

VANHALLE VARAKSI, TURVAKSI TUTISEVALLE

Hyvinvointivaltiota täydentämässä

Jukka Lassila – Tarmo Valkonen

Julkaisija: Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos ETLA

Kustantaja: Taloustieto Oy

Kannen valokuva: www.freepotos.com

ETLA B246
ISBN 978-951-628-501-9

Painopaikka: Yliopistopaino, Helsinki, 2010

ESIPUHE

Ikääntyneiden sosiaaliturva kannattaisi mielestämme järjestää niin, että sitä voisi tehokkaasti omin varoin täydentää. Tämä on kirjan teema. Kansalaisten varallisuus kasvaa samanaikaisesti, kun valtio ja kunnat ovat taloudellisesti tiukoilla. Pelisäännöt on selkiytettävä, ennen kuin suuret ikäluokat tulevat ikään, jossa hoivan tarve alkaa nopeasti yleistyä.

Kiitämme TT-säätiötä rahoituksesta, joka on tehnyt tämän kirjan kirjoittamisen mahdolliseksi.

Elokuussa 2010

Jukka Lassila Tarmo Valkonen

SISÄLLYSLUETTELO

ESIPUHE

1	JOHDANTO JA YHTEENVETO	7
1.1	Valinnanvaraa riskien hallintaan	7
1.2	Johtopäätöksiä	10
2	IKÄÄNTYMISRISKIT YKSILÖN NÄKÖKULMASTA	12
2.1	Riskit ja varautuminen	12
2.2	Perhetyyppien kehityksestä	20
3	VAKUUTUSMARKKINOIDEN ROOLI JA TOIMINTA- EDELLYTYKSET IKÄÄNTYMISRISKIEN HALLINNASSA	26
3.1	Riskien vakuutettavuus ja riskejä koskeva informaatio	27
3.2	Yksityinen eläkevakuutus	30
3.3	Yksityinen terveystakuutus	33
3.4	Yksityinen hoivavakuutus	35
3.5	Ps-tilit	37
4	RISKIENHALLINTA JULKISEN TALOUDEN JA TALOUSPOLITIIKAN KANNALTA	39
4.1	Hyvinvointivaltion rooli	39
4.2	Hyvinvointivaltion mittakaava – julkiset hyvinvointimenot väestön ikääntyessä	42
4.3	Sosiaaliturvan ja -vakuutuksen organisoinnista ja ennustettavuudesta	45
4.4	Yksityinen julkisen täydentäjänä	46
4.5	Kannattaako julkisen sektorin tukea yksityistä varautumista?	47
5	JOHTOPÄÄTÖKSIÄ	49
	Liite 1 Perherakenteiden kehityspiirteitä kohorteittain	51
	Liite 2 Laskelma väestökijöistä riippuvista julkisista menoista	54
	Lähteet	59

1 Johdanto ja yhteenveto

1.1 Valinnanvaraa riskien hallintaan

Vanhuuden ajan taloudelliset riskit koskettavat vanhoja ihmisiä itseään ja mietityttävät kaikkia, joilla on ikääntyneitä perheenjäseniä ja lähisukulaisia. Suuri osa suomalaisista, luultavasti jopa enemmistö, joutuu vuosittain omakohtaisesti ottamaan kantaa siihen, miten menetellään hoivatarpeen kohdatessa tai terveysriskien toteutuessa tai miten kannattaisi varautua näiden riskien toteutumiseen tulevaisuudessa. Riskeille alttiiden ikääntyneiden ihmisten määrä tulee lisääntymään erittäin nopeasti lähivuosikymmenien aikana. Siksi vanhuuden ajan taloudellisesta turvasta on tulