivavakuutusten kysyntään. Tästä lähtökohdasta ns. hoitovakuutustyöryhmä ehdotti Suomessa jo vuonna 2001, ettei vakuutuskorvauksia laskettaisi tuloksi hoivan asiakasmaksuja määrättäessä. Toinen välttämätön ehto markkinoiden kehittymiselle on, että julkisen hoivan ehdot saadaan yhtäläistettyä ja vakiinnutettua eri kunnissa. Silloin ihmiset tietäisivät paremmin, miten pitäisi yksityisesti varautua hoivatarpeen varalle. Jos julkisen hoivan määrä tai laatu muuttuu ennakoimattomasti tulevaisuudessa, sen täyden-

tämiseksi otetusta yksityisestä vakuutuksesta voi tulla joko riittämätön tai osittain päällekkäinen.

Hoivavakuutusten kysyntään liittyy samanlaisia päätöksenteko-ongelmia kuin vapaaehtoisten eläkevakuutusten. Keskeisiä näistä ovat ihmisten riittämätön tietoisuus riskeistä ja vakuutusten ominaisuuksista ja se, että vakuutusmaksujen menetyksiä, silloin kun vahinkoa ei satu, pidetään merkittävänä tappiona. Osasyynä on markkinointistrategia, jossa vakuutuksia myydään sijoitustuotteina sen sijaan että kerrottaisiin niiden varmistavan tulevan kulutuksen rahoituksen (Brown ym. 2008). Hoivan rahoituksen suunnittelun erityispiirteinä ovat perhetilanteen monensuuntaiset vaikutusmekanismit ja se, että hoivatarve on negatiivinen asia, jota ei haluta ajatella etukäteen ja jonka varalle on epämiellyttävää tehdä suunnitelmia (Pestieau ja Ponthiere 2011).

Paitsi markkinointistrategialla myös tuotesuunnittelulla voidaan vaikuttaa kysyntään. Esimerkiksi kiinteän rahallisen korvauksen antavaa vakuutusta pidetään yksinkertaisempana myydä ja ostaa kuin kustannuksia korvaavaa. Se on myös vakuutusyhtiön riskienhallinnan näkökulmasta yksinkertaisempi tuote ja siten helpompi hinnoitella. Vakuutusmarkkinat ovatkin siirtymässä kiinteiden korvausten suuntaan (OECD 2011).

Hyvin toimivat hoivavakuutusten markkinat parantaisivat kuluttajien hyvinvointia. Niiden syntymiseen tarvitaan julkisen vallan apua. Kysymys ei ole niinkään rahallisesta tuesta kuin sellaisen toimintaympäristön luomisesta, jossa vakuutusyhtiöiden tuotekehittäjät ja asiakkaat tekevät valistuneita valintoja tuntien julkisin varoin rahoitetun hoivan saatavuuden, laadun ja hinnan.

## Viitteet

- <sup>1</sup> Terveyden ja toimintakyvyn menetyksen siirtyminen myöhemmälle iälle vähentää julkisen hoivan tarvetta kahta kautta: ihmiset tarvitsevat itse vähemmän apua tietyssä iässä ja samanikäisen lähipiirin mahdollisuudet tarjota apua lisääntyvät (Lakdawalla ja Philipson 2002). Toisaalta elinaikojen piteneminen lisää hoivan tarpeen todennäköisyyttä.
- <sup>2</sup> Ks. esimerkiksi Brown, Goda ja McGarry (2012).
- <sup>3</sup> Kokemukset keskeytysten syistä ovat erilaiset eri maissa. Yhdysvalloissa vakuutukset keskeytetään usein kun joudutaan rahoitusvaikeuksiin (Comas-Herrera ym. 2012).
- <sup>4</sup> Lähteen Tumlinson ym. (2009) mukaan sellainen yksinasuvalle tarkoitettu vakuutus, jossa päivittäinen maksimikorvaus on 150 dollaria, maksimikesto kolme vuotta, inflaatiokorotus 5 % vuodessa ja omavastuu-aika 90 päivää, maksoi vuonna 2008 40-vuotiaana otettuna 1 512 dollaria vuodessa ja 70-vuotiaana otettuna 4 515 dollaria vuodessa. Hintaaeroin vaikuttaa sekä säästämisajan erilainen pituus että nuorena otetussa vakuutuksessa suurempi todennäköisyys keskeyttää vakuutus tai kuolla ennen toimintakykyriskin realisoitumista.
- <sup>5</sup> Toisaalta, kun kontrolloidaan terveys, toimintakyky, demografia ja tulot, havaitaan, että laitoksissa asuvilla on parempi elämänlaatu kuin kotona asuvilla (Böckerman ym. 2011).
- <sup>6</sup> Brown ja Finkelstein (2008) arvioivat maksuihin kohdistuvan veron suuruudeksi 60–75 prosenttia mediaanivarallisuuden omaavalla yksilöllä.
- <sup>7</sup> Israelissa noin puolella asukkaista on yksityinen hoivavakuutus, Italiassa oli 355 000 vakuutettua vuonna 2009 ja Englannissa 22 000 vakuutettua vuonna 2008 (Comas-Herrera ym. 2012).
- <sup>8</sup> Keskimääräinen ostoikä oli vuonna 1988 yksilöllisissä vakuutuksissa 72 vuotta, joten ikä on laskenut huomattavasti ajan mittaan. Ryhmävakuutuksissa ostoikä on sen sijaan noussut muutamalla vuodella 46 vuoteen (Coronel 2011).
- <sup>9</sup> On loogista, että vakuutuksenottajissa on vähän pienituloisia, koska Medicaid turvaa heidän hoivansa.
- <sup>10</sup> Barr (2010) pitää näitä vakuutusongelmia keskeisinä syinä sille, miksi hoivan rahoitus pitäisi lähtökohtaisesti perustaa sosiaalivakuutukselle, joita täydennetään säästämällä ja vapaaehtoisilla hoivavakuutuksilla.

## Kirjallisuus

Barr, N. (2010), "Long-term care: a suitable case for social insurance", *Social policy and administration*, 44: 359–374.

Brown, J. R. ja Finkelstein, A. (2007), "Why is the market for long-term care insurance so small?", *Journal of Public Economics*, 91: 1967–1991.

Brown, J. R. ja Finkelstein, A. (2008), "The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market", *American Economic Review*, 98: 1083–1102.

Brown, J. R. ja Finkelstein, A. (2011), "Insuring Long-Term Care in the United States", *Journal of Economic Perspectives*, 25: 119–42.

Brown, J. R., Goda, G. S. ja McGarry, K. (2012), "Why Don't Retirees Insure Against Long-Term Care Expenses? Evidence from Survey Responses", Arvioitavana aikakauskirjaan *Health Affairs*.

Brown, J. R., Kling, J. R., Mullainathan S. ja Wrobel, M. V. (2008), "Why Don't People Insure Late-Life Consumption? A Framing Explanation of the Under-Annuitization Puzzle", *American Economic Review*, 98: 304–309.

Böckerman, P., Johansson, E. ja Saarni, S. (2011), "Institutionalisation and the Quality of Life for Elderly People in Finland", ENEPRI Research Report No. 92.

Cannon, E. ja Tonks, I. (2008), *Annuity Markets*, Oxford University Press.

Cohen, M. A. (2003), "Private Long-term Care Insurance: A Look Ahead", *Journal of Aging and Health*, 15: 74–98.

Comas-Herrera, A., Butterfield, R., Fernández, J.L., Wittenberg, R. ja Wiener, J.M. (2012), "Barriers and Opportunities for Private Long-Term Care Insurance in England: What Can We Learn From Other Countries?" Luku teoksessa McGuire A. ja Costa-Font J. (toim.) *LSE Companion to Health Policy*. Elgar Edward, 2012 (tulossa).

Coronel, S. (2011), "The Private Long-Term Care Insurance Market in the United States: Evolution, Market Trends and Future Challenges", *Health and Ageing*, No. 24/April 2011. Geneva Association.

Courbage, C. ja Plisson, M. (2012), "Financing Long-Term Care in France", teoksessa Costa-Font, J. ja Courbage, C. (toim.), *Financing Long-Term Care in Europe – Institutions, Markets and Models*. Palgrave MacMillan.

Courbage, C. ja Roudaut, N. (2008), "Empirical Evidence of Long-term Care Insurance Purchase in France", *The Geneva Papers on Risks and Insurance – Issues and Practice*, 33: 645–56.

Courtemanche, C. ja He, D. (2009), "Tax Incentives and the Decision to Purchase Long-Term Care Insurance", *Journal of Public Economics*, 93: 296–310.

Cremer, H. ja Pestieau, P. (2009), "Securing Long-term Care in the EU: Some Key Issues", CESifo DICE Report 7 (4), 8–11.

Finkelstein, A. ja McGarry, K. (2006), "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market", *American Economic Review*, 96: 938–958.

Goda, G. S. (2011), "The impact of state tax subsidies for private long-term care insurance on coverage and Medicaid expenditures", *Journal of Public Economics*, 95: 744–757.

Johnson, R. W. ja Park, J. S. (2011), "Who Purchases Long-Term Care Insurance?" Urban Institute, No. 29, March 2011.



- Kessler, D. (2008), "The Long-Term Care Insurance Market", *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 33: 33–40.
- Lakdawalla, D. ja Philipson, T. (2002), "The Rise in Old-Age Longevity and the Market for Long-Term Care," *American Economic Review*, 92: 295–306.
- Le Corre, P-Y. (2011), "Long-Term Care Insurance: Building a Successful Development", teoksessa Costa-Font, J. ja Courbage, C. (toim.) *Financing Long-Term Care in Europe – Institutions, Markets and Models*. Palgrave MacMillan.
- OECD (2011), "Private Long-term Care Insurance: A Niche or a "Big Tent"?" Teoksessa *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD.
- Pestieau, P. ja Ponthiere, G. (2011), "Long-Term Care Insurance Puzzle", teoksessa Costa-Font, J. ja Courbage, C. (toim.) *Financing Long-Term Care in Europe – Institutions, Markets and Models*. Palgrave MacMillan.
- Tumlinson A., Aguiar, C. ja O'Malley Watts, M. (2009), "Closing the Long-Term Care Funding Gap: The Challenge of Private Long-Term Care Insurance", The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.
- Warshawsky, M. J. (2007), "The Life Care Annuity", Working Paper No. 2, Georgetown University Long-Term Care Financing Project.





# Hoivariski ja siihen vaikuttavat tekijät

*Elina Einiö – Pekka Martikainen –  
Heta Moustgaard – Saska Saarioja*



## 2.1 Taustaa

Heikentynyt terveys ja toimintakyky lisäävät ikäihmisten laitoshoidon siirtymistä. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, etteivät nämä ole ainoita asioita, jotka vaikuttavat laitoshoidon siirtymiseen. Myös elämäntilanteeseen liittyvien tekijöiden kuten puolison puuttumisen ja taloudellisten tekijöiden on havaittu olevan yhteydessä ikäihmisten todennäköisyyteen siirtyä laitoshoidon. Koska laitoshoidon kustannuksiin vaikuttaa keskeisesti laitoshoidon kesto, on tärkeää tietää, kuinka suuri osuus jäljellä olevasta elinajasta vietetään laitoshoidossa ja kuinka suuri osuus kotona. Laitoshoidossa vietetty aika on myös yhteydessä ihmisten elämänlaatuun elämän loppupuolella. Tutkimustuloksia laitoksessa vietetyn ajan pituudesta elinaikana ja siihen vaikuttavista tekijöistä on kuitenkin vain hyvin vähän. Tässä artikkelissa esitetään tutkimustuloksia yli 65-vuotiaiden suomalaisten pitkäaikaiseen laitoshoidon siirtymisestä ja laitoksessa vietetyn elinajan pituudesta ja niihin vaikuttavista tekijöistä (Martikainen ym. 2009; Einiö 2010; Martikainen ym. julkaisematon tutkimus).

## 2.2 Aineisto ja menetelmät

*Laitoshoidon siirtymisen* analyysissa oli mukana yhteensä noin 280 000 yli 65-vuotiaista kotona asuvaa henkilöä, joiden pitkäaikaiseen laitoshoidon siirtymistä seurattiin tammikuusta 1998 syyskuuhun 2003. Laitoshoidoksi määriteltiin terveyskeskuksissa, sairaaloissa ja vanhainkodeissa tai vastaavissa yksiköissä (24h palvelutalot) tapahtuva pitkäaikainen hoito, joka kesti yli 90 vuorokautta tai oli vahvistettu pitkäaikaishoidon päätöksellä. Tutkimuksessa käytetty aineisto koottiin väestörekistereistä, sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereistä ja Kelan lääkerekistereistä. Tutkimuksessa selvitettiin eri sairauksien, sosioekonomisten tekijöiden, puolison olemassaolon ja leskeksi jäämisen yhteyttä laitoshoidon siirtymiseen yli 65-vuotiailla suomalaisilla. Ensimmäistä siirtymistä pitkäaikaiseen laitoshoidon analysoitiin Coxin regressiomallilla (Einiö 2010).

*Laitoshoidossa vietetyn elinajan* analyysissa käytettiin samaa aineistoa, mutta myös seurannan alussa laitoshoidossa olleet henkilöt olivat analyysissa mukana. Laitoshoidon katsottiin kuuluvaksi terveyskeskuksissa, sairaaloissa ja vanhainkodeissa tai vastaavissa yksiköissä tapahtuvan hoidon lisäksi myös kuntoutusjaksot. Analyysissa otettiin huomioon viisi ensimmäistä pitkäaikaista hoitoketjua. Menetelmänä käytettiin monitilaista elinajantaulua, jossa mahdollisia tiloja olivat kotona asuminen, laitoksessa asuminen ja kuollut. Monitilaista elinajantaulua

varten laskettiin ajanjaksolta 1998–2003 ikävuosittaiset siirtyneisyysluvut tilasta toiseen suhteuttamalla tiettyssä iässä tapahtuneiden siirtymien lukumäärä lähtötilassa samassa iässä vietettyyn henkilöaikaan. Ikävuosittaisten siirtyneisyyslukujen perusteella monitilainen elinajanotus -menetelmä tuotti todennäköisyydet siirtyä tilasta toiseen tietyn ikävuoden aikana sekä 65-vuotiaan elinajanodotteen kotona ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Elinajanodote on tulkittavissa keskimääräiseksi ajaksi, jonka 65-vuotias tulisi elinaikanaan viettämään kussakin tilassa, jos laitosasumisen, kotiinpaluun ja kuoleman todennäköisyydet säilyisivät vuosien 1998–2003 tasolla koko 65-vuotiaan loppuelämän ajan (Martikainen ym. julkaisematon tutkimus).

## 2.3 Laitoshiitoon siirtyminen

### Toimintakyky ja sairaudet

Useissa pitkittäistutkimuksissa on osoitettu, että fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen lisää ikäihmisten todennäköisyyttä siirtyä laitoshiitoon (Branch ja Jette 1982; Shapiro ja Tate 1988; Steinbach 1992; Wolinsky ym. 1992; Tomiak ym. 2000; Agüero-Torres ym. 2001). Erialaisten kroonisten sairauksien vaikutuksista on kuitenkin tarjolla vähemmän systemaattista tutkimustietoa. Dementian on osoitettu lisäävän laitoshiitoon siirtymisen todennäköisyyttä (Jagger ym. 2000), riippumatta henkilön muista sairauksista (Eaker ym. 2002) ja fyysisen toimintakyvyn ongelmista (Tomiak ym. 2000; Agüero-Torres ym. 2001; Banaszak-Holl ym. 2004). Kansainväliset poikkileikkaustutkimukset viittaavat myös siihen, että muutkin neurologiset sairaudet (Liu ja Tinker 2001), erityisesti aivohalvaus (Schmidt ym. 2000) ja Parkinsonin tauti (Berger ym. 2000), liittyvät laitoshoidossa olemiseen. Suomalaisen pitkittäistutkimuksen mukaan dementia, Parkinsonin tauti, aivohalvaus, masennusoireet ja muut mielenterveysongelmat, lonkkamurtuma sekä diabetes lisäsivät ikäihmisten todennäköisyyttä siirtyä laitoshiitoon yli 50 prosentilla, kun muut sairaudet ja sosiodemografiset taustatekijät oli otettu huomioon (Nihtilä ym. 2008). Dementian, Parkinsonin taudin ja aivohalvauksen vaikutukset laitoshiitoon siirtymiseen olivat erityisen suuria. Tulokset olivat samansuuntaiset yli 65-vuotiailla miehillä ja naisilla.

### Ikä ja sukupuoli

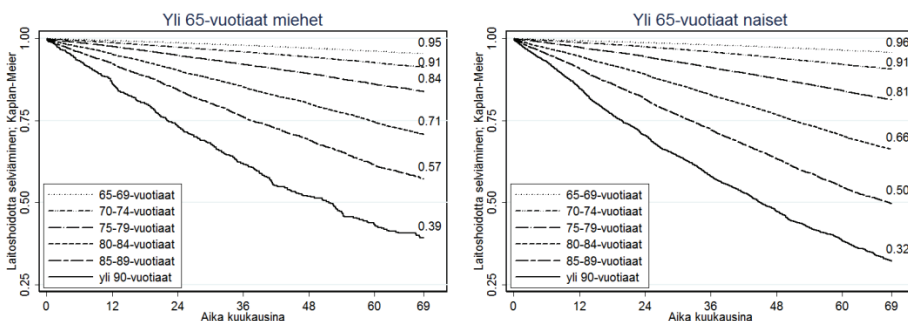
Lukuisten kansainvälisten tutkimusten mukaan laitoshiitoon siirtyminen on sitä todennäköisempää, mitä vanhempi ihminen on. Kuviossa 2.1 on esitetty kotona asuvien yli 65-vuotiaiden suomalaisten todennäköisyys selvitä ilman pitkäaikaista laitoshiitoa tammikuusta 1998 syyskuuhun 2003 iän ja sukupuolen mukaan. To-

dennäköisyys selvitä ilman laitoshoidtoa pienenee voimakkaasti iän myötä. Todennäköisyys selvitä ilman laitoshoidtoa seurannan alusta seurannan loppuun asti on 75–79-vuotiailla miehillä 0,84 ja naisilla 0,81, kun taas 85–89-vuotiaiden ikäryhmässä todennäköisyys on miehillä enää 0,57 ja naisilla 0,50. Kaikkein nuorimmassa ikäryhmässä, 65–69-vuotiailla, laitoshoidotta selviämisen todennäköisyys on korkea ja naisilla hieman miehiä suurempi, kun taas 70–74-vuotiailla todennäköisyys on sama molemmilla sukupuolilla. Vanhemmissa, yli 75–79-vuotiaiden ikäryhmissä, sukupuolten väliset erot selkeytyvät siten, että naisten laitoshoidotta selviämisen todennäköisyys on pienempi kuin miesten (Einiö 2010).

Yli 65-vuotaiden suomalaisnaisten todennäköisyys siirtyä pitkäaikaiseen laitoshoidtoon oli seuranta-aikana noin 40 % suurempaa kuin yli 65-vuotiaiden miesten. Tämä liittyy iän ja perherakenteen – yli 65-vuotiaat naiset ovat miehiä useammin yksinasuvia – erojen lisäksi osittain myös eroihin terveydessä ja sosioekonomisessa asemassa (Martikainen ym. 2009). Vastaavia taustasyitä naisten miehiä suuremmalle laitosasumiselle on havaittu myös tarkasteltaessa vanhainkotiin siirtymistä yli 75-vuotiailla suomalaisilla ja belgialaisilla. Sukupuolten erot vanhainkodissa asumisessa ja sinne siirtymisessä ovat Belgiassa kuitenkin suuremmat kuin Suomessa (Einiö ym. 2012). Myös poikkileikkaustutkimukset osoittavat, että iäkkäät naiset ovat miehiä useammin laitoshoidossa lähes kaikissa Euroopan ja Pohjois-Amerikan maissa. Ainoastaan Puolassa yli 80-vuotiaiden laitosasuminen on yleisempää miehillä (Huber ym. 2009). Yleensä muissa maissa naisten miehiä yleisempi laitosasuminen korostuu iän mukana (Bajekal 2002; Huber ym. 2009; Einiö ym. 2012).

### Kuvio 2.1

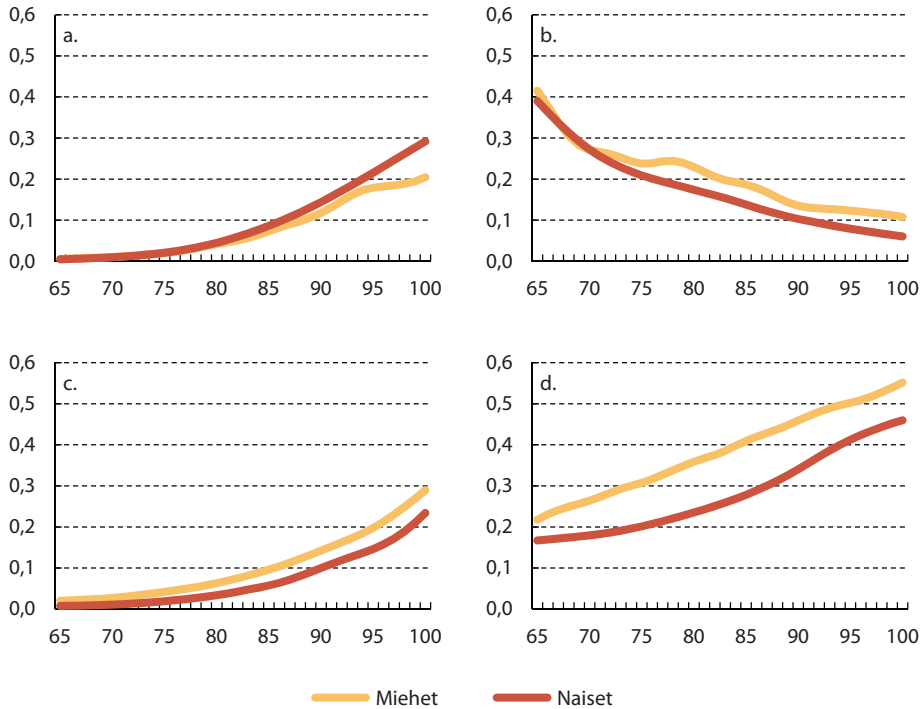
Todennäköisyys selvitä ilman pitkäaikaista laitoshoidtoa sukupuolen ja seurannan alun iän mukaan, tammikuu 1998–syyskuu 2003 (Kaplan-Meier estimaatit), yli 65-vuotiaat suomalaiset



Lähde: Einiö (2010).

**Kuvio 2.2**

Todennäköisyys siirtyä (a) pitkäaikaiseen laitoshoittoon, (b) laitoshoidosta kotiin ja todennäköisyys (c) kuolla kotona ja (d) kuolla laitoshoidossa tietyn ikävuoden aikana, yli 65-vuotiaat miehet ja naiset



Lähde: Martikainen ym. julkaisematon tutkimus.

Kun laitoshoittoon siirtymistä tarkastellaan tietyssä iässä tapahtuvina todennäköisyyksinä, havaitaan selvemmin, että naisten todennäköisyys siirtyä laitoshoittoon on miehiä korkeampi vasta 80 ikävuoden jälkeen (kuvio 2.2). Naisilla ikä näyttää lisäävän laitoshoittoon siirtymistä jyrkemmin kuin miehillä. Yli 95 vuoden iässä naisten laitoshoittoon siirtyminen on huomattavasti todennäköisempää kuin samikäisillä miehillä (Martikainen ym. julkaisematon tutkimus).

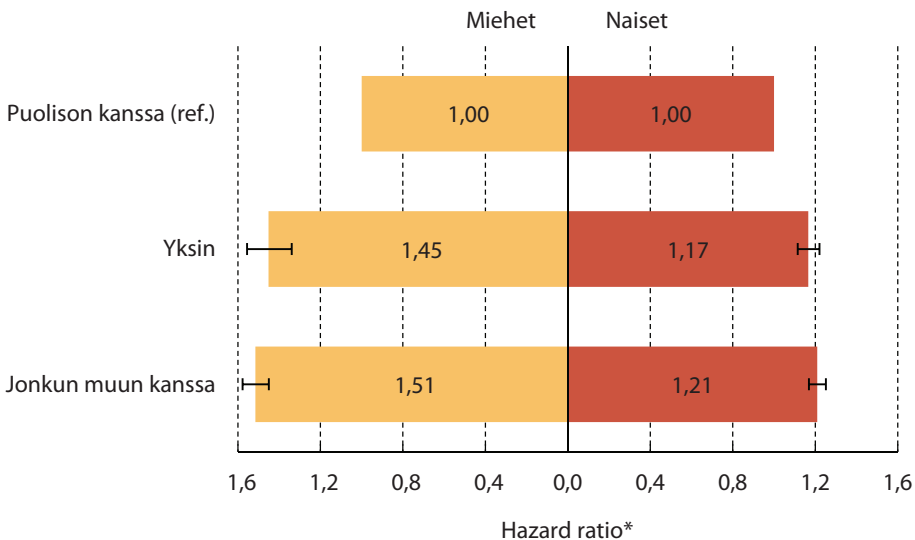
**Perhemuoto**

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, että puolison kanssa asuminen vähentää ja yksinasuminen lisää laitoshoittoon siirtymisen todennäköisyyttä (Branch ja Jette 1982; Grundy 1992; Steinbach 1992; Wolinsky ym. 1992; Grundy ja Glaser 1997;

Breeze ym. 1999; Grundy ja Jitlal 2007). Perherakenteen yhteys laitoshoidon todennäköisyyteen on merkitsevä myös yli 65-vuotiailla suomalaisilla ja yhteys selittyy vain osittain puolison kanssa asuvien korkeammalla sosioenomaisella asemalla, paremmilla asuinoloilla ja paremmalla terveydellä. Miehillä puolison puuttuminen on vahvemmin yhteydessä laitoshoittoon siirtymiseen kuin naisilla: yksinasuvien miesten laitoshoidon todennäköisyys oli 1,45-kertainen puolison kanssa asuviin verrattuna, naisilla vain 1,17-kertainen, kun muut sosiodemografiset tekijät ja krooniset sairaudet oli otettu huomioon (kuvio 2.3). Vastaavasti muiden kuin puolison kanssa asuvien todennäköisyys siirtyä laitoshoittoon oli miehillä 1,51-kertainen ja naisilla 1,21-kertainen puolison kanssa asuviin verrattuna, kun muut tekijät oli huomioitu (Nihtilä ja Martikainen 2008b). Puolison emotionaalinen tuki ja apu käytännön asioissa todennäköisesti helpottavat ikäihmisen kotona asumista, etenkin sairastuessa. Puolison puuttumisen voimakkaampi yhteys laitosasumiseen miehillä ei välttämättä kuitenkaan ole kokonaan kausaalista vaan saattaa osittain liittyä miesten ja naisten eroihin avioliittoon valikoitumisessa.

### Kuvio 2.3

Laitoshoittoon siirtymisen suhteellinen riski (hazard ratio ja 95% luottamusväli) asuimuodon mukaan, tammikuu 1998-syyskuu 2003, yli 65-vuotiaat miehet ja naiset (N=108 474 miehet, 172 248 naiset)



\* Vakioitu ikä, asuinalue, koulutus, sosioekonominen asema, asuntokunnan tulot, asunnon omistaminen, talotyyppi, asunnon varustetaso, krooniset sairaudet.

Lähde: Nihtilä ja Martikainen (2008b).

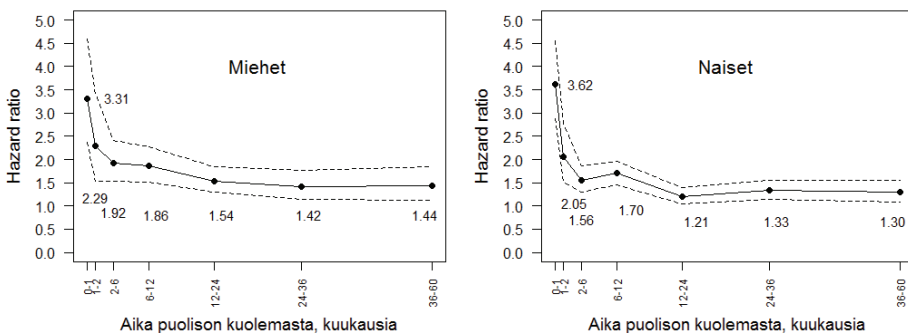


Suomalaisilla miehillä avoliitossa asuvien laitoshoidon todennäköisyys oli yhtä pientä kuin aviopuolison kanssa asuvilla, naisilla sen sijaan avioliitto näytti suojaavan laitoshoidolta avoliittoa paremmin (Nihtilä ja Martikainen 2008b). Avoliitot eivät ole vanhemmissa ikäryhmissä kuitenkaan vielä kovin yleisiä, etenkin naisilla, vaikka ovatkin viime aikoina yleistyneet (Moustgaard ja Martikainen 2009). Yksinasuvilla naimattomilla ja eronneilla todennäköisyys siirtyä laitoshoidon oli suurempaa kuin yksinasuvilla leskillä, kun muut sosiodemografiset tekijät ja krooniset sairaudet oli otettu huomioon. Tulos oli samansuuntainen yli 65-vuotiailla miehillä ja naisilla (Nihtilä ja Martikainen 2008b). Avioliittohistorialla näyttääkin olevan asuinjärjestelyistä riippumaton yhteys laitoshoidon todennäköisyyteen.

Vaikka leskeksi jääminen on naisilla miehiä huomattavasti yleisempää, leskeksi jäämisen vaikutukset laitoshoidon todennäköisyyteen ovat hyvin samanlaiset molemmilla sukupuolilla. Leskeksi jääminen lisää laitoshoidon todennäköisyyttä huomattavasti yli 65-vuotiailla miehillä ja naisilla. Suomalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että laitoshoidon todennäköisyys oli erityisen suuri, yli kolminkertainen, kun puolison kuolemasta oli kulunut enintään kuukausi, verrattuna niihin, joiden puoliso oli elossa (Nihtilä ja Martikainen 2008a). Laitoshoidon todennäköisyys laski, kun puolison kuolemasta kului aikaa: leskien todennäköisyys oli kuitenkin edelleen 20–50 % korkeampi kuin puolisonsa kanssa asuvien, kun puolison kuolemasta oli kulunut 1–5 vuotta.

#### Kuvio 2.4

Laitoshoidon siirtymisen suhteellinen riski (hazard ratio ja 95 % luottamusväli) puolison kuolemasta kuluneen ajan mukaan (1998–2002), yli 65-vuotiaat miehet ja naiset (referenssiryhmä=puoliso elossa, hazard ratio 1,00)



Lähde: Nihtilä ja Martikainen (2008a).

Puolison kuolema näyttää lisäävän ikäihmisten hoidon tarvetta, kun kotona ei ole enää puolisoa tukemassa ja huolehtimassa kodin askareista. Puolison kuolema aiheuttaa myös stressiä, joka saattaa pahentaa sairauksia, heikentää toimintakykyä ja kärjistää huonoja elintapoja (Stroebe ja Stroebe 1987). Laitoshoidon tarve vähenee, jos ja kun lesket ajan kuluessa oppivat elämään yksin. Toisaalta tulokset saattavat viitata myös siihen, että kaikkein huonokuntoisimmat lesket, jotka eivät pärjää yksin asuessaan, siirtyvät laitoshoitoon hyvin nopeasti puolison kuoleman jälkeen. Korkeat tulot tai koulutus eivät suojanneet riskiltä joutua laitoshoitoon puolison kuoltua (Nihtilä ja Martikainen 2008a).

### **Omistusasuminen ja muut sosioekonomiset tekijät**

Kansainväliset tutkimukset osoittavat, että omistusasunnossa asuvien ikäihmisten todennäköisyys siirtyä laitoshoitoon on pienempi kuin vuokralla asuvien (Greene ja Ondrich 1990; Liu ym. 1991; Grundy 1992; Grundy ja Glaser 1997; Breeze ym. 1999). Myös suomalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että vuokralla asuvien todennäköisyys siirtyä laitoshoitoon oli noin 20 % suurempi kuin omistusasunnossa asuvien, vaikka muut demografiset ja sosioekonomiset tekijät sekä krooniset sairaudet oli otettu huomioon (Nihtilä ja Martikainen 2007). Omistusasunto voidaan nähdä yhtenä sellaisen omaisuuden ja varallisuuden mittarina, jota tulotaso ei täysin kata. Lisäksi omistusasunto on usein helpompi pitää lyhytkestoisten hoitajaksojen ajan ja paluu kotiin on siten todennäköisempää. Suomalaiset ja kansainväliset tutkimukset osoittavatkin, että omistusasunnossa asuneiden laitoksesta kotiin paluu on todennäköisempää kuin vuokralla asuneiden (Greene ja Ondrich 1990; Martikainen ym. 2009).

Suomalaisissa tutkimuksissa havaittiin, että asuntokunnan käytettävissä olevat tulot vähensivät laitoshoitoon siirtymisen todennäköisyyttä, kun taas puutteellinen asuminen (ilman peseytymistiloja tai keskus- tai sähkölämmitystä) ja erityisesti erittäin puutteellinen asuminen (ilman lämmintä vettä, vesijohtoa, viemäriä tai vesivessaa) lisäsivät todennäköisyyttä, kun muut sosiodemografiset tekijät, krooniset sairaudet ja asuinalue oli huomioitu. Todennäköisyys siirtyä laitoshoitoon oli jostain syystä matalampaa niillä ikäihmisillä, jotka asuivat omakotitalossa ja niillä, joilla oli auto (Nihtilä ja Martikainen 2007).

## 2.4 Laitoksessa vietetty aika

### Ikä ja sukupuoli

Laitoshoidon osuus jäljellä olevasta elinajasta kasvaa iän myötä (taulukko 2.1). Esimerkiksi 65 vuotta täyttäneillä miehillä keskimäärin 5 % ja naisilla 8 % jäljellä olevasta elinajasta tulee olemaan pitkäaikaista laitoshoidtoa. Vastaavasti 85 vuotta täyttäneillä miehillä 6 % ja naisilla 10 % elinajasta on laitoshoidtoa. Vuosissa mitattuna laitoshoidon määrä ei kuitenkaan vaihtele kovin paljoa iän mukaan (Martikainen ym. julkaisematon tutkimus). Tämä liittyy siihen, että pitkäaikainen laitoshoidto keskittyy useimmiten aikaan ennen kuolemaa ja iästä riippumatta kuolemaa saattaa edeltää pitkähkö laitoshoidon jakso.

65-vuotiaat naiset viettävät miehiin verrattuna huomattavasti pidemmän ajan jäljellä olevasta elinajastaan laitoshoidossa. 65-vuotiaat naiset viettävät 19,7 vuoden jäljellä olevasta elinajastaan 18,1 vuotta kotona ja 1,6 vuotta laitoksessa, kun vastaavat luvut miesten 15,5 vuoden elinajasta ovat 14,8 vuotta kotona ja 0,7 vuotta laitoksessa (taulukko 2.1). Naisten miehiä pidempi odotettavissa oleva elinaika laitoksessa liittyy pääasiassa naisten suurempaan todennäköisyyteen siirtyä laitoshoidtoon kaikissa yli 80-vuotiaiden ikäryhmissä sekä miesten selkeästi suurempaan todennäköisyyteen palata laitoksesta kotiin, ikävuosia 68–70 lukuun ottamatta (kuvio 2.2). Miesten kuolleisuus laitoksessa on myös huomattavasti suurempaa kuin naisten, mikä osaltaan lyhentää miesten laitoksessa viettämää aikaa. Miesten ja naisten kuolleisuuserot laitoshoidossa ovat suuremmat kuin vastaavat kuolleisuuserot kotona asuvilla.

Taulukko 2.1

Odotettavissa oleva elinaika kotona ja laitoksessa (vuotta), sekä laitoksessa vietetyn ajan osuus jäljellä olevasta elinajasta (%) iän ja sukupuolen mukaan

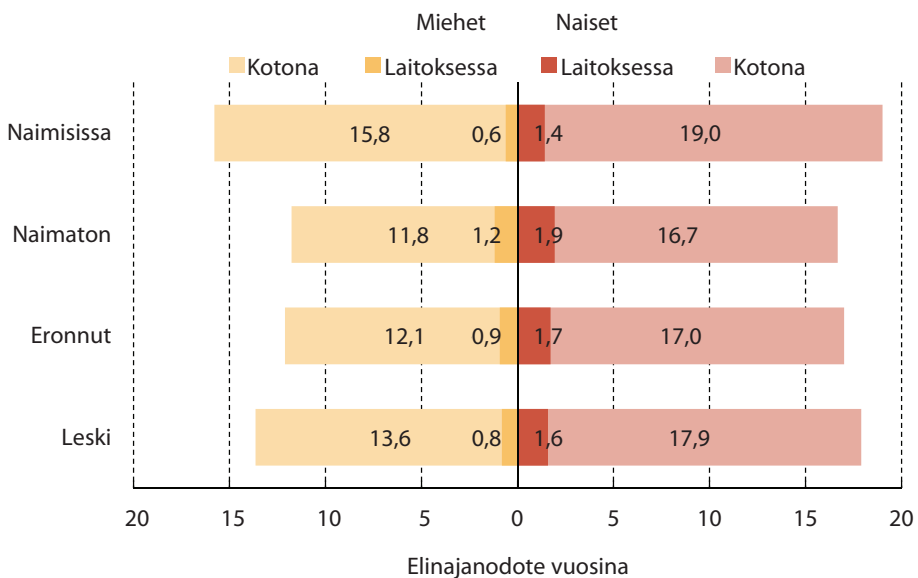
Ikä	Miehet				Naiset			
	Kotona	Laitoksessa	Laitos %	Yhteensä	Kotona	Laitoksessa	Laitos %	Yhteensä
65	14,82	0,73	4,72	15,55	18,12	1,59	8,06	19,70
70	14,15	0,74	4,98	14,89	17,28	1,59	8,45	18,88
75	13,48	0,75	5,27	14,23	16,45	1,60	8,87	18,05
80	12,82	0,76	5,58	13,58	15,62	1,61	9,33	17,23
85	12,17	0,77	5,92	12,94	14,80	1,61	9,83	16,41
90	11,53	0,77	6,29	12,30	13,99	1,62	10,37	15,61
95	10,90	0,78	6,69	11,68	13,19	1,62	10,97	14,81
100	10,28	0,79	7,13	11,07	12,40	1,63	11,61	14,03
105	9,69	0,80	7,61	10,49	11,64	1,63	12,32	13,27

Lähde: Martikainen ym. julkaisematon tutkimus.

65-vuotiaista naisista noin 59 % ja miehistä 35 % siirtyy jossain elämänsä vaiheessa pitkäaikaiseen laitoshoittoon (Martikainen ym. julkaisematon tutkimus). Pitkäaikaiseen laitoshoittoon päädyttyä, yli 65-vuotiaat naiset viettävät siellä keskimäärin 3 vuotta ja miehet 2 vuotta (Martikainen ym. 2009). Aikaisemmin havaittu naisten miehiä suurempi todennäköisyys siirtyä laitoshoittoon liittyy pääasiassa sukupuolten eroihin leskien osuudessa ja yksinasumisessa (Martikainen ym. 2009; Einiö ym. 2012). Sukupuolten välinen ero laitoshoidossa vietetyissä vuosissa ei kuitenkaan selity siviilisäätäjakauman eroilla. Tarkasteltaessa siviilisäätiryhmittäin miesten ja naisten monitilaisia elinajanodotteita havaitaan, että miesten odotettavissa oleva elin aika laitoksessa on pienempi kuin naisten kaikissa siviilisäätiryhmissä (kuvio 2.5). Tämä liittyy osittain miesten huomattavasti korkeampaan kuoleman todennäköisyyteen laitoksessa kaikissa siviilisäätiryhmissä. Yli 70-vuotiaiden ikäryhmissä miesleskien ja naimisissa olevien miesten todennäköisyys palata kotiin on myös selkeästi korkeampaa kuin vastaavassa tilanteessa olevien naisten. Miesten suuremman kotiinpaluun ja korkeamman laitospuolisuuden syitä olisi tarpeellista tutkia jatkossa tarkemmin.

Kuvio 2.5

65-vuotiaiden odotettavissa oleva elin aika kotona ja laitoksessa sukupuolen ja siviilisäädyn mukaan



Lähde: Martikainen ym. julkaisematon tutkimus.

## Siviilisäätty

Siviilisäättyryhmien väliset erot laitoksessa ja kotona vietetyn elinajan pituudessa ovat huomattavat niin miehillä kuin naisillakin. Naimattomien odotettavissa oleva elinaika laitoksessa on korkein, vaikka heidän elinajanodotteensa muuten on matalin (kuvio 2.5). Naimisissa olevien elinaika laitoksessa on vastaavasti matalin, vaikka heidän elinajanodotteensa muuten on korkea. Yli 65-vuotiaat naimattomat miehet viettävät 13,0 vuoden jäljellä olevasta elinajastaan 11,8 vuotta kotona ja 1,2 vuotta laitoksessa, kun taas vastaavat elinajanodotteet laitosasumiselle ovat eronneilla miehillä 0,9 vuotta, leskillä 0,8 vuotta ja naimisissa olevilla 0,6 vuotta. Yli 65-vuotiaat naimisissa olevat naiset viettävät 20,4 vuoden jäljellä olevasta elinajastaan 19,0 vuotta kotona ja 1,4 vuotta laitoksessa. Vastaavat elinajanodotteet laitosasumiselle ovat naimattomilla naisilla 1,9 vuotta, eronneilla 1,7 vuotta ja leskillä 1,6 vuotta (Martikainen ym. julkaisematon tutkimus).

Naimisissa olevien matala elinajanodote laitoksessa liittyy keskimäärin pienempään todennäköisyyteen siirtyä laitoshoittoon, suurempaan todennäköisyyteen palata kotiin sekä korkeampaan kuolleisuuteen laitoshoidossa – joitakin ikäryhmittäisiä eroja esiintyy. Naimisissa olevien korkeampi kuolleisuus laitoksessa liittyy todennäköisesti siihen, että he ovat menneet pitkäaikaiseen laitoshoittoon sairaampina, vasta juuri ennen kuolemaa, koska kotona asuminen on ollut heille puolison vuoksi sairaanakin mahdollista. Yli 65-vuotiaista naimisissa olevista miehistä 67,2 % ja naisista 43,7 % ei koskaan elämänsä aikana siirry pitkäaikaiseen laitoshoittoon. Vastaavat luvut naimattomilla miehillä ja naisilla ovat 57,4 % ja 35,6 % (laskettu taulukosta 2.2).

### Taulukko 2.2

Joskus elinaikanaan laitoshoittoon siirtyvien osuudet (%) siviilisäädyn mukaan, 65 vuotta täyttäneet miehet ja naiset

Siviilisäätty	Miehet	Naiset
Naimisissa	32,8	56,3
Naimaton	42,6	64,4
Eronnut	38,7	61,1
Leski	37,6	58,8
<b>Kaikki</b>	<b>35,5</b>	<b>58,7</b>

Lähde: Martikainen ym. julkaisematon tutkimus.

## 2.5 Lopuksi

Yli 65-vuotiaiden suomalaisten laitoshoidon käyttöön vaikuttavat monet terveydeliset ja sosiodemografiset tekijät. Laitushoitoon siirtymisen todennäköisyys kasvaa iän mukana ja toimintakyvyn heiketessä ja on suurempi naisilla, ilman puolisoa elävillä sekä heikossa sosioekonomisessa asemassa olevilla. Odotettavissa oleva elinajan odote todennäköisyys siirtyä laitushoitoon on 65-vuotiailla miehillä noin 35 % ja naisilla lähes 60 %. Erot laitushoitoon siirtymisen todennäköisyydessä heijastuvat myös odotettavissa olevaan elinajanaan laitoksessa. 65-vuotiaan suomalaisnaisen elinajan odote laitoksessa on 1,6 vuotta, lähes vuoden enemmän kuin miesten odote, 0,7 vuotta. Naimattomien odotettavissa oleva elinajan odote laitoksessa on huomattavasti pidempi kuin naimisissa olevien. Elinajanodotteita tulkittaessa on kuitenkin otettava huomioon, että ne kuvaavat keskimääräistä aikaa, jonka 65-vuotias tulisi elinajanaan viettämään kotona ja laitoksessa, jos laitosasumisen, kotiinpaluun ja kuoleman todennäköisyydet säilyisivät vuosien 1998–2003 tasolla koko 65-vuotiaan loppuelämän ajan (Martikainen ym. julkaisematon tutkimus). Laitosasumisen ja kotiinpaluun todennäköisyydet ovat kuitenkin herkkiä laitoshoidon tarjonnan muutoksille, mikä vaikuttaa toteutuneisiin vuosiin kotona ja laitoksessa yli 65-vuotiaiden elinajanaan.

Suurten ikäluokkien ikääntyessä yli 65-vuotiaan väestön ja erityisesti yli 80-vuotiaan väestön kasvu tulee olemaan voimakasta. Tämä asettaa suuria haasteita vanhusten hoivapalveluiden järjestämiselle ja maksamiselle. Väestön ikääntyessä vanhusväestön sosioekonominen rakenne ja perherakenne ovat kuitenkin muuttumassa merkittävästi. Jatkossa yli 65-vuotiaat tulevat olemaan paremmin koulutettuja ja varakkaampia kuin kaskaan aikaisemmin, ja esimerkiksi naisilla myös naimisissa olevien osuuden on ennustettu kasvavan (Kalogirou & Murphy 2006). Koska sekä suomalainen että kansainvälinen tutkimus ovat osoittaneet, että ikäihmisten perhemuodoilla ja sosioekonomisilla resursseilla on vahva yhteys pitkäaikaisen laitoshoidon käyttöön, pitäisi näitä väestörakenteen muutoksia hyödyntää ikäihmisten laitospalvelujen mitoituksessa ja kohdennuksessa.

## Kirjallisuus

- Aguero-Torres, H., E. von Strauss, M. Viitanen, B. Winblad, and L. Fratiglioni. 2001. Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study, *Journal of clinical epidemiology* 54(8): 795–801.
- Bajekal, M. 2002. *Health Survey for England 2000: Characteristics of Care Homes and Their Residents*. London: The Stationery Office.
- Banaszak-Holl, J., A. M. Fendrick, N. L. Foster, A. R. Herzog, M. U. Kabeto, D. M. Kent, W. L. Straus, and K. M. Langa. 2004. Predicting nursing home admission: estimates from a 7-year follow-up of a nationally representative sample of older Americans, *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 18(2): 83–89.
- Berger, K., M. M. Breteler, C. Helmer, D. Inzitari, L. Fratiglioni, C. Trenkwalder, A. Hofman, and L. J. Launer. 2000. Prognosis with Parkinson's disease in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group, *Neurology* 54(11 Suppl 5): S24–7.
- Branch, L. G. and A. M. Jette. 1982. A prospective study of long-term care institutionalization among the aged, *American Journal of Public Health* 72(12): 1373–1379.
- Breeze, E., A. Sloggett, and A. Fletcher. 1999. Socioeconomic and demographic predictors of mortality and institutional residence among middle aged and older people: results from the Longitudinal Study, *Journal of epidemiology and community health* 53(12): 765–774.
- Eaker, E. D., R. A. Vierkant, and S. F. Mickel. 2002. Predictors of nursing home admission and/or death in incident Alzheimer's disease and other dementia cases compared to controls: a population-based study, *Journal of clinical epidemiology* 55(5): 462–468.
- Einiö, E. K. 2010. *Determinants of institutional care at older ages in Finland*. Finnish Yearbook of Population Research XLV 2010 Supplement, Helsinki, Finland: The Population Research Institute.
- Einiö, E. K., C. Guilbault, P. Martikainen, and M. Poulain. 2012 (in press). Gender differences in nursing-home use among older Finns and Belgians, *Population*.
- Greene, V. L. and J. I. Ondrich. 1990. Risk factors for nursing home admissions and exits: a discrete-time hazard function approach, *Journal of gerontology* 45(6): S250–8.
- Grundy, E. and K. Glaser. 1997. Trends in, and transitions to, institutional residence among older people in England and Wales, 1971-91, *Journal of epidemiology and community health* 51(5): 531–540.
- Grundy, E. and M. Jitlal. 2007. Socio-demographic variations in moves to institutional care 1991–2001: a record linkage study from England and Wales, *Age and Ageing* 36(4): 424–430.
- Grundy, E. M. D. 1992. Socio-Demographic Variations in Rates of Movement into Institutions among elderly People in England and Wales: An Analysis of Linked Census and Mortality Data 1971–1985, *Population Studies* 46(1): 65–84.
- Huber, M., R. Rodrigues, F. Hoffmann, K. Gasior, and B. Marin. 2009. *Facts and Figures on Long-term Care. Europe and North America*. Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research, affiliated to the United Nations.
- Jagger, C., K. Andersen, M. M. Breteler, J. R. Copeland, C. Helmer, M. Baldereschi, L. Fratiglioni, A. Lobo, H. Soininen, A. Hofman, and L. J. Launer. 2000. Prognosis with dementia in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group, *Neurology* 54(11 Suppl 5): S16–20.

- Kalogirou, S. and M. Murphy. 2006. Marital status of people aged 75 and over in nine EU countries in the period 2000–2030, *European Journal of Ageing* 3: 74–81.
- Liu, K., T. Coughlin, and T. McBride. 1991. Predicting nursing-home admission and length of stay. A duration analysis, *Medical care* 29(2): 125–141.
- Liu, L. F. and A. Tinker. 2001. Factors associated with nursing home entry for older people in Taiwan, Republic of China, *J.Interprof Care*. 15(3): 245–255.
- Martikainen, P., H. Moustgaard, M. Murphy, and E. K. Einiö. Life-expectancy in long-term care by marital status: Multi-state life-tables for older Finnish men and women, *unpublished manuscript*.
- Martikainen, P., H. Moustgaard, M. Murphy, E. K. Einiö, S. Koskinen, T. Martelin, and A. Noro. 2009. Gender, living arrangements, and social circumstances as determinants of entry into and exit from long-term institutional care at older ages: a 6-year follow-up study of older Finns, *The Gerontologist* 49(1): 34–45.
- Moustgaard, H. and P. Martikainen. 2009. Nonmarital cohabitation among older Finnish men and women: socioeconomic characteristics and forms of union dissolution, *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 64(4): 507–516.
- Nihtilä, E. and P. Martikainen. 2008a. Institutionalization of older adults after the death of a spouse, *American Journal of Public Health* 98(7): 1228–1234.
- Nihtilä, E. and P. Martikainen. 2008b. Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: the role of socioeconomic factors and health characteristics, *Scandinavian journal of public health* 36(1): 35–43.
- Nihtilä, E. and P. Martikainen. 2007. Household income and other socio-economic determinants of long-term institutional care among older adults in Finland, *Population studies* 61(3): 299–314.
- Nihtilä, E. K., P. T. Martikainen, S. V. Koskinen, A. R. Reunanen, A. M. Noro, and U. T. Häkkinen. 2008. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people, *European journal of public health* 18(1): 77–84.
- Schmidt, R., M. M. Breteler, D. Inzitari, L. Fratiglioni, A. Hofman, and L. J. Launer. 2000. Prognosis with stroke in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group, *Neurology* 54(11 Suppl 5): S34–7.
- Shapiro, E. and R. Tate. 1988. Who is really at risk of institutionalization? *The Gerontologist* 28(2): 237–245.
- Steinbach, U. 1992. Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States, *Journal of gerontology* 47(4): S183–90.
- Stroebe, W. and M. S. Stroebe. 1987. *Bereavement and Health: The Psychological and Physical Consequences of Partner Loss*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tomiak, M., J. M. Berthelot, E. Guimond, and C. A. Mustard. 2000. Factors associated with nursing-home entry for elders in Manitoba, Canada, *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* 55(5): M279–87.
- Wolinsky, F. D., C. M. Callahan, J. F. Fitzgerald, and R. J. Johnson. 1992. The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults, *Journal of gerontology* 47(4): S173–82.



# 3

## Hoivariskit, hoivavakuutusten hinta ja vakuutustarve

*Niku Määttänen*



### 3.1 Johdanto

Vakuutustoiminnan lähtökohta on riskien jakaminen kaikkien vakuutettujen kesken. Vakuutustarve riippuu paljolti siitä, kuinka suurta epävarmuutta vakuutustapahtumaan liittyy. Yleensä suurempi epävarmuus lisää vakuutuksesta saatavaa hyötyä. Vakuutusten hinta puolestaan määräytyy hyvin toimivilla markkinoilla lähinnä vakuutustapahtuman todennäköisyyden ja keskimääräisen vakuutuskorvauksen perusteella.

Hoivavakuutuksen tapauksessa vakuutustapahtuma on sellainen toimintakyvyn heikkeneminen, joka edellyttää hoivapalveluita. Seuraavassa kuvaamme ensin pitkäaikaisen ja ympärivuorokautisen vanhuusajan hoivan tarpeeseen yksilötasolla liittyvää epävarmuutta. Hoivan tarpeeseen liittyvän epävarmuuden – eli hoivariskien – määrällinen arvioiminen on edellytys hoivavakuutusmarkkinoiden syntymiselle. Tulokset auttavat myös arvioimaan erilaisten hoivavakuutusten hyödyllisyyttä kuluttajien kannalta.

Laskemme myös niin kutsun aktuaarisesti reilun hinnan erilaisille hoivavakuutuksille. Aktuaarisesti reilu hinta tarkoittaa sellaista vakuutuksen hintaa, joka keskimäärin juuri ja juuri riittää kattamaan vakuutuskorvaukset. Jos vakuutustapahtuman todennäköisyys on 50 % ja vakuutuskorvaus 100 euroa, aktuaarisesti reilu hinta on 50 euroa. Hoivavakuutuksen tapauksessa aktuaarisesti reilu hinta riippuu siitä, millä todennäköisyydellä vakuutetut tarvitsevat hoivaa, kuinka pitkään he tarvitsevat hoivaa ja kuinka suuret kuukausittaiset hoivamenot vakuutus kattaa. Lisäksi hintaan vaikuttaa vakuutusmaksun ajoitus suhteessa korvauksen maksamiseen. Vakuutusmaksun aikaistaminen alentaa vakuutuksen hintaa, koska vakuutusyhtiö voi sijoittaa vakuutusmaksut ennen korvausten maksamista ja saada niille korkotuottoa.

Hoivavakuutusten hinta olisi todellisuudessa todennäköisesti aktuaarisesti reilua hintaa korkeampi. Vakuutustoimintaan esimerkiksi liittyy erilaisia kuluja ja riskejä, joita aktuaarisesti reilua hintaa laskettaessa ei huomioida. Aktuaarisesti reilun hinnan laskeminen antaa kuitenkin hyödyllisen arvion siitä, mitä suurusluokkaa erilaisten hoivavakuutusten hinta voisi hyvin toimivilla vakuutusmarkkinoilla olla.

Laskemme myös sellaisen vakuutuksen aktuaarisesti reilun hinnan, joka tarjoaa kustannuksiltaan ja saatavuudeltaan julkisesti rahoitettua vanhuusajan hoivaa vastaavat palvelut. Olettaen, että julkisen hoivan saatavuus ja taso pysyy tulevaisuudessa ennallaan, näin laskettu hinta kuvaa ”julkisen hoivalupauksen” hintaa. Tässä laskelmassa tulkitsemme tuloista riippuvat pitkäaikaishoivan asiakasmaksut omavastuuksi, joka laskee vakuutuksen hintaa. Lopuksi laskemme erilaisten yksityisten hoivavakuutusten aktuaarisesti reilun hinnan sekä arvioimme niiden potentiaalista kysyntää.

Tulokset perustuvat luvussa 2 kuvattuihin ikä- ja sukupuolikohtaisiin siirtymätodennäköisyyksiin, joilla i) kotona asuva ihminen siirtyy laitoshoidon piiriin, ii) laitoksessa asuva siirtyy kotiin, iii) kotona asuva kuolee, ja iv) laitoksessa asuva kuolee. Laitoshoidoksi määriteltiin terveyskeskuksissa, sairaaloissa ja vanhainkodeissa tai vastaavissa yksiköissä tapahtuva pitkäaikainen hoito, joka kesti yli 90 vuorokautta tai oli vahvistettu pitkäaikaishoidon päätöksellä. Arviomme hoivariskeistä perustuvat siis siihen, miten ihmiset ovat saaneet julkisen sektorin tarjoamaa pitkäaikaista ja ympärivuorokautista (laitos)hoivaa. Toisin sanoen oletamme, että julkisesti rahoitettuun hoivaan pääsy on perustunut järkevään arvioon ihmisten todellisesta toimintakyvystä.

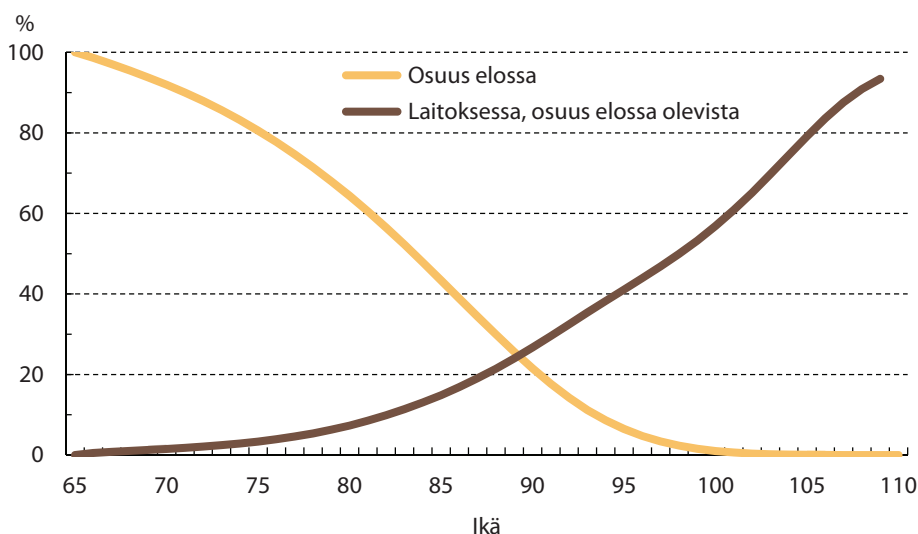
Kaikki tässä luvussa esitetyt tulokset perustuvat miesten ja naisten keskimääräisiin, vuotuisiin siirtymätodennäköisyyksiin. Todennäköisyyksien perusteella simuloitiin 10 000 elinkaarta, jotka poikkeavat toisistaan hoivan tarpeen ja eliniän pituuden suhteen<sup>1,2</sup>. Simuloitujen elinkaarien avulla on helppo kuvata hoivan tarpeeseen liittyvä vaihtelua yksilöiden välillä.

## 3.2 Hoivariskien suuruus

Kuviossa 3.1 seurataan yhtä kohorttia ikävuodesta 65 eteenpäin. Kuviossa esitetään ensinnäkin, kuinka suuri osa niistä kohortin jäsenistä, jotka ovat elossa 65-vuotiaana, ovat elossa myöhemmin eri ikävuosina (”osuus elossa”). Lisäksi esitetään,

Kuvio 3.1

Elossa ja laitoksessa olevien kohorttiosuudet



kuinka suuri kaikista elossa olevista ihmisistä tarvitsee pitkäaikaista laitoshoivaa. Kuviosta nähdään, että noin 83. ikävuoteen mennessä puolet kohortin jäsenistä on kuollut. Noin 97. ikävuoden kohdalla laitoksessa on jo puolet samaan kohorttiin kuuluvista, yhä elossa olevista ihmisistä.

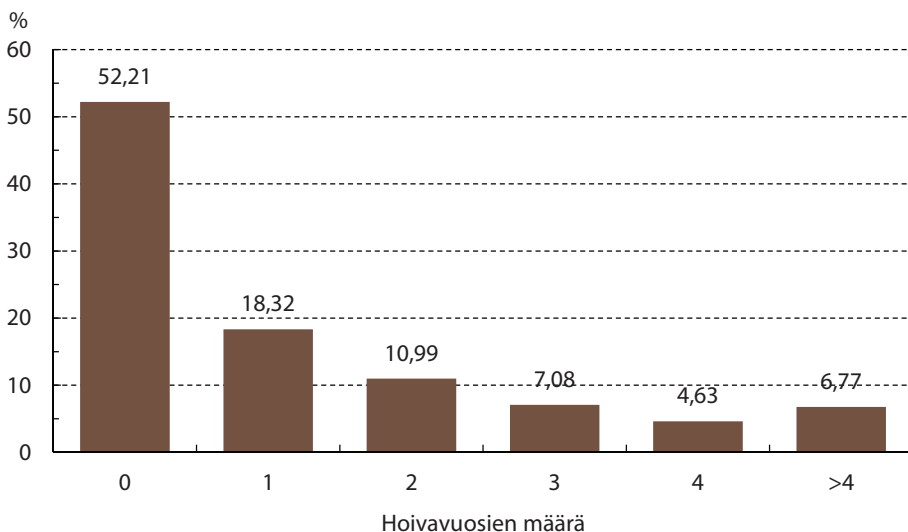
Kuviossa 3.2 esitetään, missä määrin hoivan tarve vaihtelee ihmisten kesken. Ensimmäinen pylväs kertoo niiden ihmisten osuuden, jotka eivät elämänsä aikana tarvitse lainkaan pitkäaikaista ja ympärivuorokautista hoivaa. Vastaavasti esimerkiksi toinen pylväs kertoo niiden ihmisten osuuden, jotka tarvitsevat hoivaa yhden vuoden. Viimeinen pylväs kertoo niiden ihmisten osuuden, jotka tarvitsevat hoivaa yli neljä vuotta.<sup>3</sup>

Kuviosta nähdään, että hieman yli puolet ihmisistä ei tarvitse koko elämänsä aikana hoivaa lainkaan. Toisaalta merkittävä osa niistä ihmisistä, jotka tarvitsevat pitkäaikaista laitoshoivaa jossakin vaiheessa elämänsä, tarvitsevat sitä usean vuoden ajan. Reilu kymmenen prosenttia ihmisistä tarvitsee hoivaa vähintään neljä vuotta. Keskimääräinen laitosvuosien määrä on 2,6 vuotta niiden osalta, jotka jossakin vaiheessa tarvitsevat hoivaa. Kun mukaan lasketaan myös ne, jotka eivät tarvitse hoivaa lainkaan, saadaan keskimääräiseksi hoivavuosien määräksi 1,2 vuotta.

Kuviossa 3.3 esitetään kuinka paljon yksilöiden tulisi 65-vuotiaana laittaa säästöjä sivuun, jotta ne riittäisivät tulevien hoivakustannusten kattamiseen. Oletamme, että hoivan kustannus on 45 000 euroa vuodessa. Tämä luku perustuu Hujasen

Kuvio 3.2

Hoivavuosien jakauma

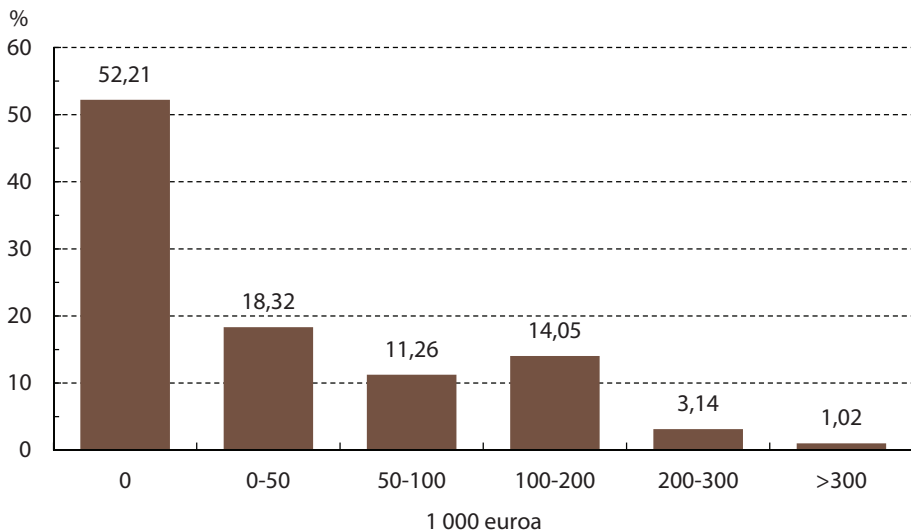


ym. (2008) arvioon keskimääräisestä vanhainkotihoidon kustannuksesta julkisella sektorilla. Vuotuisen (reaali)koron oletamme olevan yksi prosentti. Esimerkiksi 50 000 euron nykyarvo tarkoittaa, että ihmisen tulisi 65-vuotiaana laittaa 50 000 euroa syrjään tulevia hoivamenoja varten. Yhdessä korkotuottojen kanssa se riittäisi kattamaan myöhemminä vuosina tulevat kustannukset. Ensimmäinen pylväs kertoo jälleen niiden elinkaarien osuuden, joissa hoivaa ei tarvita lainkaan, eli hoivakustannukset ovat nolla euroa. Toinen pylväs kertoo niiden elinkaarien osuuden, joissa hoivan kustannusten nykyarvo on nollaa suurempi mutta enintään 50 000 euroa. Viimeinen pylväs kertoo niiden elinkaarien osuuden, joissa kustannusten nykyarvo ylittää 300 000 euroa. Kuviosta nähdään esimerkiksi, että noin viidenneksessä elinkaarista vaadittava säästösumma ylittää 100 000 euroa.

Kuvio 3.3 osoittaa, että hoivakustannukset voivat pienellä osalla ihmisistä kasvaa hyvin suuriksi. Koska ihmiset eivät tietenkään tiedä etukäteen, kuinka monta vuotta he tarvitsevat hoivaa, kuvio 3.3 korostaa samalla hoivavakuutuksen, joko yksityisen tai julkisen, tarvetta. Ilman vakuutusta ihmisten tulisi varautua säästämällä sen varalle, että he tarvitsevat monta vuotta hoivaa. Se edellyttäisi hyvin suurta säästämistä, joka kuitenkin suurella todennäköisyydellä jäisi perinnöksi.

Hoivariskien lisäksi toinen merkittävä taloudellinen epävarmuus liittyy eliniän pituuteen. Ihmisten tulee tavalla tai toisella varmistaa toimeentulonsa siinäkin tilanteessa, että he sattuvat elämään hyvin vanhoiksi. Siksi on kiinnostavaa katsoa,

**Kuvio 3.3**  
Säästötarve ilman vakuutusta



miten hoivariski ja elinaikariski korreloivat. Yhteys ei ole välttämättä etukäteen selvä. Mitä pitempään elää, siitä suuremmalla todennäköisyydellä tarvitsee jossakin vaiheessa vanhuusajan hoivaa. Toisaalta hoivaa tarvitsevilla vanhuksilla on suurempi kuolleisuus kuin muilla samanikäisillä.

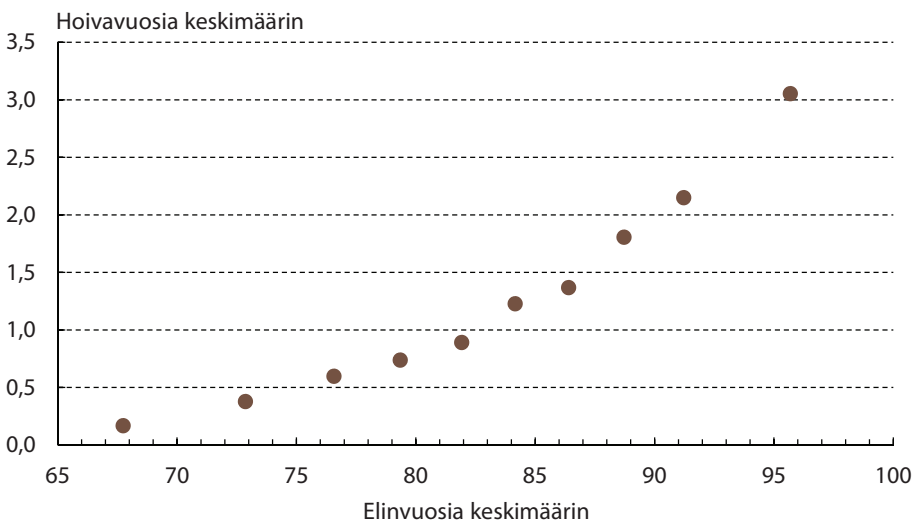
Elinajan ja laitosvuosien välinen yhteys esitetään kuviossa 3.4. Kuviossa elinkaaret on jaettu kymmeneen yhtä suureen ryhmään toteutuneen eliniän mukaan. Esimerkiksi ensimmäiseen ryhmään kuuluvat elinkaaret loppuvat keskimäärin noin 68-vuoden iässä ja viimeisessä noin 96-vuoden iässä. Jokaisen ryhmän osalta esitetään keskimääräinen laitosvuosien määrä.

Kuviosta nähdään, että laitosvuosien ja elinajan yhteys on voimakkaan positiivinen. Ensimmäisessä ryhmässä on laitosvuosia keskimäärin vain noin 0,2 vuotta ja viimeisessä ryhmässä yli kolme vuotta. Toisin sanoen ihmiset, jotka elävät pitkään, todennäköisesti tarvitsevat paljon hoivaa.

Eliniän ja hoivan tarpeen välinen positiivinen yhteys korostaa sekä hoiva- että eläkevakuutuksen tarvetta entisestään. Ilman eläke- ja hoivavakuutusta ihmisten tulisi itse varautua myös sen mahdollisuuden varalta, että he sekä elävät pitkään että tarvitsevat paljon hoivaa. Toisin sanoen, hoivapalveluita on hankala tarvittaessa rahoittaa eläkesäästöjen avulla, koska hoivaa todennäköisesti tarvitaan tilanteessa, jossa eläkesäästöt on jo suurelta osin syöty.

Kuvio 3.4

Hoivan tarpeen ja elinajan yhteys



### 3.3 Julkisen hoivapalvelulupauksen hinta

Seuraavaksi arvioimme, mikä on julkisen hoivalupauksen hinta tuloiltaan erilaisille ihmisille. Tarkkaan ottaen laskemme, mikä olisi julkista hoivalupausta vastaavan vakuutuksen aktuaarisesti reilu hinta. Tämä hinta koostuu ensinnäkin hoivapalveluiden tuottamisen kustannuksesta. Julkiseen hoivalupaukseen liittyvien palveluiden tuottamisen kustannus on tässä laskelmassa edellä mainittu 45 000 euroa vuodessa. Oletamme myös, että kunta perii nykyisen asiakasmaksulain salliman enimmäismäärän, joka on 85 prosenttia käteen jäävästä tulosta siltä osin, kun tulo ylittää noin 100 euroa kuukaudessa. Suurimmillaan asiakasmaksu kattaa hoivan tuottamisen kustannuksen kokonaan. Tulkitsemme asiakasmaksut vakuutuksen omavastuuksi, joka laskee vakuutuskorvausta ja siten myös vakuutuksen hintaa.

Oletamme yksinkertaisuuden vuoksi, että vakuutus ostetaan kertamaksulla 65-vuoden iässä.<sup>4</sup> Koska vakuutuskorvaukset maksetaan yleensä vasta vuosien kuluttua, vakuutuksen aktuaarisesti reiluun hintaan vaikuttaa myös korko-oletus. Korkeampi korko laskee vakuutuksen hintaa, koska vakuutusyhtiö ehtii saamaan enemmän tuottoa vakuutusmaksuille ennen korvausten maksamista. Laskemme vakuutuksen hinnan kolmella eri reaalikorko-oletuksella.<sup>5</sup>

Tulokset esitetään taulukossa 3.1. Esimerkiksi yhden prosentin korko-oletuksella vastaavan vakuutuksen hinta on noin 37 000 euroa nettotulojen ollessa 10 000 euroa vuodessa. Asiaksmaksujen tulosidonnaisuuden vuoksi julkisen hoivalupauksen hinta laskee nopeasti tulojen myötä. Nettotulojen noustessa esimerkiksi 20 000 euroon, hinta laskee noin 29 000 euroon. Erittäin suurituloiset, vähintään noin 55 000 euroa tai enemmän nettona ansaitsevat, maksavat hoivan kokonaan itse. Heidän osaltaan julkisen hoivalupauksen hinta on siis nolla euroa.

Taulukon 3.1 ylin rivi kertoo sellaisen hoivavakuutuksen aktuaarisesti reilun hinnan, joka kattaa julkista hoivaa vastaavat kustannukset ilman asiakasmaksuja. Vuotui-

**Taulukko 3.1**

Julkisen hoivalupauksen aktuaarisesti reilu hinta, euroa

Nettotulot, euroa vuodessa	Vuotuinen reaalikorko		
	0 %	1 %	2 %
0	56 000	46 000	38 000
10 000	45 000	37 000	31 000
20 000	35 000	29 000	24 000
30 000	24 000	20 000	17 000
40 000	14 000	11 000	9 000
50 000	3 000	3 000	2 000

nen vakuutuskorvaus on siis 45 000 euroa. Korkeusoletuksesta riippuen tällaisen vakuutuksen aktuaarisesti reilu hinta vaihtelee 56 tuhannesta 38 tuhanteen euroon.

### 3.4 Erilaisten yksityisten hoivavakuutusten aktuaarisesti reilu hinta

Yksityiset hoivavakuutukset kattavat usein vain osan hoivan kustannuksista (luku 1). Yksityinen hoivavakuutus yleensä joko täydentää julkisesti rahoitettua hoivaa tai sitten ihmiset rahoittavat osan hoivasta suoraan omilla tai omaistensa tuloilla ja säästöillä. Korvauksia voidaan rajoittaa rajoittamalla kuukausikorvausta, ikärajojen avulla tai asettamalla korvausjakson pituudelle yläraja. Tällaiset rajoitukset luonnollisesti laskevat vakuutuksen hintaa. Vakuutus voidaan myös ostaa vasta silloin, kun hoivaa jo tarvitaan. Tällöin kyseessä ei ole vakuutus sitä vastaan, että hoivaa ylipäätään tarvitsee vaan ainoastaan sitä vastaan, että hoivaa tarvitaan poikkeuksellisen pitkään.

Seuraavaksi laskemme erilaisten yksityisten hoivavakuutusten aktuaarisesti reilun hinnan. Oletamme (ellei toisin mainita), että vakuutus ostetaan 65-vuotiaana.

Taulukossa 3.2 esitämme esimerkkejä erilaisten hoivavakuutusten hinnoista. Kaikissa esimerkeissä vakuutuskorvaus on 1 000 euroa kuukaudessa ja se maksetaan vakuutetuille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoivaa. Käytännössä korvaus voidaan maksaa joko suoraan rahana tai korvauksena hoivapalveluiden käytöstä.

Vakuutusten aktuaarisesti reilu hinta muuttuu yksi yhteen kuukausittaisen vakuutuskorvauksen kanssa. Jos vakuutuskorvaus olisikin esimerkiksi 500 euroa kuukaudessa, vakuutuksen aktuaarisesti reilu hinta olisi aina puolet taulukossa esitystä hinnasta.

#### Taulukko 3.2

Esimerkkejä sellaisten vakuutusten hinnoista, joissa korvaus on 1 000 euroa kuukaudessa

Vakuutusehdot	Vuotuinen reaalkorko		
	0 %	1 %	2 %
Ostetaan 65-vuotiaana, ei rajoituksia korvauksen suhteen	14 800	12 300	10 200
Ostetaan 65-vuotiaana, korvaus max 3 vuotta	11 500	9 600	8 000
Ostetaan 65-vuotiaana, korvaus ikävuodesta 80 eteenpäin	11 200	9 000	7 200
Ostetaan 80-vuotiaana hoivaa jo tarvittaessa, ei rajoituksia korvauksen suhteen	34 100	33 100	32 300



Ilman ikää tai kokonaiskorvausta koskevia rajoja 1 000 euron arvoisen kuukausikorvauksen takaavan vakuutuksen aktuaarisesti reilu hinta vaihtelee 14 800 eurosta 10 200 euroon korko-oletuksesta riippuen. Hinta laskee noin kolmanneksella, jos korvattava aika rajoitetaan kolmeen vuoteen tai jos korvaus maksetaan ainoastaan yli 80-vuotiaille vakuutetuille. Sen sijaan hinta nousee huomattavasti, jos vakuutus ostetaan 80-vuotiaana vasta kun hoivaa jo tarvitaan. Tällöin vakuutuksen hinta kasvaa jo reiluun 30 000 euroon. Tällaisen vakuutuksen suhteellinen kalleus johtuu ennen kaikkea siitä, että tässä tapauksessa kaikki vakuutetut varmuudella tarvitsevat hoivaa ainakin jonkin aikaa.

### 3.5 Julkisen hoivalupauksen korvaavien yksityisten hoivavakuutusten kysyntä

Edellä on kuvattu hoivariskejä ja arvioitu erilaisten vakuutusten hintaa. Seuraavaksi arvioimme, minkälaiset ihmiset voisivat hyötyä yksityisestä hoivavakuutuksesta. Vertaamme tässä ihmisiä, joilla on erilainen varallisuus ja erilainen eläke. Vakuutusten hyödyllisyys riippuu luonnollisesti myös monista muista asioista, esimerkiksi siitä, onko kyseessä yksinasuva ihminen vai pariskunta. Hoivavakuutuksen ostamisen motiivina voi myös olla halu varmistaa hoivan saaminen tietyltä hoivapalveluiden tarjoajalta. Tässä kuitenkin oletamme, että itse hoivapalvelut ovat samanlaisia riippumatta siitä, rahoitetaanko ne yksityisellä vai julkisella vakuutuksella.

Vakuutusten hyödyllisyyden arvioiminen edellyttää oletusten tekemistä sen suhteen, miten ihmiset hyötyvät vakuutuksista. Käytämme elinkaarimallia, jossa yksilöt päättävät säästämisestä ja hoivapalveluiden hankkimisesta tavoitellen mahdollisimman korkeata elinkaarihyötyä. Malli on esitetty yksityiskohtaisesti julkaisussa Määttänen ja Valkonen (2010).<sup>6</sup> Elinkaarihyöty perustuu kulutukseen ja ”laatuajan” määrään, jolla tarkoitamme aikaa, jolloin ihminen pystyy itsenäisesti tekemään haluamiaan asioita. Yksilöt kohtaavat toimintakykyriskin, joka toteutuessaan vähentää laatuajan määrää. Oletamme, että riskin toteuduttua yksilöt tarvitsevat hoivapalveluita, jotka palauttavat osan laatuajasta. Hoivan tarve realisoituu edellä kuvattujen todennäköisyyksien perusteella. Mallissa on myös perinnönjättömotiivi, eli yksilöt haluavat jättää varallisuutta perinnöksi.

Mallin keskeinen oletus on, että yksilöt kaihtavat tulevaan elintasoonsa liittyvää vaihtelua ja epävarmuutta. Esimerkiksi suhteellisen tasainen kulutusura yli elinkaaren tuottaa suuremman elinkaarihyödyn kuin keskimäärin yhtä korkea, mutta rajusti vaihteleva kulutustaso. Tämän ominaisuuden seurauksena yksilöt pyrkivät varautumaan etukäteen siltä varalta, että hoivan tarpeeseen liittyvä toimintakykyris-

ki toteutuu. Jos vakuutusta ei ole saatavilla, yksilöt tyypillisesti tinkivät kulutuksesta jo toimintakykyisenä ollessaan voidakseen tarvittaessa itse rahoittaa hoivapalvelut toimintakykyriskin realisoituessa.

Toimintakykyriskin lisäksi yksilöt kohtaavat elinajan pituuteen liittyvää epävarmuutta. Elinaikaan liittyvästä epävarmuudesta seuraa, että yksilö ei säästämissäpäätöksistään tiedä tarkasti, kuinka pitkäksi aikaa säästöjen tulisi riittää. Elinakaapävarmuutta kuvaavat todennäköisyydet määritämme kuolleisuustilastojen perusteella.

Toimintakykyriskin realisoituessa yksilöt tarvitsevat pitkäaikaista laitoshoivaa. Mallissa yksilöt voivat aina niin halutessaan turvautua julkisen sektorin tarjoamaan hoivaan. Julkinen sektori tarjoaa tietyn tasoiset hoivapalvelut kaikille, jotka hoivaa tarvitsevat. Julkisen hoivan asiakasmaksut ovat 85 % asiakkaan tuloista aina palvelun kokonauskustannukseen, eli 45 000 euroon, saakka. Yksilön omaan käyttöön jätetään nykyisen lainsäädännön mukaisesti aina vähintään 1 080 euroa vuodessa.

Tarkastelemme mallin avulla sellaista yksityistä hoivavakuutusta, joka korvaa julkisen hoivalupauksen kokonaan. Yksityinen hoivavakuutus tarkoittaa mallissa sopimusta, jonka perusteella vakuutettu saa tarvittaessa hoivaa ilman asiakasmaksua. Hoivan taso on sama kuin julkisella sektorilla. Vakuutettu voi käyttää säästyneet asiakasmaksut omaan kulutukseensa tai jättääkseen suuremman perinnön. Oletamme myös mallissa, että vakuutukset ostetaan kertamaksulla 65-vuoden iässä. Vuotuisen reaalkoron asetamme yhteen prosenttiin.

Mallilla voidaan määrittää hoivavakuutuksen euromääräinen arvo tulojen ja varallisuuden suhteen erilaisille yksilöille. Määritämme vakuutuksen arvon maksuhalukkuuden perusteella eli laskemalla kuinka paljon mallin yksilöt olisivat valmiita maksamaan edellä kuvatusta vakuutuksesta. Tulokset esitetään taulukossa 3.3. Esimerkiksi sellainen mallin kuvaama yksilö, jolla 65-vuotiaana on 200 000 euroa varallisuutta ja 20 000 euron vuotuinen (netto)eläke, on valmis maksamaan yllä kuvatusta yksityisestä hoivavakuutuksesta 21 000 euroa.

### Taulukko 3.3

Julkisen hoivalupauksen korvaavan vakuutuksen arvo (maksuhalukkuus), euroa

Säästöt 65-vuotiaana	Vuotuinen nettotulo				
	10 000	20 000	30 000	40 000	50 000
50 000	7 000	15 000	22 000	28 000	33 000
100 000	8 000	18 000	26 000	34 000	39 000
200 000	9 000	21 000	31 000	38 000	46 000
400 000	11 000	24 000	35 000	44 000	53 000

Hoivavakuutuksen arvo yksilön kannalta kasvaa tulojen ja varallisuuden myötä. Vakuutuksen arvon kasvu tulojen myötä selittyy julkisen hoivan asiakasmaksuilla. Suurempi eläke tarkoittaa suurempaa asiakasmaksua julkisesta hoivasta. Suurempi asiakasmaksu taas tekee yksityisistä hoivapalveluista houkuttelevampia, koska hin- taero julkiseen hoivaan nähden pienenee. Samalla myös yksityinen hoivavakuutus tulee houkuttelevammaksi.

Maksuhalukkuuden kasvu säästöjen myötä puolestaan selittyy vakuutustarpeen kasvulla. Yksilöiden taloudelliset kokonaisresurssit koostuvat eläkkeestä ja säästöistä. Koska eläke maksetaan kuolemaan saakka ja koska hoivamenot ja elinikä korreloivat positiivisesti, eläke toimii osittaisena vakuutuksena myös hoivamenoja vastaan. Ihminen, jolla on suuri eläke, voi halutessaan rahoittaa hoivamenoja eläkkeensä turvin. Suurempi varallisuus suhteessa eläkkeeseen pienentää tällaisen vakuutuksen osuutta yksilön kaikista taloudellisista resursseista (eläkkeet ja varallisuus yhteen- sä). Siksi ihmiset, joilla on suuri varallisuus suhteessa eläkkeeseen, ovat valmiita maksamaan suhteellisen paljon hoivavakuutuksesta.

Yksityisen hoivavakuutuksen täsmällinen arvo riippuu esimerkiksi mallin hyö- tyfunktioita koskevista oletuksista (ks. Määttänen ja Valkonen, 2010). Yksittäisiä numeroarvoja tärkeämpi tulos on se, että hoivavakuutuksen arvo on hyvin erilainen eri yksilöille. Mallissa nämä erot syntyvät pelkästään eläke- ja varallisuuseroista.

Tässä tarkastellun yksityisen hoivavakuutuksen aktuaarisesti reilu hinta on 46 000 euroa (taulukko 3.1, ylin rivi). Tässä esimerkissä ainoastaan erittäin hyvätuloiset ja varakkaat ovat valmiita maksamaan sitä suuremman hinnan. Pieni- ja keskituloisten ei kannata maksaa läheskään aktuaarisesti reilua hintaa, koska he saavat julkisen hoivan paljon edullisemmin.

Toisaalta julkinen sektori säästäisi paljon rahaa, jos nämä ihmiset rahoittaisivat suuremman osan hoivastaan itse. Siksi on mielekästä pohtia, millä tavalla julkinen valta voisi kannustaa keskituloisia hankkimaan yksityisen hoivavakuutuksen. Yksi mahdollinen ja jossakin mielessä looginen järjestelmä olisi sellainen, jossa julkinen sektori maksaa yksityisestä hoivavakuutuksesta sen osan, joka vastaa julkisen hoi- valupauksen hintaa asiakasmaksujen jälkeen (taulukko 3.1). Tuki voitaisiin antaa hoivavakuutuksen ostoon tarkoitettun palvelusetelin avulla. Palvelusetelin arvo pienenis tulojen myötä.

Taulukossa 3.4 esitetään, paljonko yksilöt olisivat valmiita maksamaan edellä ku- vatusta yksityisestä hoivavakuutuksesta, jos heille annetaan tällainen palveluseteli. Taulukkoja 3.3 ja 3.4 vertaamalla nähdään, että tuloista riippuvainen palveluseteli tasoitaisi huomattavasti maksuhalukkuutta eri tuloryhmien kesken.

**Taulukko 3.4**

Maksuhalukkuus julkisen lupauksen korvaavasta vakuutuksesta yhdessä palvelusetelin kanssa, euroa

Säästöt 65-vuotiaana	Vuotuinen nettotulo				
	10 000	20 000	30 000	40 000	50 000
50 000	44 000	44 000	42 000	39 000	36 000
100 000	45 000	46 000	46 000	45 000	42 000
200 000	46 000	49 000	50 000	50 000	48 000
400 000	48 000	53 000	54 000	56 000	55 000

Palvelusetelin ei luonnollisesti tarvitse vastata kokonaan julkisen hoivan kustannuksia asiakasmaksujen jälkeen. Pelkästään julkisen talouden näkökulmasta tulisi tietenkin hakea sellaista mallia, jossa julkinen valta onnistuu suhteellisen pienen tuen avulla kannustamaan ihmisiä osallistumaan hoivariskiensä vakuuttamiseen.

### 3.6 Johtopäätöksiä

Vanhuusajan hoivan tarve vaihtelee paljon ihmisten välillä. Tässä luvussa esitettyjen tulosten mukaan noin 55 prosenttia ihmisistä ei tarvitse pitkäaikaista, ympärivuorokautista hoivaa lainkaan, kun taas hieman yli kymmenen prosenttia ihmisistä tarvitsee hoivaa vähintään neljä vuotta.

Ympärivuorokautisen hoivan arvioidaan maksavan julkisella sektorilla luokkaa 45 000 euroa vuodessa asiakasta kohden. Hoivan kalleuden ja sen tarpeeseen liittyvän epävarmuuden vuoksi hoivan tarpeeseen kannattaa varautua vakuutuksen avulla. Varautuminen pelkästään tavanomaisen säästämisen avulla edellyttäisi hyvin suuria säästöjä, jotka useimmissa tapauksessa jäisivät sattumanvaraisena ajankohdantana annetuksi ja sattumanvaraisen suuruiseksi perinnöksi.

Suomessa hoivariskit vakuutetaan pitkälti yhteiskunnan toimesta. Julkinen hoivapalvelulupaus on varsinkin pienituloisten kannalta hyvin arvokas. Julkisesti tuotetun hoivan kustannusten perusteella arvioituna vastaavan yksityisen vakuutuksen hinta olisi ainakin noin 40 000 euroa. Suurituloisten osalta julkisen hoivalupauksen arvoa pienentää asiakasmaksujen tulosidonnaisuus. Ihmiset, joilla on hyvin suuret tulot vanhuusiässä, maksavat vanhuuden ajan hoivapalvelunsa kokonaan itse. Toisin sanoen, erittäin suurituloiset ihmiset ovat pitkäaikaishoivan osalta julkisen sosiaalivakuutuksen piirissä ainoastaan maksajan roolissa.

Julkisen hoivan asiakasmaksut kasvattavat yksityisen hoivan potentiaalista kysyntää. Samaan aikaan yleinen vaurastuminen kasvattaa monien ihmisten mahdollisuuksia ottaa itse enemmän vastuuta vanhuusajan hoivapalveluidensa rahoittamisesta. Jos hoivavakuutusten markkinat toimivat tehokkaasti ja kilpailullisesti, tehokkain tapa varautua itse tuleviin hoivamenoihin on ostaa hoivavakuutus.

Yksityinen hoivavakuutus voi joko korvata julkisen hoivalupauksen kokonaan tai täydentää sitä. Täydentävän vakuutuksen avulla voi hankkia itselleen erilaisia lisäpalveluita. Yksinkertaisimmillaan hoivavakuutuksen perusteella maksetaan tietyn toimintakykymittarin perusteella kuukausittainen korvaus, jolla vakuutettu voi ostaa haluamiaan palveluita. Markkinoiden syntyminen tällaisille vakuutuksille edellyttää, että yhteiskunta ei ulosmittaa vakuutuskorvauksia esimerkiksi nostamalla vastaavasti julkisesti rahoitetusta hoivasta perittäviä asiakasmaksuja.

Julkisesti rahoitetun hoivan korvaavien yksityisten hoivavakuutusten kysynnän kannalta oleellinen kysymys on, missä määrin yhteiskunta osallistuu niiden kustannuksiin. Pieni- ja keskituloiset maksavat asiakasmaksuina vain pienen osan julkisen hoivan kustannuksista. Yksityinen hoivavakuutus ei ole heidän kannaltaan relevantti vaihtoehto, jos he sen ostaessaan joutuvat maksamaan hoivansa kokonaan itse. Yhteiskunnan rahoittama osuus yksityisen hoivavakuutuksen kustannuksista voitaisiin määritellä siten, että se pienenee tulojen myötä. Tällainen tuki tekisi yksityisestä hoivavakuutuksesta keskituloisten kannalta relevantin vaihtoehdon.

Yhteiskunnan näkökulmasta yksityisten hoivavakuutusten rahoitukseen osallistuminen voi olla perusteltua jo sen vuoksi, että se lisäisi ihmisten valinnan mahdollisuuksia. Yksityisen hoivavakuutuksen tukeminen ei välttämättä lisäisi julkisia menoja. Päinvastoin, yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia on todennäköisesti mahdollista pienentää helpottamalla ihmisten omaa varautumista hoivariskeihin.

## Viitteet

- <sup>1</sup> Tutkimushankkeessa kehitettiin Matlab-ohjelma, jonka avulla voidaan laskea erilaisten hoivavakuutusten aktuaarisesti reilu hinta myös sukupuolikohtaisesti. Tarvittavat tiedostot ovat ladattavissa osoitteesta: <http://staff.etla.fi/maattanen/research.html>.
- <sup>2</sup> On ehkä syytä todeta, että empiiristä aineistoa, josta saisi suoraan arvioitua hoivariskien suuruutta yksilöiden kannalta, ei ole olemassa. Se edellyttäisi periaatteessa ainakin yhden kohortin seuraamista kaikkien sen jäsenten kuolemaan saakka.
- <sup>3</sup> Elinkaaret on simuloitu vuosiperiodeittain. Siksi hoivajaksojen pituus on simuloituissa elinkaarissa aina kokonaisia vuosia. Olemme laskeneet tässä luvussa esitetyt tulokset myös neljännevuosiperiodeittain. Tulokset eivät sen seurauksena oleellisesti muuttuneet.
- <sup>4</sup> Maailmalla käytössä olevat hoivavakuutukset eivät yleensä ole kertamaksullisia (ks. luku 1). Tästä seuraa mm. se, että pitkään elävät ja vasta myöhään toimintakykynsä menettävät ehtivät maksaa pitemmän aikaa vakuutusmaksuja.
- <sup>5</sup> Reaalikorko on nimelliskorko vähennettynä inflaatiolla. Reaalikoron käyttäminen laskelmassa tarkoittaa, että vakuutuksen hinnassa huomioidaan yleinen hintataso nousu. Tällöin siis vuotuinen euromääräinen korvaus on indeksoitu inflaatioon, ja se säilyttää reaaliarvonsa. Laskelma ei kuitenkaan huomioi sitä, että hoivapalveluiden hinta todennäköisesti nousee yleistä hintatasoa hieman nopeammin. Tämän huomioiminen nostaisi aktuaarisesti reilua hintaa.
- <sup>6</sup> Vastaavanlaisia malleja on taloustieteellisessä kirjallisuudessa jo pitkään käytetty kuvaamaan eläkevakuutuksiin liittyviä kysymyksiä, ks. esimerkiksi Davidoff ja Diamond (2005) ja siellä olevat referenssit. Aivan viimeaikainen kirjallisuus on tarkastellut myös hoivavakuutuksia elinkaarimallien avulla, ks. esimerkiksi Kim (2010).

## Kirjallisuus

Davidoff, T. J. B. ja P. Diamond (2005), Annuities and Individual Welfare, *American Economic Review* 95(5), 1573–1590.

Hujanen, T., S. Kapiainen, U. Tuominen ja M. Pekurinen (2008): Terveystieteiden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. *Stakes, Työpapereita* 3/2008.

Kim, G. (2010): Medicaid Crowd-Out of Long-Term Care Insurance with Endogenous Medicaid Enrollment, working paper, University of Pennsylvania.

Määttänen, N. ja T. Valkonen (2010), Hoivavakuutuksen tarvo ja arve erilaisille kotitalouksille, ETLA Keskusteluaiheita No. 1223.



**Toimintakyky, terveydentila  
ja tulot laitoshoittoon  
hakeutumisen selittäjinä:  
kirjallisuuskatsaus ja uusia  
suomalaisia tuloksia**

*Eero Siljander – Unto Häkkinen – Ismo Linnosmaa*



## 4.1 Johdanto

Hoivapalveluista aiheutuvien sosiaalimenojen odotetaan kasvavan voimakkaasti Suomessa tulevina vuosina ja vuosikymmeninä väestön ikääntyessä. Vuonna 2010 vanhuspalveluihin liittyvät sosiaalimenot olivat 2,1 miljardia euroa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Tehtyjen ennusteiden mukaan sekä terveys- että hoivapalvelujen käyttö tulee lisääntymään iäkkäiden keskuudessa, mutta hoivapalvelujen käytön ennustetaan kasvavan nopeammin kuin terveyspalvelujen käytön (Häkkinen ym. 2008, Lassila ja Valkonen 2010, OECD 2011). Hoivapalveluiden menopaineet kohdistuvat vanhusten laitoshoidon ja palveluasumiseen, joiden lyhytaikainenkin käyttö aiheuttaa suuria menoja sekä asiakkaalle (ks. esim. Goda ym. 2011) että palveluja järjestäville kunnille.

Tutkimusten mukaan laitoshoidon käyttö on yhteydessä asiakkaiden ikään, sukupuoleen, siviilisäättyyn, toimintakykyyn ja terveyteen (Norton 2000). Miehet käyttävät laitoshoidon palveluja harvemmin kuin naiset, ja avioliitossa elävät henkilöt harvemmin kuin yksin elävät. Myös toimintakyky on yhteydessä laitospalvelujen käyttöön odotetusti niin, että huono toimintakyky kasvattaa laitoshoidon riskiä. Tulojen ja laitoshoidon käyttöä koskevat tutkimukset päättyvät yleensä tulokseen, että tulojen nousu vähentää laitoshoidon riskiä. Tämä tulos näyttäisi johtuvan siitä, että suurituloiset korvaavat laitoshoidon maksetuilla kotipalveluilla (ks. Goda ym. 2011).

Suomessa on vähän tutkittua tietoa tulojen, terveyden ja toimintakyvyn yhteydestä laitoshoidon käyttöön. Rekistereihin perustuen on arvioitu, miten tulot, siviilisäätty ja erilaiset sairastavuusindikaattorit vaikuttavat laitoshoidon riskiin (Martikainen ym. 2009, Einiö 2010). Näissä tutkimuksissa ei kuitenkaan huomioida yksilön toimintakykyä ja terveyteen liittyvää elämänlaatua laitoshoidon riskiin vaikuttavana taustatekijänä. Lääkekorvaukset antavat arvokasta tietoa sairastavuudesta, mutta tämä ei välttämättä kuvaa yksilön toimintakykyä ja selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoista.

Tässä artikkelissa arvioidaan laitoshoidon kysyntään vaikuttavia tekijöitä sekä aiemman tutkimuskirjallisuuden että suomalaisen aineiston perusteella. Erityisen kiinnostuksen kohteena on terveyden, toimintakyvyn ja tulojen vaikutus laitospalvelujen käyttöön suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Työn empiirisessä osassa hyödynnetään Terveys 2000 -aineistoa, joka antaa monipuoliset mahdollisuudet arvioida terveys- ja toimintakykytekijöiden ja tulojen vaikutusta laitoshoidon todennäköisyyteen.



## 4.2 Laitoshoidon kysyntä: käsitteellinen tausta

Laitospalveluiden kysyntä, käyttö ja riski mielletään usein toistensa synonyymeiksi. Palvelujen kysyntää on silloin, kun niistä ollaan valmiita maksamaan tai uhraamaan muita voimavaroja. Kysyntään vaikuttavat tarvetekijöiden ja sosioekonomisten tekijöiden ohella yksilöiden preferenssit koskien palveluja ja niiden laatua (Norton 2000, Kuhn ja Nuscheler 2011). Palvelujen toteutuneeseen käyttöön vaikuttavat kysynnän ohella palvelujen tarjonta ja muut institutionaaliset tekijät (Scanlon 1980, Nyman 1985, Hirth 1999). Laitoshoidon riskillä puolestaan tarkoitetaan laitoshoidon joutumisen todennäköisyyttä. Usein etsitään parhaimpia riskiä enustavia tekijöitä, kiinnittämättä huomiota taustalla olevaan kausaalisuuteen. Näitä kolmea käsitettä käytetään kirjallisuudessa vaihtelevasti ja laitoshoidon koskevissa empiirisissä analyyseissä niitä on usein mitattu samalla muuttujalla (laitoshoidon todennäköisyydellä).

Taloustieteelliset mallit tarkastelevat laitoshoidon olettamista, että ikääntyneet asiakkaat ja heidän omaisensa tekevät hyötyä maksimoivia päätöksiä, joiden perusteella määräytyy iäkkään henkilön virallisen (formal) hoivan kysyntä ja omaisten tuottaman epävirallisen (informal) hoivan tarjonta. Virallisella hoivalla tarkoitetaan koulutettujen ammattihenkilöiden hoivaa, jota tuotetaan korvausta vastaan. Esimerkkejä virallisesta hoivasta ovat laitoshoidon ja kotiin hankitut tukipalvelut. Epävirallisella hoivalla puolestaan tarkoitetaan hoivapalvelujen tuottamiseen kouluttamattomien henkilöiden tarjoamaa hoivaa, josta ei suoriteta maksua.

Laitoshoidon kysyntä määräytyy olennaiselta osin terveyden ja toimintakyvyn perusteella (Norton 2000). Näiden tekijöiden ohella kysyntään vaikuttavat sosioekonominen tausta, tulot, varallisuus, siviilisääty, sukupuoli, perheellisyys ja elinympäristöön liittyvät tekijät. Teoreettisten mallien avulla pyritään perustelevaan laitoshoidon kysynnän ja taustamuuttujien välisiä suhteita, painottaen erityisesti muuttujien välisiä kausaalisuhteita. Vasta kun muuttujien väliset kausaalisuhteet ja vaikutussuunnat tunnetaan, voidaan arvioida terveyspoliittisten interventioiden vaikutuksia laitoshoidon käyttöön.

Perinteisen talousteorian kysyntämalleissa hyötyä maksimoivat yksilöt tekevät valintoja eri hyödykkeiden välillä. Terveyspalvelujen kysynnän analysoinnissa puolestaan sovelletaan terveyden kysyntämallia (Grossman 1972, Grossman ja Rand 1974), jonka mukaan ihmiset kysyvät terveyttä ja muita hyödykkeitä. Terveyspalvelut nähdään tuotantopanoksina, joita kuluttamalla yksilöt tuottavat terveyttä ja toimintakykyä, ja palvelujen kysyntä on terveyden kysynnästä johdettua kysyntää. Terveyden kysyntämallin avulla on mahdollista tarkastella hintojen ja

tulojen vaikutuksia terveystalouden ja terveyden kysyntään (ks. esim. Sintonen ja Pekurinen 2006).

Laitoshoidon (tai laajemmin virallisen hoivan) kysyntää tarkastelevat teoreettiset mallit mukailevat terveyden kysyntämallin ideaa siten, että laitospalveluilla ylläpidetään ikääntyvien toimintakykyä. Mallia laajennetaan kuitenkin niin, että vanhuksen toimintakykyyn vaikuttavat sekä virallinen että epävirallinen hoiva, tai omaishoiva. (Zweifel ja Struwe 1996 ja 1998, Van Houtven ja Norton 2004 ja 2008). Omaishoivaa tuottavat yleensä ikääntyneen henkilön omaiset, joiden hyvinvointiin vaikuttaa oman kulutuksen ohella vanhuksen toimintakyky. Altruismi motivoi omaista osallistumaan omaishoidon tuottamiseen, jonka vaihtoehtokustannus on menetetty palkka. Tyypillistä teoreettisille malleille on, että omaishoivan tarjonta määräytyy samanaikaisesti ikääntyneen omaisen tekemän laitoshoidon kysyntäpäätöksen kanssa.

Taloudelliset mallit lähtevät ajatuksesta, että kysyntä perustuu ainoastaan asiakkaiden tai heidän omaistensa valintoihin. Terveystaloustieteessä tämä on asetettu kyseenalaiseksi, koska palvelujen käyttöön vaikuttaa ratkaisevasti palvelujen tuottajien taloudellinen käyttäytyminen, minkä takia perinteisten kysyntämallien soveltaminen voi olla ongelmallista. Tarjoajien luoma kysyntää voi ilmetä myös vanhusten laitospalveluissa, mutta sen voimakkuus riippuu institutionaalisista tekijöistä kuten laitoshoidon rahoitus- ja maksujärjestelmästä.

Laitoshoidon riskiä koskevat sosiologiset ja epidemiologiset tutkimukset perustuvat eräänlaiseen yleiseen ”systeemiseen” käsitelmalliin (Andersen 1968), johon on pyritty yhdistämään piirteitä useista tieteenaloista. Tässä mallissa jaetaan laitoshoidon riskiin vaikuttavat tekijät kolmeen luokkaan: palvelujen käyttöä altistaviin (ikä, sukupuoli, siviilisäätö, elintavat) ja mahdollistaviin (tulot, tarjonta) tekijöihin sekä palvelujen tarpeeseen (terveys, toimintakyky). ”Systeeminen” käsitelmä ei kuitenkaan yleensä sisällä yksityiskohtaisia hypoteeseja eri tekijöiden välisistä vuorovaikutuksista. Tämä ei ole suuri ongelma, mikäli malleja käytetään riskin kuvaamiseen, esimerkiksi siihen, kuinka suuri osa laitoshoidon riskistä selittyy edellä mainituilla kolmeen luokkaan kuuluvilla tekijöillä tai arvioimaan laitostumisen riskin sosioekonomisia eroja. Einiö (2010) on täsmentänyt ”systeemiseen” käsitelmalliin liittyviä yksilöllisten tekijöiden vaikutuksia ottamalla huomioon myös niiden keskinäisiä vuorovaikutuksia.

## 4.3 Pitkäaikaisen laitoshoidon hoidon käyttöön vaikuttavat tekijät

### Terveys ja toimintakyky

Toimintakyvyn rajoitukset ovat keskeisiä iäkkäiden avun tarvetta ja laitoshoidon riskiä lisääviä tekijöitä (Jette ym. 1992, Tomiak ym. 2000, Hancock ym. 2002, Guralnik ym. 1994, Vaarama 2009, Vaarama ym. 1999, 2008 ja 2010). Terveydentila ja sen muutokset ovat keskeisin toimintakyvyn rajoitusten selittäjä. Uusimmat laitoshoidon riskiä koskevat tutkimukset viittaavat siihen (Sarma ja Simpson 2007, Sarma ym. 2009), että terveyteen liittyvä elämänlaatu (HUI-indeksillä mitattuna) sekä mentaalitestien (MMSE-testi) ja subjektiivisten terveysarvioiden ennustearvo laitoseriskin ennakoijina ovat ehkä aiempaa arvioitua suurempia.

Laitos- ja kotihoidon asiakkaiden hoivatarpeen arviointiin käytetyn RAI-instrumentin päivittäisen toiminnan toimintakykyä mittaavien ADL-mittareiden (MDS-ADL) ja kognitiivisten muistikokeiden (MMSE, CPS) arvojen ja laitoshoidon käytön välinen yhteys on havaittu sekä suomalaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa. Näiden mittareiden on todettu myös ennustavan ikääntymisen aiheuttamaa sairastavuutta (Finne-Soveri ym. 2005, Finne-Soveri 2008, Morris ym. 1999).

Sairastavuus muodostaa toisen keskeisen ennustavien tekijöiden ryhmän (Martikainen ym. 2009, Nihtilä ja Martikainen 2007 ja 2008, Einiö 2010). Muistiin ja kognitioon liittyvien sairauksien (kuten dementia, Parkinsonin ja Alzheimerin tauti) ilmenemisen väestössä on osoitettu lisäävän pitkäaikaisen laitoshoidon riskiä. Muistisairaajat tai holhouksessa olevat vanhukset olivat neljä kertaa todennäköisemmin laitoshoidossa kuin normaalilla kognition tasolla olevat. Kognitiivisesti heikokuntoiset saivat myös kolme kertaa enemmän formaalia ja epäformaalia hoitoa kuin normaalitasoiset vanhukset. (Hoerger ym. 1996) Nämä muuttujat ovat myös kiinteästi yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn, käytösoireisiin ja mielialahäiriöihin (Finne-Soveri ym. 2005 ja Finne-Soveri 2008).

Myös muiden lääketieteellisten diagnoosien kuten aivohalvauksen, psyykkisten sairauksien, nivelmurtumien ja diabeteksen esiintyvyys aiheuttaa laitoshoidon riskiä (Nihtilä ja Martikainen 2007, Martikainen ym. 2009, Einiö 2010).

### Tulot, varallisuus ja koulutus

Tulot ja varallisuus vähentävät laitoshoidon käyttöä lähes kaikissa kirjallisuudessa raportoiduissa tutkimuksissa. Yksinomaan laitoshoidon käsittelevissä tutkimuksissa (Norton 2000, Headen 1993, Börsch-Supan ym. 1992, Einiö 2010) on havaittu, että

omistusasunnossa asuvat ja korkeamman tulotason henkilöt käyttävät vähemmän laitoshoidoa kuin pienituloiset. Tämä tulos pätee myös, kun huomioidaan tarjontatekijät (Einiö 2010). Tutkimustulokset viittaavat siihen, että laitoshoido on luonteeltaan inferiorinen hyödyke, jonka kysyntä alenee, kun asiakkaiden tulot nousevat.

Omaishoidon ja maksetun kotihoidon huomioivien tutkimusten mukaan tulot ja varallisuus lisäävät maksetun kotihoidon kysyntää ja vähentävät laitoshoidon käyttöä. Kun vanhuksen tuloja pidetään eksogeenisena tekijänä, niin korkeamman tulotason on havaittu olevan yhteydessä suurempaan maksetun kotihoidon käyttöön (Ettner 1994, Kemper 1992). Mikäli tuloja pidetään endogeenisena muuttujana, joka instrumentoidaan sosiaaliturvaan liittyvillä muuttujilla, tulotason nousu kasvattaa kotihoidon kysyntää ja vähentää laitoshoidon kysyntää (Goda ym. 2011). Tämän tutkimuksen mukaan tulojen noustessa laitoshoidoa korvataan maksetulla kotihoidolla.

Korkeammat tulot mahdollistavat maksetun kotihoidon palvelujen hankinnan ja vaihtoehtoiset pitkäaikaishoidon valinnat ja hoitopolut. Kotihoidon palvelujen käyttö luo edellytyksiä itsenäiselle selviytymiselle ja kotona asumiselle sekä alentaa laitoshoidon todennäköisyyttä (Bolin ym. 2008, Greene ja Ondrich 1990, Grundy ja Glaser 1997). Laitoshoidon osalta on havaittu, että palvelujen käyttö joustaa tulojen ja varallisuuden suhteen enemmän pariskuntien, korkeammin koulutettujen ja paremman toimintakyvyn omaavien ryhmissä (Reschovsky 1998).

Tulotason ja varallisuuden kasvun voidaan nähdä antavan perintömotiiville (Bernheim ym. 1985, Hurd 1989, Zweifel ja Struwe 1998) erityistä voimaa, koska ne mahdollistavat perinnöillä ”kiristämisen” ja omaishoidon vaatimuksen vanhuksen puolelta, jolloin laitoshoidon merkitys vähenee ja yksityisen hoivan, omaishoidon ja itse kustannetun palvelutaloasumisen merkitys korostuu. Perintöjen ja lapsille suunnattujen lahjoitusten (ennakkoperinnöt) kautta tapahtuvan suunnittelun motiivit ovat kirjallisuudessa hyvin tunnetut ns. strategisena perintömotiivina (Zweifel ja Struwe 1998, Eisen ja Sloan 1996). Tämän perintömotiivin perusteella vanhuksat voivat luottaa tai ainakin toivoa saavansa omais- ja läheishoivaa perillisiltään. Suomessa (Kruhse-Lehtonen 1995) on saatu viitteitä perintömotiivien merkitsevyydestä, eli lapselliset parit säästävät elinkaaren aikana huomattavasti suuremmat omaisuusarvot vanhuuden varalle eivätkä kuluta niitä ikääntyneinä kuten lapsettomat parit. Tämä tulos pohjautuu Tilastokeskuksen kuluttajatutkimuksen tietoihin ja siitä on viitteitä myös muista maista (Lassila ym. 2002, Gale ja Slemrod 2001).

McCallin ym. (1998) ja Kenkelin (1990) tutkimusten mukaan korkeampi koulutus- ja tulotaso lisäävät pitkäaikaishoidon, terveydenhuollon ja hoivavakuutuksen kysyntää, kun käsitykset vanhuuden hoivan tarpeesta muuttuvat realistisemmiksi tiedon hankkimisen, oppimisen ja tiedottamisen myötä. Tuoreessa suomalaisessa

tutkimuksessa havaittiin, että korkeampi koulutustaso oli yhteydessä vähentyneeseen laitoshoidon riskiin ainoastaan miesten osalta, kun sosio-ekonomiset tekijät ja sairaustaustat kontrolloitiin (Einiö 2010).

Koulutuksen ja tulojen yhteydessä on huomattava, että perinteisissä taloudellisissa malleissa koulutustaso (työkokemuksen ja muiden tekijöiden ohella) selittää tulotason (Hayashi 2000, Angrist ja Pischke 2009). Tästä syystä on suositeltavaa ensisijaisesti instrumentoida tai vähintään kontrolloida koulutuksen vaikutus malleissa, joissa laitoshoidon kysyntää selitetään tulojen avulla.

### **Ikääntyminen ja eliniän piteneminen**

Ikä vaikuttaa lisäävästi laitoshoidon käyttöön sen takia, että ikä korreloi negatiivisesti hyvän terveydentilan ja toimintakyvyn kanssa (Norton 2000). Iän positiivinen yhteys laitoshoidon käyttöön on tosin havaittu senkin jälkeen, kun sairastavuus, toimintakyky ja muut sosioekonomiset tekijät on otettu huomioon (Einiö 2010).

Zweifelin esittämän ”red herring” -hypoteesin mukaan ikääntyminen ei sinällään aiheuta terveydenhuollon käytön kasvua, vaan sen aiheuttaa kuoleman läheisyyteen liittyvän sairastavuuden kasvu (Zweifel ym. 1999 ja 2004). Tällöin menoennuste, joka perustuu havaittuihin kustannuksiin eri ikäluokissa ja ennusteeseen eri ikäryhmien koosta tulevaisuudessa, yliarvioi tulevia terveystalouden menoja. Hypoteesia koskevilla tutkimuksilla ei ole useinkaan ollut käytettävissä tietoa laitoshoidosta ja toimintakyvystä, minkä takia johtopäätelmien tekeminen vanhusten palveluista ei ole yhtä selvää. Suomalaisen tutkimuksen mukaan kolmena viimeisenä elinvuotena käytettiin enemmän laitospalveluja, mutta myös iällä oli laitoshoidon palveluja lisäävä itsenäinen vaikutus (Häkkinen ym. 2008).

### **Sukupuolen, siviilisäädyn ja perhetaustan vaikutus**

Omaishoito, sukupuoli ja pitkäaikaisen laitoshoidon riski kulkevat käsi kädessä. Nortonin (2000) mukaan tällä on erityisesti vaikutusta miesten osalta, sillä he saavat useimmiten omaishoitoa puolisoiltaan ja lapsiltaan kuolemaansa asti. Siksi miehet päätyvät laitoshoidon harvemmin ja kuolevat useammin kotona kuin naiset (Einiö 2010, Stern 1995, Hiedemann ja Stern 1998). Tutkimusten perusteella on myös todettu, että yleisimmin omaishoitajana toimii nainen, joko puoliso tai vanhin tytär (Eisen ja Sloan 1996, Engers ja Stern 2002). Naisilla laitoshoidon riski on huomattavasti suurempi kuin miehillä, koska he joutuvat laitoshoidon myöhäisemmällä iällä, huonommassa kunnossa ja usein yksin asuvana leskenä (Norton 2000, Einiö 2010, Martikainen ym. 2009).

Suomea (Einiö, 2010) koskevien tulosten mukaan puolison olemassaolo vähensi ja leskeksi jääminen lisäsi laitoshoidon todennäköisyyttä huomattavasti. Lesken todennäköisyys oli yli kolminkertainen, kun puolison kuolemasta oli kulunut enintään kuukausi verrattuna niihin, joiden puoliso oli elossa. Laitoshoidon riski laski, kun puolison kuolemasta kului aikaa. Miesten ja naisten tulokset olivat samansuuntaisia. Suuret tulot tai korkea koulutus eivät suojanneet riskiltä joutua laitoshoitoon puolison kuoltua. Puolison kuolema näyttää lisäävän hoidon tarvetta, kun kotona ei ole enää puolisoa tukemassa ja huolehtimassa kodin askareista. Laitoshoidon tarve vähenee, jos ja kun lesket ajan kuluessa oppivat elämään yksin. Toisaalta tutkimustulokset saattavat viitata myös siihen, että kaikkein huonokuuntoisimmat lesket, jotka eivät pärjää yksin asuessaan, siirtyvät laitoshoitoon hyvin nopeasti puolison kuoltua.

Yleisesti voidaankin todeta, että laitoshoidon käyttöä selittävistä tekijöistä ikä ja sukupuoli eivät ole niin olennaisia kuin terveydentila, toimintakyky tai siviilisäätty, koska ne vaikuttavat pääasiassa viimeksi mainittujen kautta (Norton 2000).

### **Laitoshoidon substitootit ja komplementit**

Hyvinvointiyhteiskunnan ja perheen tarjoama hoito ja tuki nähdään useiden teoreettisten tutkimusten perusteella substituutteina, eli toisiaan kokonaan tai osittain korvaavina asioina. Usein voidaan perustellusti olettaa, että perheiden sisäinen dynamiikka, altruismi ja välittäminen luovat otolliset olosuhteet omaishoidolle (Pestieu ja Sato 2008, Van Houtven ja Norton 2004). Näitä täydentävät perintömotiivit sekä yhteiskunnan rahallinen ja palvelullinen tuki (Zweifel ja Struwe 1998, Eisen ja Sloan 1996).

Sukupolvien välistä solidaarisuutta ja hyvinvointivaltion etuusjärjestelmää käsittelevä OASIS-tutkimus ei kuitenkaan tue sitä olettamusta, että yhteiskunnan etuudet syrjäyttävät perheen (tai suvun) sisäistä hoitoa, avunantoa ja tukea (Motel-Klingeblum ym. 2005). Samoin Bolin ym. (2008) päätyvät tulokseen, että omaishoito toimii eräiden sosiaali- ja terveyspalveluiden substituuttina (korvaavana palveluna), mutta pääosin kuitenkin komplementtina (täydentävänä palveluna). Stabile ym. (2006) saivat sen sijaan Kanadan osalta ja Viitanen (2007) EU-maita koskevan ECHP-paneelin osalta tuloksen, jonka mukaan julkiset palvelut korvaavat omaishoitoa. Julkisen sektorin ns. ”alan valtaus” -hypoteesille koti- ja omaishoidon sekä yhteiskunnan laitospalveluiden välillä löytyy siis kirjallisuudesta tukea puolesta ja vastaan.

Eurooppaa ja Yhdysvaltoja koskevan tutkimuksen mukaan 10 prosentin kasvu omaishoidon panoksessa vähentää kotihoidon todennäköisyyttä noin yhdellä

prosenttiyksiköllä (8,3 prosentin todennäköisyydestä) ja vanhainkodissa vietettyjä päiviä 2 päivällä (25 päivän suhteen) (Bolin ym. 2008). Omaishoito vähentää laitoshoidon riskiä erityisesti 70–80-vuotiaiden ikäryhmässä ja niin kauan kuin puoliso on elossa. Tämä pätee erityisesti miehillä, jotka elävät useammin kotona elämänsä loppuun asti ja saavat useammin omaishoitoa puolisoiltaan kuin naiset. Yli 80-vuotiailla omaishoito on kuitenkin vain komplementaarinen palvelu viimeisten elinvuosien aikana (Van Houtven ja Norton 2004, 2008). Tämä tulos koskee erityisesti miesten pitkäaikaishoitoa, jossa omaishoidon rooli on merkittävin (Engers ja Stern 2002, Stern 1995). Naiset joutuvat useimmiten leskenä (ja yli 80-vuotiaana) laitoshoidon palveluiden piiriin.

Suomea käsittelevässä tutkimuksessaan Viitanen (2007) päätyi siihen, että julkinen laitoshoidon ja kotihoito vähentävät merkittävästi 45–59-vuotiaiden naisten antamaa omaishoitoa ja sen määrää. Hänen laskelmiensa mukaan 1 000 euron julkisten menojen kasvu pitkäaikaishoidon palveluissa vähentää omaishoidon todennäköisyyttä 6 prosenttiyksiköllä. Niinpä Viitanen päättelee, että omaishoito ja julkinen pitkäaikaishoito korvaavat merkittävässä määrin toisiaan. Ruotsalaiset tutkijat ovat havainneet dementiapotilaiden osalta, että omaishoitajien systemaattinen koulutus lisää kotona asumisen pituutta ja vähentää laitoshoidon tarvetta parhaimmillaan noin puolella vuodella (Andren ja Elmståhl 2008).

Vaikka omaishoitajien työtuntimäärää kasvatettaisiin kymmenellä prosentilla (13 tuntia lisää 132 kuukausittaiseen tuntiin), vähentää tämä kotihoidon todennäköisyyttä 0,6 prosenttiyksikköä (yli 70-vuotiailla yhden prosenttiyksikön) ja laitoshoidon riskiä ainoastaan muutamia prosenttiyksiköitä eurooppalaisen SHARE-tutkimuksen tulosten perusteella (Bolin ym. 2008).

#### 4.4 Empiirinen tutkimus laitoshoidon siirtymiseen vaikuttavista tekijöistä

##### Tavoite

Empiirisen tutkimuksen keskeisenä tavoitteena oli analysoida tulojen vaikutusta laitoshoidon todennäköisyyteen. Teoreettiseen ja empiiriseen kirjallisuuteen perustuen päädyttiin laitoshoidon todennäköisyyttä selittämään neljällä eri mallilla. Ensimmäinen malli muodostui tulojen lisäksi sosio-ekonomisista taustamuuttujista. Toisessa mallissa tarkasteluun otettiin mukaan toimintakykyä kuvaavia muuttujia ja kolmannessa mallissa terveyteen liittyvät elämänlaatua ja muistihäiriöitä kuvaavat muuttujat. Neljännessä mallissa ovat mukana kaikki selittävät muuttujat.

## Aineisto

Tutkimusaineistona käytettiin Terveys 2000 -aineistoa, joka on otos koko Suomen aikuisikäisestä väestöstä. Tästä aineistosta on muodostettu laitosaineisto, jossa yli 53-vuotiaan väestön tietoihin on liitetty tuloja, laitoshoidon ja kuolemansyitä koskevia tietoja THL:n, Kelan ja Tilastokeskuksen rekistereistä.

Aineistoa rajattiin siten, ettei käytetyissä muuttujissa esiintynyt puuttuvia tietoja. Laitoshoidon joutuminen määriteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus-tietojen perusteella siten, että henkilöllä oli yli 89-päivän laitoshoitojakso tai merkintä pitkäaikaishoidosta. Lopullisessa tutkimusaineistossa havaintoja on 2 453. Otoksessa mukana olevista henkilöistä joutui laitoshoidon kahden vuoden kuluessa 5 % ja 7 vuoden kuluessa 11 %.

## Menetelmät ja mallin spesifikaatio

Mallissa 1 laitoshoidon todennäköisyyttä selittävinä muuttujina käytettiin ikää, sukupuolta, siviilisäätystä, koulutusta, eläkkeellä oloa ja tuloja (liitetaulukko 4.1), jotka on yleisesti havaittu laitoshoitoa ennustaviksi tekijöiksi kotimaisessa ja ulkomaisessa tutkimuksessa (Ettner 1994, Headen 1993, Wolinsky ym. 1992, Kemper 1992, Norton 2000, Martikainen ym. 2009, Einiö 2010). Iän ja sukupuolen osalta päädyttiin yksinkertaiseen spesifiointiin, koska iän ja sukupuolen interaktiot sekä iän toisen asteen termin vaikutus eivät olleet merkitseviä. Aineisto jaettiin yksilön nettotulojen suhteen kolmeen yhtä suureen ryhmään, joista muodostettiin tulokolmanneksia kuvaavia muuttujia. Käytettävissä oli myös kotitalouksien kulutusyksikköä kohti lasketut tulot, mutta niiden käyttö yksilön tulojen sijasta ei muuttanut tuloksia. Alustavissa analyyseissä oli mukana myös asuinalue (miljoonapiiri, sairaanhoitopiiri), mutta koska se ei tullut merkitseväksi jätettiin se pois lopullisista malleista.

Toisessa mallissa tarkasteluun sisällytettiin fyysistä toimintakykyä kuvaavia ADL-mittareita, joita suomalaisessa tutkimuksessa ei ole aikaisemmin käytetty laitoshoidon todennäköisyyden arvioinnissa, koska niitä ei ole rekistereistä saatavilla. Käytetyt ADL-muuttujat valittiin askeltavalla mallinvalintamekanismilla ennustearvon perusteella.

Kolmannessa mallissa toimintakykyä mittaavat muuttujat korvattiin terveyteen liittyvää elämän laatua (15D) sekä kognitiivista toimintakykyä (MMSE) koskevilla muuttujilla, jotka uusimmissa tutkimuksissa (Sarma ym. 2009, 2007) ovat osoittautuneet tärkeiksi laitoshoidon todennäköisyyttä määritteleviksi tekijöiksi.



Analyysit tehtiin kahdella menetelmällä. Laitoshiitoon siirtymisen todennäköisyyttä kahden vuoden seurannassa tarkasteltiin logistisella regressiomallilla (liitetaulukko 4.2). Seitsemän vuoden seurannassa käytettiin Cox-regressioon perustuvaa elinai-kamalla (liitetaulukko 4.3).

Tulokset raportoidaan logit-mallissa vedonlyöntisuhteilla (odds ratio), joka kuvaa miten yhden yksikön muutos selittävässä muuttujassa vaikuttaa kerroinvaikutuksena todennäköisyyteen. Esimerkiksi liitetaulukon 4.2 mallissa 1 Leski-muuttujan ker-roinarvo 1,585 tarkoittaa, että leskien todennäköisyys<sup>1</sup> joutua laitoshiitoon on 58,5 prosenttia korkeampi kuin avio- tai avoliitossa elävän henkilön. Cox-regressioissa suhteelliset riskisuhteet (relative hazard) kuvaavat, miten yhden yksikön muutos selittävässä muuttujassa vaikuttaa laitoshoidon alkamisen hetkelliseen todennäköi-syyshasardiin. Esimerkiksi liitetaulukon 4.3 mallissa 1 Leski-muuttujan kerroinarvo 1,729 tarkoittaa, että leskien (hetkellinen) todennäköisyys joutua laitoshiitoon on 72,9 prosenttia korkeampi kuin avio- tai avoliitossa elävän. Selittävät muuttujat ovat aikainvariantteja lähtötason (baseline) muuttujia.

## Tulokset

Keskituloisilla oli pienituloisia merkitsevästi pienempi todennäköisyys joutua laitoshiitoon kaikissa Cox-malleissa. Pitemmän ajan tarkastelussa myös ylemmän tulokolmannuksen riskisuhde on alinta tulokolmannesta pienempi, joskaan ei ti-lastollisesti merkitsevä. Tulomuuttujien tarkastelu jatkuvana (ei esitetä tässä) antoi tulomuuttujalla tilastollisesti merkitsevän negatiivisen kertoimen kaikissa malleissa.

Ikärakenteen ja eläkkeellä olon suhteellisen voimakas merkitys laitokseen siirtymi-selle selittyy sillä, että aineisto sisältää valtaosin yli 50-vuotiaita eläkkeellä olevia henkilöitä (keski-ikä 69 vuotta). Malleissa 2, 3 ja 4 ikätekijän vaikutus putoaa noin puoleen, mutta säilyy edelleen erittäin merkitsevänä.

Siviilisäätö vaikutti todennäköisyyteen käyttää laitoshiitoa mutta ei niin selvästi kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Norton 2000, Engers ja Stern 2002, Martikainen ym. 2009). Pitemmän aikavälin tarkastelussa eronneiden, leskien ja naimattomien riski suhteessa avio- tai avoliitossa eläviin pariskuntiin oli hieman alle kaksinkertainen. Kaikkia tekijöitä koskevassa mallissa 4 ainoastaan eronneilla todennäköisyys oli tilastollisesti merkitsevä. Lyhyen aikavälin mallissa vastaava muuttuja oli merkitsevä ainoastaan mallissa 1.

Sukupuolella ei ollut vaikutusta laitoshoidon riskiin. Tulos on yllättävä, sillä aiem-missa tutkimuksissa naiset ovat joutuneet laitoshiitoon miehiä useammin.

Toimintakyvyn menetystä kuvaavista muuttujista ongelmat raskaissa siivoustöissä ja julkisissa asioinneissa lisäsivät laitostumisen riskiä huomattavasti. Korkea terveyteen liittyvä elämänlaatu vähensi riskiä. Lyhyen aikavälin tarkastelussa muuttuja ei ollut merkitsevä kaikkia muuttujia koskevassa mallissa 4. Muistitesti tuli merkitseväksi vasta pidemmän aikavälin tarkastelussa. Mallien selityskykyä kuvaavien tunnuslukujen perusteella näyttäisi siltä, että fyysistä toimintakykyä kuvaavat muuttujat (malli 2) selittävät lyhyellä aikavälillä laitoshoidon riskiä paremmin kuin terveyteen liittyvä elämän laatu ja huonomuistisuus (malli 3). Pitemmän aikavälin tarkastelussa tilanne oli päinvastainen.

## 4.5 Päätelmät

Tulosten mukaan toimintakyvyn ja terveyteen liittyvän elämänlaadun ohella ikä ja siviilisääty vaikuttivat merkittävällä tavalla laitoshoidon todennäköisyyteen. Nämä vaikutukset vahvistuivat kun seuranta-aika piteni. Keskituloisilla laitoshoidon riski oli pienituloisia pienempi. Sen sijaan aikaisemmasta tutkimuksista poikkeavaa oli se, että suurituloisten laitoshoidon todennäköisyys ei juurikaan poikennut pientuloisten todennäköisyydestä. Se, että suurituloisten riski ei ole tilastollisesti merkitsevä, johtunee todennäköisesti siitä, että aineistossa oli hyvin varakkaita väestöryhmiä, joiden kerroinvaikutuksia koskevat tarkat tulotiedot menetetään luokittelussa (kolme luokkaa). Tulojen tarkastelu jatkuvana muuttujana tukee päätelmää. Tulokset tukevat ajatusta laitoshoidon liittyvästä yksilöllisestä epähyödyntä tai hyödyn vähenemisestä (ks. esim. Kuhn ja Nuscheler 2011).

Uutta tämän artikkelin tulosten perusteella on se, että suomalaisessa aineistossa kliinisesti testattu elämänlaatumittari 15D sekä ongelmat siivoustyössä ja julkisissa asioinnissa ovat laitoshoidon selkeästi ennakoivia tekijöitä. Näiden tekijöiden selitysvaikutus tulee jo siinä vaiheessa, kun henkilöt vielä asuvat kotona ja saavat omais- ja/ tai kotihoitoa (lähtötason mittaus). Muistihäiriöt MMSE-testillä mitattuna lisäsivät laitoshoidon riskiä vasta viiden vuoden seurantajaksoilla.

Tutkimuksen keskeinen puute on se, että fyysisen toimintakyvyn, elämänlaadun- ja muistin mittaustuloksista oli käytettävissä havainnot vain lähtötilanteessa vuonna 2000, mutta ei myöhemmin. Esimerkiksi vuonna 2007 alkaneet laitosjaksot eivät ole kovin hyvin ennustettavissa, koska toimintakyvyn muutosten vaikutuksia ei kyetty havainnoimaan seuranta-aikana.

Jatkossa tarvitaan tutkimuksellista lisätietoa myös yksilöön ja ympäristöön liittyvien tekijöiden muutosten mahdollisista vaikutuksista laitoshoidossa olemiseen.

Tällaisia muutoksia ovat väestötason perherakenteen muutokset, lainsäädännön muutokset ja asumisen varustelutasoon liittyvät muutokset. Tuoreet tutkimukset ikääntyneiden asumisen tasosta kertovat, että asumisen puutteet ovat vähentyneet ja esteettömyys kohentunut merkittävästi (Karvonen ym. 2010). Ikääntyneen väestön kokema elämänlaatu on samassa yhteydessä parantunut. (Vaarama ym. 2010).

Suomalaisessa laitoshoidon kysyntätutkimuksessa monet tutkimuskysymykset ovat edelleen avoimia. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista arvioida omaishoidon, kotihoidon ja laitoshoidon välistä substituuutiota, koska aineisto ei sisältänyt tietoa avopalveluista eikä omaishoidosta.

## Liitetaulukot

### Liitetaulukko 4.1

Analyseissa käytetyt muuttujat

Muuttuja	Keskiarvo	Hajonta
Pitkäaikaishoidon todennäköisyys 2 vuoden seurannassa.	0,049	0,217
Pitkäaikaishoidon todennäköisyys 7 vuoden seurannassa.	0,107	0,310
Alin tulokolmannes, henkilön nettotulojen perusteella muodostettu alin tulokolmannes tutkimusaineistosta.	0,424	0,453
Keskituloiset, henkilön nettotulojen perusteella muodostettu keskimmainen tulokolmannes tutkimusaineistosta.	0,305	0,461
Ylin tulokolmannes, henkilön nettotulojen perusteella muodostettu ylin tulokolmannes tutkimusaineistosta.	0,271	0,444
Perusaste. Dummy muuttuja, 1 jos käynyt kansa-/peruskoulun.	0,635	0,384
Keskiaste. Dummy muuttuja, 1 jos keskiasteen tutkinto.	0,214	0,410
Korkea-aste. Dummy muuttuja, 1 jos korkeakoulututkinto.	0,151	0,358
Ei-eläkeläinen. Dummy muuttuja, 1 jos ei-eläkeläinen.	0,230	0,421
Eläkeläinen. Dummy muuttuja, 1 jos eläkeläinen.	0,770	0,421
Avio-/avopari. Dummy muuttuja, 1 jos avio- tai avoliitossa.	0,605	0,326
Eronnut. Dummy muuttuja, 1 jos eronnut.	0,088	0,283
Leski. Dummy muuttuja, 1 jos leski.	0,221	0,415
Naimaton. Dummy muuttuja, 1 jos naimaton.	0,086	0,280
54–59-vuotiaat. Dummy muuttuja, 1 jos 54–59-vuotias.	0,221	0,347
60–69-vuotiaat. Dummy muuttuja, 1 jos 60–69-vuotias.	0,377	0,485
70–79-vuotiaat. Dummy muuttuja, 1 jos 70–79-vuotias.	0,235	0,424
80–89-vuotiaat. Dummy muuttuja, 1 jos 80–89-vuotias.	0,152	0,359
90-vuotiaat. Dummy muuttuja, 1, jos yli 89-vuotias.	0,015	0,120
Nainen. Dummy muuttuja, 1 jos nainen.	0,588	0,492
Mies. Dummy muuttuja, 1 jos mies.	0,412	0,492
Pukeutumisessa ja riisuutumisessa ei ongelmia. Dummy muuttuja, 1 jos ei ongelmia.	0,020	0,140
Raskaassa siivoustyössä ongelmia. Dummy muuttuja, 1 jos ongelmia.	0,170	0,376
Kantamisessa ongelmia: ostoskassin kanto 5 kg/vähintään 100m. Dummy muuttuja, 1 jos ongelmia.	0,140	0,347
Julkisessa asiointissa ongelmia: asioiminen pankissa, virastossa jne. Dummy muuttuja, 1 jos ei ongelmia.	0,063	0,243
15D, Terveysteen liittyvän elämänlaadun indeksi.	0,860	0,118
MMSE, Mini Mental State Examination -testin kokonaispistemäärä.	12,835	3,163

**Liitetaulukko 4.2**

Laitoshoidon todennäköisyyttä 2 vuoden kuluessa selittävien logit-mallien tulokset. Vedonlyöntikertoimien osamäärät ja niiden merkitsevyys.

Muuttuja	Malli 1	Malli 2	Malli 3	Malli 4
Alin tulokolmannes	1,000	1,000	1,000	1,000
Keskituloiset	0,641 *	0,742	0,761	0,793
Ylin tulokolmannes	0,935	1,082	1,071	1,170
Perusaste	1,000	1,000	1,000	1,000
Keskiaste	1,068	1,236	1,217	1,306
Korkea-aste	1,173	1,400	1,413	1,494
Ei-eläkeläinen	1,000	1,000	1,000	1,000
Eläkeläinen	3,292	2,590	2,791	2,488
Avio-/avopari	1,000	1,000	1,000	1,000
Eronnut	1,016	0,956	0,982	0,931
Leski	1,585 *	1,231	1,438	1,195
Naimaton	1,686	1,518	1,484	1,482
54–59-vuotiaat	1,000	1,000	1,000	1,000
60–69-vuotiaat	0,862	0,939	0,947	0,957
70–79-vuotiaat	2,960	3,030	3,041	3,002
80–89-vuotiaat	10,246 ***	5,640 **	7,543 **	5,310 **
90+ -vuotiaat	23,672 ***	7,564 **	12,704 ***	6,635 *
Nainen	1,000	1,000	1,000	1,000
Mies	0,871	1,003	0,863	0,970
Pukeutumisessa ja riisutumisessa ei ongelmia		0,295 ***		0,217 ***
Raskaassa siivoustyössä ongelmia		3,411 ***		3,120 ***
Kantamisessa ongelmia		1,328		1,249
Julkisessa asiointissa ongelmia		2,362 ***		1,954 **
15D			0,091 ***	0,359
MMSE			0,952	0,962
Vakiotermit	0,005 ***	0,004 ***	0,076 ***	0,016 ***
log likelihood	-387,30	-358,27	-378,01	-356,83
pseudo R2	0,20	0,26	0,22	0,26
Area under ROC	0,833	0,871 ***	0,855 ***	0,875 ***

Tilastollinen merkitsevyys: \*\*\*p<0.01, \*\*p<0.05, \*p<0.1.

### Liitetaulukko 4.3

Laitoshoidon todennäköisyyttä 7 vuoden kuluessa selittävien cox-regressiomallien tulokset. Riskisuhteet ja niiden merkitsevyys.

Muuttuja	Malli 1	Malli 2	Malli 3	Malli 4
Alin tulokolmannes	1,000	1,000	1,000	1,000
Keskituloiset	0,645 ***	0,681 ***	0,540 ***	0,581 ***
Ylin tulokolmannes	0,722	0,772	0,913	0,927
Perusaste	1,000	1,000	1,000	1,000
Keskiaste	0,930	0,979	1,288	1,218
Korkea-aste	0,959	1,043	1,745 **	1,682 *
Ei-eläkeläinen	1,000	1,000	1,000	1,000
Eläkeläinen	3,985 ***	4,436 ***	3,416 **	3,321 **
Avio-/avopari	1,000	1,000	1,000	1,000
Eronnut	1,745 **	1,709 *	1,706 *	1,728 *
Leski	1,729 ***	1,492 **	1,433 *	1,218
Naimaton	1,737 ***	1,506 *	1,497	1,412
54–59-vuotiaat	1,000	1,000	1,000	1,000
60–69-vuotiaat	1,093	1,004	0,845	0,753
70–79-vuotiaat	3,594 ***	2,929 ***	2,739 **	2,634 **
80–89-vuotiaat	10,917 ***	5,375 ***	5,819 ***	4,458 ***
90+ -vuotiaat	53,876 ***	20,264 ***	25,991 ***	17,357 ***
Nainen	1,000	1,000	1,000	1,000
Mies	1,213	1,429 **	0,972	1,127
Pukeutumisessa ja riisutumisessa ei ongelmia		0,544 *		-0,392 **
Raskaassa siivoustyössä ongelmia		2,454 ***		2,368 ***
Kantamisessa ongelmia		1,340		1,155
Julkisessa asiointissa ongelmia		2,481 ***		1,662 **
15D		0,011 ***		0,060 ***
MMSE		0,877 ***		0,897 ***
log likelihood	-2264,42	-2070,14	-1292,37	-1127,29

Tilastollinen merkitsevyys: \*\*\*p<0.01, \*\*p<0.05, \*p<0.1.

## Viite

<sup>1</sup> Tarkkaan ottaen kyseessä on todennäköisyyksien suhde  $p/(1-p)$ , missä  $p$  kuvaa laitoshoidon todennäköisyyttä.

## Kirjallisuus

Andersen, R. M. (1968), "A behavioral model of families' use of health services", University of Chicago, Research Series 25, Chicago.

Andren, S. ja Elmståhl, S. (2008), "Effective psychosocial intervention for family caregivers lengthens time elapsed before nursing home placement of individuals with dementia: a five year follow-up study", *International psychogeriatrics*, 20: 1177–1192.

Angrist, J. D. ja Pischke, J.-S. (2009), "Mostly harmless econometrics – an empiricist's companion", Princeton University Press.

Bernheim, B. D., Shleifer, A. ja Summers, L. H. (1985), "The Strategic Bequest Motive", *Journal of Political Economy*, 93: 1045–1076.

Bolin, K., Lindgren, B. ja Lundborg, P. (2008), "Informal and formal care among single-living elderly in Europe", *Health Economics*, 17: 393–409.

Börsch-Supan, A., Hajivassiliou, V., Kotlikoff, L. J. ja Morris, J. N. (1992), "Health, children, and elderly living arrangements: a multiperiod-multinomial probit model with unobserved heterogeneity and autocorrelated errors", Teoksessa Wise, D. A. (toim.), *Topics in the Economics of Aging*, University of Chicago Press, Chicago, 79–104.

Einiö, E. K. (2010), "Determinants of institutional care at older ages in Finland", *Finnish Yearbook of Population Research*, XLV 2010 Supplement.

Eisen, R., Sloan, F.A., (toim.) (1996), "Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions", Kluwer Academic Publishers, Boston.

Engers, M., Stern, S. (2002), "Long-term care and family bargaining", *International Economic Review*, 43: 73–114.

Ettner, S. L. (1994), "The effect of the medicaid home care benefit on long-term care choices of the elderly", *Economic Inquiry*, 32: 103–127.

Finne-Soveri, H. (2008), "Toimintakyvyn kognitiivisen ulottuvuuden arviointi osana tuen ja palvelujen tarpeen arviointia", *Gerontologia*, 4/2008.

Finne-Soveri, H., Noro, A., Björkgren, M. ja Vähäkangas, P. (toim.) (2005), ”Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä”, Stakes, Gummerus Kirjapaino. Saarijärvi.

Gale, W. G. ja Slemrod, J. (2001), ”Rethinking the estate and gift tax: an overview”. NBER working paper No. 8205, Cambridge.

Goda, G. S., Golberstein, E. ja Grabowski D. C. (2011), ”Income and the utilization of long-term care services: Evidence from the Social Security benefit notch”, *Journal of Health Economics*, 30: 719–729.

Greene, V. L. ja Ondrich, J. I. (1990), ”Risk factors for nursing home admissions and exits: a discrete-time hazard function approach”, *Journal of Gerontology*, 45:250–8.

Grossman, M. (1972), ”The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation”, National Bureau of Economic Research, New York.

Grossman, M. ja Rand, E. (1974), ”Consumer incentives for health services in chronic illness.” Teoksessa Mushkin, S.J. (toim.), *Consumer Incentives for Health Care*, Milbank Memorial Fund, New York, 114–151.

Grundy, E. ja Glaser, K. (1997), ”Trends in, and transitions to, institutional residence among older people in England and Wales 1971-91”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51: 531–40.

Guralnik, J. M., Simonsick, E. M. ja Ferrucci L. (1994), ”A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission”, *Journal of Gerontology*, 49: 85–94.

Hancock, R., Arthur, A., Jagger, C. ja Matthews R. (2002), ”The effect of older people’s economic resources on care home entry under the United Kingdom’s long-term financing system”, *Journal of Gerontology & Psychological Science*, 57: 285–93.

Hayashi, F. (2000), ”*Econometrics*”, Princeton University Press.

Headen, A. E. Jr. (1993), ”Economic disability and health determinants of the hazard of nursing home entry”, *The Journal of Human Resources*, 28: 80–110.

Hiedemann, B. ja Stern, S. (1999), ”Strategic play among family members when making long-term care decisions”, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 40: 29–57.

Hirth, R. A. (1999), ”Consumer information and competition between nonprofit and for-profit nursing homes”, *Journal of Health Economics*, 18: 219–240.

Hoerger, T. J., Picone, G. A. ja Sloan, F. A. (1996), ”Public subsidies, private provision of care and living arrangements of the elderly”, *Review of Economics and Statistics*, 78: 428–440.

Hurd, M. D. (1989), ”Mortality Risk and Bequests”, *Econometrica*, 57: 779–813.

Häkkinen, U., Martikainen, P., Noro, A., Nihtilä, E. ja Peltola, M., (2008), ”Aging, health expenditure, proximity to death, and income in Finland”, *Health Economics, Policy and Law*, 3: 165–195.

Jette, A. M., Branch, L. G., Sleeper, L. A., Feldman, H. ja L. M. Sullivan (1992), ”High-risk profiles for nursing home admission”, *The Gerontologist*, 32: 634–640.

Karvonen, S., Moisio, P. ja Vaarama, M. (toim.) (2010), ”Suomalaisten hyvinvointi 2010”, THL, Helsinki.

Kemper, P. (1992), ”The use of formal and informal home care by the disabled elderly”, *Health Services Research*, 27: 421–451.



- Kenkel, D. (1990), "Consumer health information and the demand for medical care", *Review of Economics and Statistics*, 72: 587–595.
- Kruhse-Lehtonen, U. (1995), "Perinnönjättömotiivit Suomessa – Kotitaloustiedusteluun 1990 perustuva empiirinen tutkimus." ETLA Keskusteluaiheita No. 538.
- Kuhn, M. ja Nuscheler, R. (2011), "Optimal provision of nursing homes and the role of information", *Journal of Health Economics*, 30: 795–810.
- Lassila, J. ja Valkonen, T. (2010), "Vanhalle varaksi, turvaksi tutisevalle – Hyvinvointivaltiota täydentämässä." ETLA B246, Helsinki.
- Lassila, J., Rantanen, O. ja Valkonen, T. (2002), "Varallisuus, verotus ja väestön ikääntyminen", ETLA B194, Helsinki.
- Martikainen, P., Moustgaard, H., Murphy, M., Einiö, E. K., Koskinen, S., Martelin T. ja Noro, A. (2009), "Gender, living arrangements, and social circumstances as determinants of entry into and exit from long-term institutional care at older ages: a 6-year follow-up study of older Finns", *The Gerontologist*, 49: 34–45.
- McCall, N., Mangle, S., Bauer, E. ja Knickman, J. (1998), "Factors Important in the Purchase of Partnership Long-Term Care Insurance", *Health Services Research*, 33 (2 Pt 1): 187–203.
- Morris, J. N., Fries, B. E. ja Morris, S. A. (1999), "Scaling ADLs within the MDS", *The Journal of Gerontology*; MEDICAL SCIENCES, 54A: M546–53.
- Motel-Klingebiel, A., Tesch-Roemer, C. ja von Kondratowitz, H. (2005), "Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses.", *Ageing & Society*, 25: 863–882.
- Nihtilä, E. ja Martikainen, P. (2007), "Household income and other socio-economic determinants of long-term institutional care among older adults in Finland", *Population studies* 61: 299–314.
- Nihtilä, E. ja Martikainen, P. (2008), "Institutionalization of older adults after the death of a spouse", *American Journal of Public Health*, 98: 1228–1234.
- Norton, E. C. (2000), "Long-term care", Teoksessa Culyer A. J. ja Newhouse J. P. (toim.): *Handbook of Health Economics*, 955–994. Elsevier.
- Nyman, J. A. (1985), "Prospective and 'cost-plus' Medicaid reimbursement, excess Medicaid demand, and the quality of nursing home care", *Journal of Health Economics*, 4: 237–259.
- Pestieau, P. ja Sato, M. (2008), "Long term care: the state and the family", *Economica*, 75: 435–454.
- OECD (2011), "Help Wanted? Paying and providing for LTC", OECD Publishing, Paris.
- Reschovsky, J. D. (1998), "The roles of Medicaid and economic factors in the demand for nursing home care", *Health Services Research*, 33: 787–813.
- Sarma, S., Hawley, G. ja Basu, K. (2009), "Transitions in Living Arrangements of Canadian Seniors: Findings From NPHS Longitudinal Data", *Social Science and Medicine*, 68: 1106–1113.
- Sarma, S. ja Simpson, W. (2007), "A Panel Multinomial Logit Analysis of Elderly Living Arrangements: Evidence From Aging in Manitoba Longitudinal Data Canada", *Social Science and Medicine*, 65: 2539–552.
- Scanlon, W. J. (1980), "A theory of the nursing home market", *Inquiry*, 17: 25–41.
- Sintonen H. ja Pekurinen M. (2006), "Terveystaloustiede", WSOY, Helsinki – Porvoo.

- Stabile, M., Laporte, A. ja Coyte, P. C. (2006), "Household responses to public home care programs", *Journal of Health Economics*, 25: 674–701.
- Stern, S. (1995), "Estimating Family Long-Term Care Decisions in the Presence of Endogenous Child Characteristics", *Journal of Human Resources*, 30: 551–580.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2012), "Sosiaalimenot ja rahoitus 2012", Suomen virallinen tilasto (Sosiaaliturva 2012), Tilastoraportti 4/2012, Helsinki.
- Tomiak, M., Berthelot, J. M., Guimond, E. ja Mustard, C. A. (2000), "Factors associated with nursing-home entry for elders in Manitoba, Canada", *The journal of gerontology, Biological sciences and medical sciences*, 55A: M279–87.
- Vaarama, M., Luoma, M-L., Meriläinen-Porras, S. ja Siljander E., (2010), "80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu" Teoksessa Karvonen, S., Moisio, P. ja Vaarama, M. (toim.): Suomalaisten huvivointi 2010. THL, Helsinki. 150–167.
- Vaarama, M., Hakkarainen, A. ja Laaksonen, S. (1999), "Vanhusbarometri 1998", Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vaarama, M., Pieper, R. ja Sixsmith, A. (2008), "Care-related quality of life in old age: concepts, models and empirical findings", Springer, New York, NY.
- Vaarama, M. (2009), "Care-related quality of life in old age", *European Journal of Ageing*, 6: 113–125.
- Van Houtven, C. H. ja Norton, E. C. (2004), "Informal care and health care use of older adults", *Journal of Health Economics*, 23: 1159–1180.
- Van Houtven, C. H. ja Norton, E. C. (2008), "Informal care and Medicare expenditures: Testing for heterogeneous treatment effects", *Journal of Health Economics*, 27: 134–156.
- Viitanen T. (2007), "Informal and formal care in Europe", IZA Discussion Paper No. 2648, February 2007.
- Wolinsky, F. D., Callahan, C. M., Fitzgerald, J. F. ja Johnson, R. J. (1992), "The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults", *Journal of Gerontology*, 47: S173–82.
- Zwifel, P., Felder, S. ja Meiers, M. (1999), "Ageing of population and health care expenditure: A red herring?", *Health Economics*, 8: 485–496.
- Zwifel, P., Felder, S. ja Werblow, A. (2004), "Population ageing and health care expenditure: New evidence on the "red herring"", *Geneva papers on risk and insurance: issues and practice*, 29: 652–666.
- Zwifel, P. ja Struwe, W. (1998), "Long-term care insurance in a two-generation model", *Journal of Risk and Insurance*, 65: 13–32.
- Zwifel, P. ja Struwe, W. (1996), "Long-term care insurance and bequests as instruments for shaping intergenerational relationships", *Journal of Risk and Uncertainty*, 12: 65–76.



# lääkäiden palvelut, niiden rahoitus ja hoivavakuutus Suomessa

*Ismo Linnosmaa – Unto Häkkinen –  
Tarmo Valkonen – Jukka Lassila*



## 5.1 Johdanto

Julkinen keskustelu vanhuspalvelujen rahoituksesta Suomessa on vilkastunut viime vuosina. Taustalla vaikuttaa väestön ikääntyminen, jonka odotetaan lisäävän sekä eläkkeisiin että hoiva- ja hoivopalveluihin kohdentuvia julkisia menoja. Joitakin ennusmerkkejä kehityksestä on olemassa jo nyt, sillä vanhuuteen liittyvät menot ovat yksi nopeimmin kasvavista sosiaalimenoeristä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Julkista keskustelua on käyty eläkkeistä ja hoivapalvelujen rahoituksen uudistamisesta sekä palvelujen järjestämisestä ja rakenteesta. Tutkimuskirjallisuudesta löytyy myös näkemyksiä, jotka kyseenalaistavat ikääntymisen odotetut vaikutukset palvelujen kustannuksiin (ks. Zweifel ym. 1999, Häkkinen ym. 2008).

Yksityinen hoivavakuutus hoivan rahoituksen muotona on ollut mukana keskustelussa. Yksityisen hoivavakuutuksen rahoitusmalli perustuu ajatukselle, että yksityisesti hankittu hoivavakuutus täydentää julkisen sektorin rahoittamaa hoivaa. Yksityisen hoivavakuutuksen syntyä helpottaisi julkinen hoivalupaus, jolla tarkoitetaan selkeästi määriteltyä julkisen hoivan tasoa. Tehtyjen arvioiden mukaan hoivavakuutusten käyttö tulisi vaihtelemaan yksilöiden koulutustason ja perhemuodon mukaan (Lassila ja Valkonen 2010).

Seuraavassa tarkastellaan ikääntyneiden palvelujen käyttöä ja rahoitusta Suomessa sekä arvioidaan iäkkäiden hoivapalvelujen rahoituksen järjestämismalleja. Arvioimme myös yksityisen hoivavakuutuksen soveltuvuutta ikääntyvien hoivapalvelujen rahoitusjärjestelmään Suomessa.

## 5.2 Iäkkäiden hoito- ja hoivapalvelut

Julkisesti rahoitetut ikääntyneiden palvelut voidaan jakaa terveys- ja hoivapalveluihin. Terveyspalvelujen avulla pyritään edistämään ja parantamaan ikääntyneiden terveyttä. Hoivapalveluilla tuetaan ja autetaan vanhuksia, joilla esiintyy pysyvää ja pitkäkestoista toimintakyvyn heikentymistä (ks. esim. Vaarama ym. 2003, Kautto ym. 2006, Volk ja Laukkanen 2010). Ihmisen fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky heikkenee ikääntymisen myötä, minkä seurauksena ikääntyneiden selviytyminen jokapäiväisistä toimista (esim. syöminen, liikkuminen, sosiaaliset kontaktit) vaikeutuu. Hoivapalvelujen käyttö voi kompensoida toimintakyvyn heikentymistä. Pitkäaikainen vanhusten hoiva (engl. long-term care) tarkoittaa nimensä mukaisesti pitkäaikaista hoivapalvelujen tarjontaa ikääntyneille henkilöille.

Iäkkäille tarjottavia terveyspalveluja ovat kotisairaanhoido, pitkäaikaishoito terveyskeskuksissa sekä erilaiset kuntoutuspalvelut. Iäkkäiden hoivapalveluihin luetaan

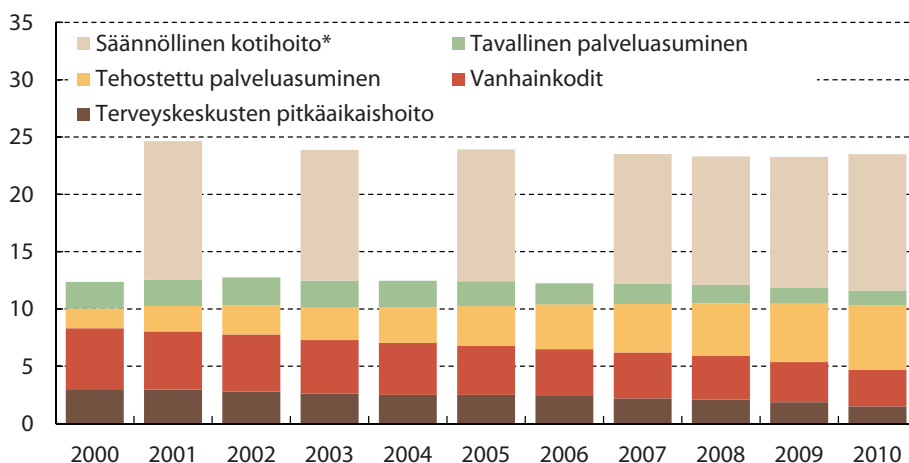
kotipalvelut, omaishoidon tuki, perhehoito sekä vanhusten laitoshoido, johon tässä luetaan tavallisen ja tehostetun palveluasuminen lisäksi laitoshoido vanhainkodeissa. Selkeän rajan vetäminen terveys- ja hoivapalvelujen välille on vaikeaa erityisesti vanhainkodeissa tarjottujen palvelujen ja terveydenhuollon pitkäaikaishoidon välillä, joihin molempiin sisältyy sekä vanhusten hoivaa että terveyden ja toimintakyvyn edistämistä.

Hoivapalvelut jaetaan usein myös viralliseen (engl. formal care) ja epäviralliseen (engl. informal care) hoivaan (ks. esim. Norton 2000, Volk ja Laukkanen 2010). Virallisella hoivalla viitataan ammattihenkilöiden antamaan hoivaan, jota suoritetaan korvausta vastaan. Epävirallinen hoiva on puolestaan omaisten, muiden läheisten tai kouluttamattoman työvoiman vanhuksille antamaa hoivaa, josta ei suoriteta korvausta. Keskitymme jatkossa virallisista hoivapalveluista erityisesti pitkäaikaiseen, joko kotona tai laitoksessa annettavaan hoivaan.

Vanhusten laitos- ja kotipalvelujen kattavuudessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia viimeisen 11 vuoden aikana (kuvio 5.1). Noin 12 prosenttia yli 75-vuotiaista oli säännöllisen kotihoidon piirissä vuonna 2010. Yli 75-vuotiaista henkilöistä noin 6 prosenttia käytti tehostetun palveluasumisen palveluja, kun taas vanhainkodeissa tai terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa heitä oli hieman alle 5 prosenttia. Merkittävimmät muutokset ovat tapahtuneet laitoshoidon rakenteessa: tehostetun palveluasumisen piirissä olleiden ikääntyneiden suhteellinen osuus on selkeästi kasvanut

Kuvio 5.1

Laitos- ja kotihoidon kattavuus yli 75-vuotiailla asiakkailla



\* Kotihoidon asiakaslaskenta tehtiin joka toinen vuosi vuoteen 2006 saakka.

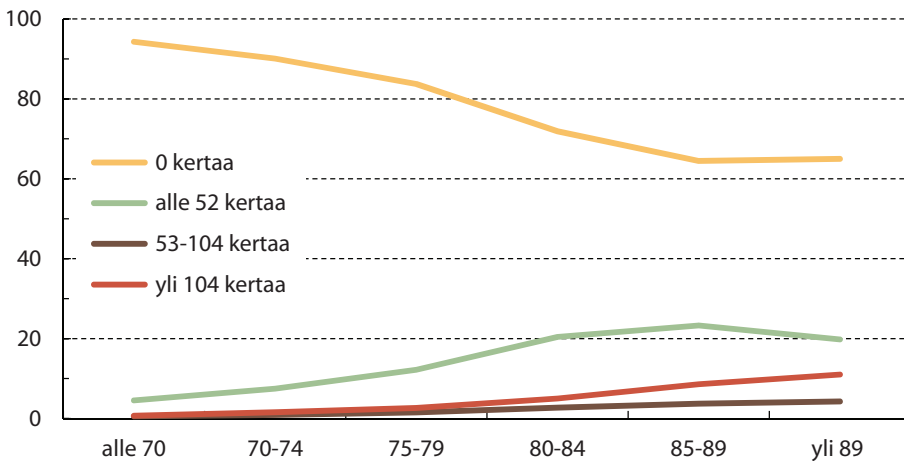
Lähde: THL, 2011.

vuodesta toiseen, kun taas vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyneiden henkilöiden osuudet ovat pienentyneet.

Koti- ja laitoshoidon palvelujen käyttöä ja yleisyyttä ikä- ja sukupuoliryhmittäin voidaan arvioida pääkaupunkiseudun kuntien (Helsinki, Espoo, Vantaa) asukkaita (yhteensä 1 milj. henkeä) koskevien tietojen perusteella. Aineisto koskee vuotta 2006 ja sen tarkempi kuvaus löytyy julkaisusta Häkkinen ym. (2009).

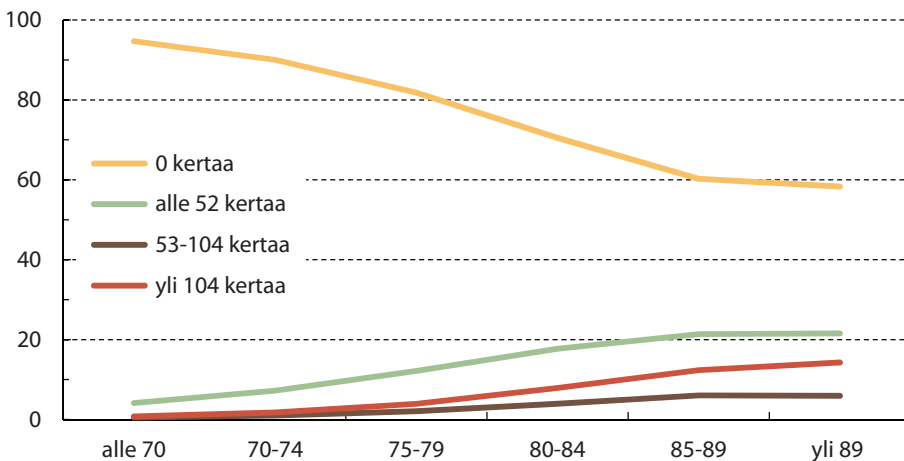
Kuvio 5.2

Kotihoidon käynnit iän mukaan miehillä



Kuvio 5.3

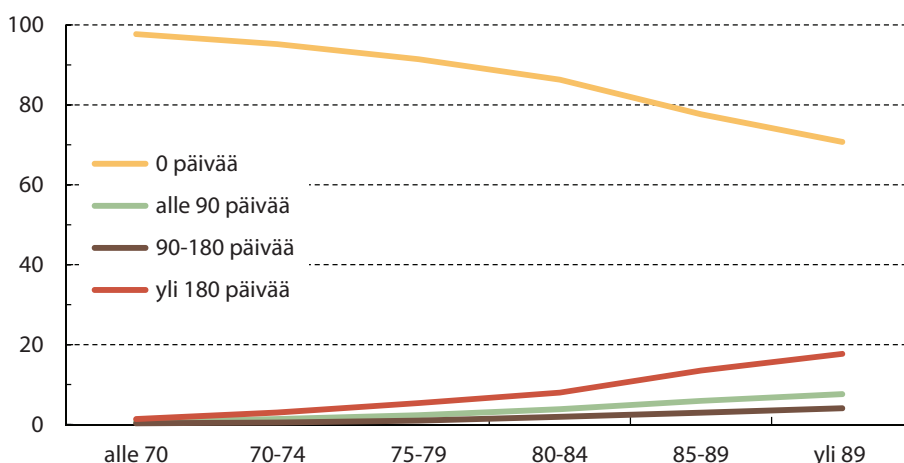
Kotihoidon käynnit iän mukaan naisilla



Kotihoitopalvelujen (kotipalvelu ja kotisairaanhoito) käyttö lisääntyy iän myötä sekä miehillä (kuvio 5.2) että naisilla (kuvio 5.3). Alle 70-vuotiaista miehistä vain noin 6 prosenttia käytti kotihoiton palveluja aineistossa mukana olevissa kunnissa, kun vastaava luku yli 89-vuotiailla miehillä oli noin 35 prosenttia. Miesten ja naisten välinen vertailu osoittaa, että yli 75-vuotiaat naiset käyttivät kotihoiton palveluja hieman miehiä useammin. Yli 85-vuotiaiden ryhmässä kotipalvelujen käyttö ei näyttäisi lisääntyvän merkittävästi ikääntymisen myötä.

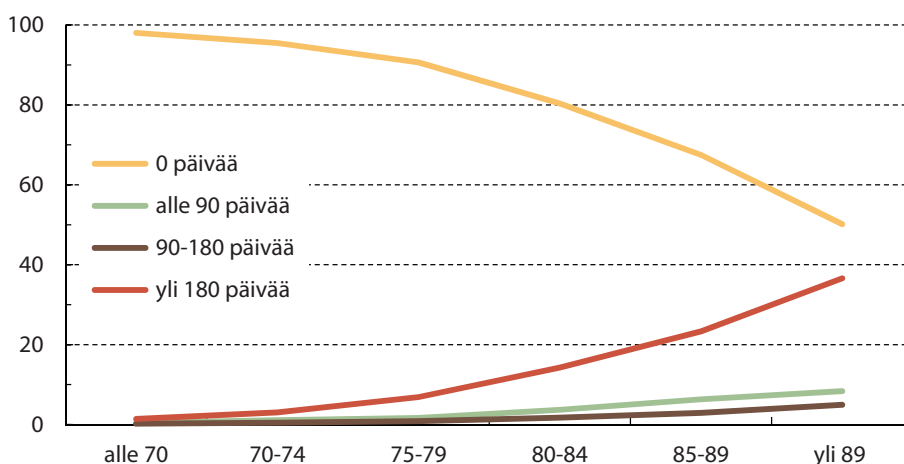
Kuvio 5.4

Laitoshoidon päivät iän mukaan miehillä



Kuvio 5.5

Laitoshoidon päivät iän mukaan naisilla



Noin 4,5 prosentilla alle 70-vuotiaista miehistä kotihoidon käyntejä oli enintään 52 (eli keskimäärin kerran viikossa), kun vastaava luku yli 89-vuotaiden miesten osalta oli noin 20 prosenttia. Hieman yli 0,5 prosentilla (11 prosentilla) alle 75-vuotiaista (yli 89-vuotiaista) miehistä kotikäyntien määrä oli 104 (keskimäärin 2 kertaa viikossa) tai enemmän. Verrattaessa miehiä naisiin havaitaan, että kotipalvelujen käyttö keskimäärin 2 kertaa viikossa tai useammin on yleisempää naisille kuin miehille, kun taas 80-89-vuotiaiden miesten keskuudessa kotipalvelujen käyttö enintään kerran viikossa on yleisempää kuin vastaavanikäisten naisten keskuudessa.

Myös laitoshoidon käyttö lisääntyy iän myötä (kuvio 5.4 ja 5.5). Vuonna 2006 70-vuotiaista miehistä ja naisista noin kaksi prosenttia käytti laitoshoidon palveluja aineistossa mukana olevissa kunnissa. Yli 89-vuotiaista miehistä noin 30 prosenttia oli laitoshoidossa, ja naisten osalta tämä luku oli noin 50 prosenttia. Kuvioiden 5.4 ja 5.5 perusteella laitoshoidon pituus yleistyi, kun laitoshoidon asiakkaat ikääntyivät. Miehistä hieman alle 18 prosenttia oli ollut laitoshoidossa vähintään 180 päivää (noin 6 kuukautta) vuoden 2006 aikana, kun taas naisten osalta vastaava luku oli noin 37 prosenttia.

### 5.3 Hoivapalvelujen rahoitus Suomessa

Sosiaalimenotilaston mukaan vanhuuteen liittyvät sosiaalimenot vuonna 2010 olivat yhteensä noin 19,1 miljardia euroa, josta toimeentuloturvan ja palvelujen osuudet olivat 17 ja 2,1 miljardia euroa (Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos 2012). Eri palvelujen järjestämisestä kunnille aiheutuvia kustannuksia on mahdollista arvioida jossakin määrin Sotkanetistä ([www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)) saatavien tietojen avulla. Ikääntyneiden kotihoidon käyttökustannukset olivat 0,7 miljardia euroa ja vanhusten laitoshoidon käyttökustannukset 0,9 miljardia vuonna 2010 ([www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)). Tehostetun ja tavallisen palveluasumisen palvelujen järjestämisestä tai terveyskeskusten pitkäaikaishoidon järjestämisestä kunnille aiheutuvia kustannuksia ei ole suoraan saatavilla, koska nämä tiedot esitetään yhdessä vammaisten palvelujen ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon käyttökustannusten kanssa.

Ikääntyneiden palvelujen rahoitusjärjestelmää Suomessa havainnollistetaan kuviossa 5.6 (vrt. Kautto ym. 2006, Volk ja Laukkanen 2010). Kuvio ei ole kattava esitys hoivapalvelujen rahoitus- ja tukijärjestelmästä Suomessa, vaan sen avulla pyritään kuvaamaan yksinkertaisella tavalla keskeiset rahoittajat sekä rahoituksen käyttökohteet. Siinä ovat mukana myös epäviralliset hoivapalvelut, vaikka näiden palvelujen kuluttaminen ei synnytä rahavirtoja käyttäjien, tuottajien ja rahoittajien välillä. On kuitenkin mahdollista ajatella, että epävirallisen hoivan tarjoajat osallistuvat

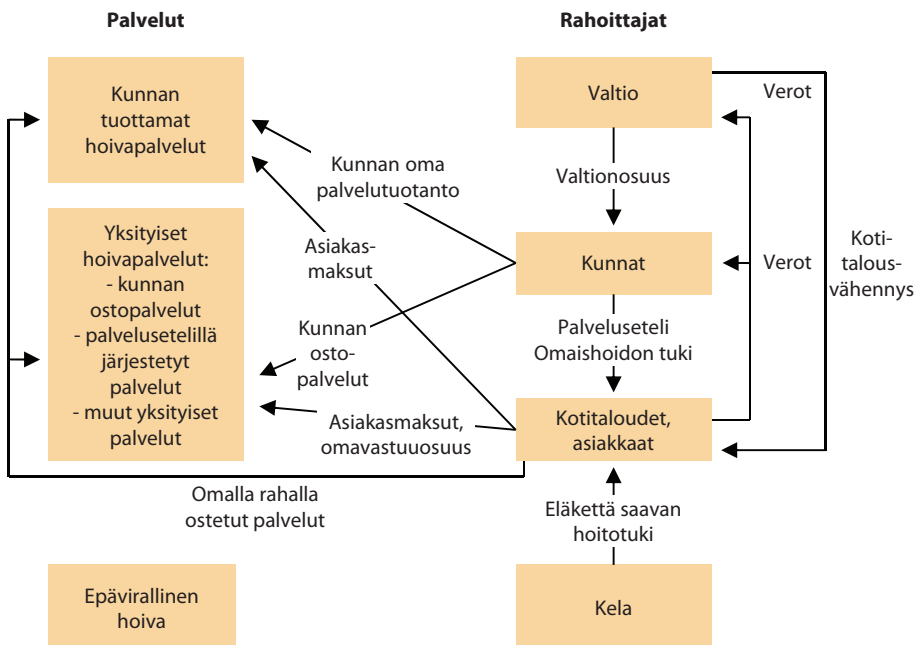


virallisen hoivan rahoittamiseen, jos epävirallisen hoivan tarjonta korvaa virallisten hoivapalvelujen, kuten laitoshoidon ja maksullisten kotipalvelujen, kysyntää (ks. esim. Van Houtven ja Norton 2004) ja samalla rahoitustarvetta.

Yksityisten ja julkisten hoivapalvelujen rahoittamiseen osallistuvat valtio, kunnat, kotitaloudet ja palveluja käyttävät asiakkaat. Valtio osallistuu palvelujen rahoittamiseen myöntämällä kunnille valtionosuuksia, jotka eivät ole korvamerkittyjä hoivapalvelujen rahoittamiseen. Kuntien valtionosuudet rahoitetaan valtion keräämien verojen (kuten tulo-, pääoma-, valmiste- ja arvonlisäverot) ja muiden tulojen avulla. Palvelujen järjestämisvastuu on kunnilla, jotka rahoittavat hoivapalveluja kunnallisveron tuotolla, valtionosuuksilla sekä maksutuloilla ja muilla toimintatuloilla (esimerkiksi myyntitulot) (ks. Volk ja Laukkanen 2010).

Kunnilla on vaihtoehtoisia tapoja järjestää hoivapalvelut. Kunta voi tuottaa palvelut kunnan omassa yksikössä (julkinen tuotanto) tai hankkia palvelut ostopalveluina yksityiseltä palveluntuottajalta (yksityinen tuotanto). Viimeisen kymmenen vuoden aikana myös palvelusetelin käyttö on yleistynyt Suomessa (ks. Rätty 2004, Volk ja Laukkanen 2007). Kunta voi myöntää asiakkaalle palvelusetelin, jonka avulla asia-

Kuvio 5.6  
Hoivapalvelujen rahoitus Suomessa



kas hankkii hoivapalveluja kunnan hyväksymiltä palveluntuottajilta. Palvelusetelin rahallisesta arvosta päättää kunta.

Palveluja käyttävät asiakkaat osallistuvat palvelujen rahoittamiseen asiakasmaksujen ja palveluseteliasiakkaina mahdollisen omavastuun maksajina. Hoivapalvelujen asiakasmaksujen enimmäismäärät on määritelty laissa ja asetuksissa. Kunnat voivat ottaa käyttöön niitä pienemmät maksut tai jopa antaa palvelut maksutta. Asiakasmaksu on joko kiinteä tai asiakkaan tuloista riippuva maksu. Asiakasmaksut kattoivat 17 prosenttia laitoshoidon ja 15 prosenttia kotihoidon kokonaismenoista vuonna 2007 (Volk ja Laukkanen 2010). Asiakkaat voivat hankkia laitos- ja kotihoidon palveluja myös suoraan palveluntuottajilta, jolloin he rahoittavat hoivapalvelujen tuotannon kokonaisuudessaan.

Kunnat, valtio ja Kela tukevat hoivapalvelujen kulutusta myös rahallisesti. Kela myöntää eläkettä saavan hoitotukea, jos sairaudesta tai vammasta aiheutuva pitkäaikainen toimintakyvyn heikkeneminen vaikeuttaa henkilön kykyä selviytyä jokapäiväisistä toimista (esim. peseytyminen, pukeutuminen tai kotitaloustöiden teko) ja synnyttää jatkuvaa ulkopuolisen avun tarvetta. Kunta voi myöntää omaishoidon tukea, joka koostuu omaishoitajan hoitopalkkiosta ja asiakkaalle järjestettävistä palveluista. Omaishoidon tuella pyritään ehkäisemään laitoshoidon tukemalla asiakasta selviytymään jokapäiväisistä toimista kotona. Kolmanneksi, ikääntyneelle voidaan myöntää kotitalousvähennys kotona tehdystä hoiva- tai hoitotyöstä, jonka suorittaa ennakkoperintäluetteloon merkitty yritys, yrittäjä tai vastaava. (Volk ja Laukkanen 2010) Palvelut ovat lisäksi arvonlisäverottomia. Hoivapalveluiden kulutuksen tuet rahoitetaan viime kädessä valtion ja kuntien verotuloilla.

## **5.4 Hoivan rahoituksen vaihtoehtoja universaalien järjestelmän puitteissa**

Hoivapalveluja tarjotaan Suomessa koko väestölle, joten julkisesti rahoitettu palvelujärjestelmä on universaali. Seuraavassa tarkastelemme vaihtoehtoisia hoivapalvelujen rahoitusjärjestelmiä, jotka perustuvat ajatukselle koko väestölle tarjottavista palveluista. Yksityistä hoivavakuutusta hoivan rahoitusmuotona analysoidaan myöhemmin.

Universaalisti tarjottujen ikääntyneiden pitkäaikaishoidon palvelujen rahoituksessa voidaan erotella kolme perusmallia: a) verotukseen ja b) julkiseen pitkäaikaishoidon vakuutukseen perustuvat mallit sekä kolmantena c) terveystalouden palvelujärjestelmään perustuva malli (Colombo ym. 2011). Suomi, Ruotsi, Norja ja Tanska ovat esimerkkejä

ensimmäiseen luokkaan kuuluvista maista, joissa ikääntyneiden hoiva- ja hoitopalvelut rahoitetaan pääasiallisesti verojen avulla. Veroilla rahoitettavasta järjestelmästä käytetään myös nimitystä julkis palvelumalli (Volk ja Laukkanen 2010). Kunnat ja maakunnat vastaavat näissä maissa ikääntyneiden palvelujen järjestämisestä asiakkaille sekä palvelujen rahoituksesta. Valtio osallistuu palvelujen rahoitukseen tukemalla rahallisesti (esimerkiksi valtionosuuksin) kuntia ja maakuntia palvelujen järjestämisessä. Veroihin perustuvassa järjestelmässä ikääntyville järjestettävien palvelujen kirjo on laaja kattaen koti- ja laitospalvelut sekä apuvälineet ja kuljetuspalvelut. Osa palvelujen kustannuksista katetaan asiakkaiden maksamilla käyttäjämaksuilla, joiden merkitys palvelujen kokonaisrahoituksessa jää kuitenkin suhteellisen pieneksi.

Julkiseen pitkäaikaishoidon vakuutukseen perustuva järjestelmä tarjoaa hoivapalveluja kattavasti niitä tarvitseville ikääntyneille henkilöille. Järjestelmästä käytetään yleisemmin nimeä sosiaalivakuutus, ja se on käytössä esimerkiksi Saksassa ja Japanissa. Pitkäaikaisen hoivan rahoitus näissä maissa on erotettu terveyspalvelujen rahoituksesta, joka samalla tavoin on järjestetty julkisen sosiaalivakuutuksen periaatteiden mukaisesti. Pitkäaikaishoidon vakuutus kattaa suurimman osan väestöstä, mikä käytännössä rajoittaa käänteisestä valikoitumisesta (engl. adverse selection) aiheutuvia ongelmia vakuutusmarkkinoiden toiminnassa. Saksassa sekä työnantajat että työntekijät osallistuvat vakuutusten rahoittamiseen. Kerätyt varat siirretään rahastoon, josta suoritetaan hoivapalvelujen rahoittaminen siinä vaiheessa, kun asiakkaat tarvitsevat palveluja ja hakevat vakuutuskorvausta. (Colombo ym. 2011, Volk ja Laukkanen 2010)

Kolmanteen luokkaan kuuluu Belgian ikääntyvien hoivapalvelujen rahoitusjärjestelmä, jossa ikääntyneiden hoivapalvelut on integroitu osaksi terveyspalvelujen järjestelmää. Palvelut rahoitetaan julkisesta terveysvakuutuksesta, joka kattaa terveyspalvelujen ohella myös ikääntyneiden laitos- ja kotihoidon. Hoivapalveluja rahoitetaan myös asiakasmaksuilla.

## 5.5 Järjestelmien eduista ja haitoista

Julkis palvelujärjestelmän hyödyksi voidaan lukea laaja palvelujen saatavuus, joskin asiakasmaksut voivat olla palvelujen saatavuuden esteenä laitospalvelujen ja palveluasumisen tapauksissa. Kattavuudesta johtuen julkis palvelujärjestelmä on myös keskimäärin hieman kalliimpi kuin muut pitkäaikaishoidon järjestelmät (Colombo ym. 2011). Asiakkaan vapaus valita palveluntuottaja on perinteisesti ollut melko rajoitettu julkis palvelujärjestelmässä, joskin valinnanvapautta on pyritty tietoisesti edistämään viimeisen kymmenen vuoden aikana erityisesti Ruotsissa ja Suomessa (ks. Mikkola 2003, Rätty 2004, Volk ja Laukkanen 2007).

Saksan kokemusten perusteella kaikille pakollinen sosiaalivakuutus on parantanut erityisesti kotihoiton tilaa, joka oli heikko ennen vakuutuksen käyttöönottoa vuonna 1995. Sosiaalivakuutuksen käyttöönoton on arvioitu myös lisänneen yrittäjyyttä ja kilpailua palveluntuottajien kesken. Ongelmakohtiksi mainitaan vakuutustapahtumaa määrittelevät hoitoisuusluokitukset, joiden on nähty alimitoitavan joidenkin asiakasryhmien hoivan tarvetta. Terveys- ja hoivapalvelujen rahoituksen erillisyyks on myös aiheuttanut Saksassa joitakin ongelmia. (Volk ja Laukkanen 2012)

Saksassa pitkäaikaista hoivaa ja terveystalvaeluja rahoittavat erilliset sosiaalivakuutukset, kun taas terveystalvaelujärjestelmässä puolestaan sama rahoitusjärjestelmä rahoittaa sekä hoiva- että terveystalvaelut. Erilliset sosiaalivakuutukset voivat mahdollistaa toiminnan, missä pitkäaikaishoivan kustannuksia siirretään terveystalvaeluun maksettavaksi tai päinvastoin. Kustannusten siirto, mikä on tyypillistä monikanavaisissa rahoitusjärjestelmissä, voi vaikuttaa palvelujen laatuun, määriin ja kokonaiskustannuksiin (Glazer ja McGuire 2002, Grabowsky 2007, Pekurinen ym. 2011). Sekä sosiaali- että terveystalvaelujen rahoituksen kattavan integroidun järjestelmän etuna on se, että vastaavanlaisia kannustimia kustannusten siirtoon ei esiinny.

## 5.6 Yksityisen hoivavakuutuksen mahdollisuudet Suomessa

### Yksityisten hoivavakuutusten tarve

Yksityisten hoivavakuutusten potentiaalinen asiakaskunta on kasvamassa Suomessa nopeasti monestakin syystä. Suuret ikäluokat siirtyvät 2020-luvulla ikään, jossa tarvitaan usein apua arkipäivästä selviämiseen. Elinajat pitenevät, jolloin todennäköisyys siirtyä hoivan piiriin pysyy suurena, vaikka hoivan tarve siirtyisikin myöhemmälle iälle. Perheen tuki on aiempaa harvinaisempaa, koska vanhuksel elävät aiempaa useammin yksin, lapsia on vähemmän ja he asuvat kauempana vanhemmistaan.

Yksityisen rahoituksen osuus vanhustenhoivassa on kasvussa. Kunnat vähentävät vanhainkoteja ja ohjaavat asiakkaita palvelutaloihin, joissa asukkaat vastaavat valtaosasta asumisen kuluista. Yleinen elintason nousu lisää asiakkaiden vaatimuksia hoivan saatavuuden ja laadun suhteen.

Kotitaloudet voivat varautua hoivamenoihin tekemällä työtä ja säästämällä. Työnteko suurentaa ansioeläkkeitä ja säästäminen tuottaa pääomatuloja ja eläkeiässä purettavissa olevaa varallisuutta. Omistusasumisen arvostus ja verotuki ovat joltaneet tilanteeseen, jossa ikääntyvän varallisuudesta valtaosa on yleensä kiinni omassa asunnossa. Hoivavakuutus helpottaisi varautumista vähentämällä tarvittavan

säästämisen määrää, jolloin voidaan kuluttaa enemmän. Se myös helpottaisi perintösuunnittelua. Vakuutus voidaan rahoittaa joko tuloilla tai purkamalla varallisuutta.

### **Hoivariskin vakuutuskelpoisuudesta**

Yksi tärkeimpiä markkinoiden syntyminen edellytyksiä on, että hoivariski (toimintakyvyn alenemisen todennäköisyys, sen kesto ja kustannukset) on vakuutuskelpoinen. Riskin on oltava taloudellisesti merkittävä, ei liian suuri, mitattavissa oleva ja riippumaton. Taloudellista merkittävyyttä riskillä on riittävästi, koska julkisen hoivan asiakasmaksu on korkeimmillaan 85 % tuloista. Hoivariskin toteutuminen on riittävän harvinaista, koska vain osa ihmisistä tulee tarvitsemaan merkittävässä määrin perheen ulkopuolista hoivaa elämänsä aikana. Hyvien tilastojen vuoksi hoivariskin suuruus voidaan Suomessa arvioida lyhyellä aikavälillä kohtalaisen hyvin. Yksilön hoivariski on lisäksi riippumaton lyhyellä aikavälillä muiden vakuutusnottajien hoivariskien toteutumisesta. Pitkällä aikavälillä esimerkiksi lääketieteen edistysaskeleet voivat pidentää toimintakyvyn menetyksen kokeneiden elinikää ja siten aiheuttaa yksilöriskien keskinäisen riippuvuuden.

Vakuutusyhtiöille ei ole juurikaan muita mahdollisuuksia suojautua kustannusten trendinomaisia muutoksia vastaan kuin niiden osittainen siirtäminen vakuutetun kannettavaksi. Lisäksi pitkäaikaisessa vakuutuksessa poliittiset riskit ovat suuret. Vaikka hoivariskin suuruus ei muuttuisi, niin julkisen sektorin rahoittaman hoivan ehdot, samoin kuin yksityisen hoivavakuutuksen säätely ja verotus saattavat muuttua moneen kertaan vakuutuksen voimassaolon aikana.

Hoivariskin toteutuminen pitäisi olla puolueettomasti todennettavissa. Nykyisin on jo olemassa kriteeristöjä, joilla arvioidaan julkisten palvelujen puolella asiakkaiden kuntoisuutta. Näitä samoja kriteerejä voidaan käyttää myös yksityisen vakuutuksen apuna.

Vapaaehtoisen vakuutustoiminnan kannalta keskeisiä kysymyksiä ovat lisäksi asiakkaiden valikoituminen ja moraalikato. Kuten aiemmin luvussa 1 todettiin, kansainvälisten kokemusten mukaan asiakkaiksi valikoituu sekä keskimääräistä riskillisempiä että tavanomaista varovaisempia ihmisiä. Lisäksi vakuutusnottajan terveydentilaa voidaan tiedustella etukäteen. Näistä syistä käänteinen valikoituminen ei välttämättä ole keskeinen ongelma.

Asiakkaan moraalikato viittaa tilanteeseen, jossa vakuutettu käyttäytyy niin, että vakuutusriski kasvaa. Harva haluaa menettää toimintakykyään edes osittain, mutta on yleistä, että elintavat lisäävät menetyksen riskiä. Sen sijaan ei ole todennäköistä että riskikäyttäytyminen juurikaan lisääntyisi Suomessa yksityisen vakuutuksen

ottamisen vuoksi, koska perusturva tulee kuitenkin julkisesti järjestetystä hoivasta. Moraalikatoa voi esiintyä myös omaisten taholta, jos he haluavat välttää vakuutetun omaishoitoa. Kolmantena moraalikadon lähteenä voi olla kunta, joka voi vähentää julkisen hoivan tarjontaa tai nostaa sen hintaa vakuutetulle. Hoivavakuutuksissa tyyppillisesti käytettävä omavastuu-aika todetun toimintakyvyn alenemisen jälkeen tehoaa näistä moraalikadon mahdollisista ilmenemismuodoista vain ensimmäiseen.

### **Julkisen ja yksityisen rahan yhteispeli hoivan rahoituksessa**

Vanhusten pitkäaikaishoivan rahoituksen lähtökohta on, että ihmiset maksavat hoivan joka tapauksessa joko verorahoituksella, vakuutuksella, tuloillaan ja säästöillä tai edellisten yhdistelmällä. Näillä rahoitusmuodoilla on erilaiset kannuste- ja kohdentumisvaikutukset. Tehokas rahoitusjärjestelmä tuottaa mahdollisimman vähän hyvinvointitappioita esimerkiksi toimijoiden erisuuntaisten tavoitteiden ohjaaman osaoptimoinnin vuoksi.

Sikäli kun on kyse yksityisestä rahoituksesta, hyvin toimivat hoivavakuutuksen markkinat tarjoavat tehokkaamman tavan varautua menoihin kuin pelkkä säästäminen. Markkinoita ei kuitenkaan synny, jos kunnat ja valtio eivät toimi aktiivisesti niiden puolesta. On ensinnäkin saatava varmuus siitä, etteivät saadut vakuutuskorvaukset vähennä julkisten palvelujen saatavuutta tai nosta niiden hintaa. Toinen tärkeä asia on julkisen lupauksen täsmentäminen niin, että vakuutuksenottajat tietävät, kuinka suuri osa hoivariskistä jää oman rahoituksen varaan. Hoivaseteli olisi tässä suurena apuna. Valtion tehtävänä on mahdollistaa hoivavakuutusten kohtuullinen pääomatulooverokohtelu, esimerkiksi niin että vakuutusmaksu ei ole verovähenteinen ja korvaukset ovat verottomat. Julkisen tahon sääntöjen olisi oltava myös niin kestävä ajassa, että niiden varaan ihmiset voivat rakentaa tulevaisuudensuunnitelmansa ja vakuutusyhtiöt liiketoimintansa.

### **Pohdintoja hoivavakuutuksen markkinoista**

Hoivavakuutusten markkinoiden synnyttämiselle ja toimivuudelle ei ole yhtä yksinkertaista reseptiä. Edellä mainittu julkisen ja yksityisen yhteispeli on yksi välttämättömistä ehdoista. Keskeinen merkitys on myös sillä, kuinka hyvin ihmiset ymmärtävät hoivariskien suuruuden ja vakuutusten mahdollisuudet niiden uudelleenjaossa. Pitkäaikaisiin vakuutuksiin liittyvät kysyntäongelmat (kuten elinikäisten eläkevakuutusten vähäinen arvostus) ovat tutkijoillekin osittain mysteeri. Hoivavakuutuksessa erityispiirteenä on vielä se, että sen hankinta edellyttää ikävien asioiden selvittämistä, jotta vakuutuksesta tulisi tarpeen mukainen.

Vakuutusyhtiön näkökulmasta markkinoiden haastavuutta lisäävät edellä mainitut ongelmat riskin vakuutettavuudesta. Tässä hankkeessa tuotettu aineisto auttaa hahmottamaan laitoshoidon riskien suuruutta ja siten riskien jaon mahdollisuutta nykytiedoin. Yksi vastaus ongelmiin on tuotesuunnittelu. Vakuutusyhtiöt voivat vähentää sen avulla käänteistä valikoitumista ja moraalikatoa. Lisäksi tulevaisuuteen kohdentuvia aggregaattiriskejä, kuten hoivan tarpeessa tapahtuvia trendinomaisia muutoksia, kustannusten nousua ja korkotason muutoksia voidaan pyrkiä jakamaan uudelleen niin että toiminta on kannattavaa vakuutusyhtiölle ja silti tuottaa lisäarvoa vakuutetuille. Vakuutusten hinnoittelu tulisi saada sellaiseksi, että vakuutusyhtiöiden vaatimat turvamarginaalit eivät ole este vakuutusmarkkinoiden syntymiselle.

Kansainväliset kokemukset viittaavat siihen, että lupaavin tuote on kiinteän kuukausikorvauksen antava vakuutus, jota maksetaan kuolemaan asti. Se ei suojaa vakuutuksenottajaa kuin osittain hoivakustannuksilta, mutta on yksinkertainen myydä ja ostaa. Se antaa myös vakuutetulle enemmän valinnanvaraa hoivapalveluiden suhteen kuin kustannusten korvauksiin perustuvat vakuutukset.

Tärkeä rooli on myös vakuutukseen liittyvillä mielikuvilla. Esimerkiksi vapaaehtoisten eläkevakuutusten markkinointi on korostanut veroetua ja vakuutuksen sijoitusluonnetta, sen sijaan että myytäisiin tulevan kulutuksen turvaavaa vakuutusta. Hoivavakuutuksen markkinoinnissa ei ole varaa epäonnistua samalla tavalla.

## Kirjallisuus

- Colombo F, Llena-Nozal, A., Mercier, J. ja Tjadens F. (2011), ”*Help Wanted? Providing and paying for long-term care*”, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Glazer, J. ja McGuire, T. G. (2002), ”Multiple payers, commonality and free-riding in health care: Medicare and private payers”, *Journal of Health Economics*, 21: 1049–1069.
- Grabowsky, D. C. (2007), ”Medicare and Medicaid: Conflicting incentives for long-term care”, *The Milbank Quarterly*, 85: 579–610.
- Häkkinen, U., Martikainen, P., Noro, A., Nihtilä, E. ja Peltola, M. (2008), ”Aging, health expenditure, proximity to death, and income in Finland”, *Health Economics, Policy and Law*, 3: 165–195.
- Häkkinen, U., Nguyen, L., Pekurinen, M. ja Peltola, M. (2009), ”Tutkimus terveyden- ja vanhus-  
tenhuollon valtionosuuskriteereistä”, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2009/3, Helsinki.
- Kautto, M., Häkkinen, U., Laine, V., Parkkinen, P., Parpo, A., Tuukkanen, J., Vaarama, M., Vihriälä, V. ja Volk, R. (2006), ”Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. Arvioita sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä” (Hyvinvointivaltion rajat -hanke), Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.
- Lassila, J. ja Valkonen, T. (2010), ”*Vanhalle varaksi, turvaksi tutisevalle. Hyvinvointivaltiota täydentämässä*”, ETLA B246, Helsinki.
- Mikkola, H. (2003), ”Kansainväliset kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa”, Sosiaali ja terveysministeriön monisteita 2003:15, Helsinki.
- Norton, E. (2000), ”Long-term care”, teoksessa Culyer A.J. ja Newhouse J.P. (toim.) *Handbook of Health Economics*, North-Holland, Elsevier, Amsterdam.
- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P.M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. ja Vuorenkoski L. (2011), ”Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet”, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2011. Helsinki.
- Räty, T. (2004), ”Palvelusetelit sosiaalipalveluissa 2004”, VATT keskustelunaloitteita 325, Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL (2011), Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2011, SVT virallinen tilasto, Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL (2012), Sosiaalimenot ja rahoitus 2012, Suomen virallinen tilasto (Sosiaaliturva 2012) Tilastoraportti 4/2012, Helsinki.
- Vaarama M., Voutilainen P. ja Kauppinen S. (2003), ”Eläkeläisten palvelut”, teoksessa Hagfors, R., Hellsten, K., Ilmakunnas, S. ja Uusitalo, H. (toim.) *Eläkeläisten toimeentulo 1990-luvulla*. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2003:1, Helsinki.
- Van Houtven, C. H ja Norton, E. C (2004), ”Informal care and health care use of older adults”, *Journal of Health Economics*, 23: 1159–1180.
- Volk, R. ja Laukkanen, T. (2007), ”Palvelusetelin käyttö kunnissa”, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:38, Helsinki.
- Volk, R. ja Laukkanen, T. (2010), ”Hoivan rahoitus. Kansainvälisiä käytäntöjä ja kotimaisia vaihtoehtoja”, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:22, Helsinki.
- Zweifel P, Felder, S. ja Meiers, M. (1999), ”Aging of population and health care expenditure: a red herring?”, *Health Economics*, 8: 485–496.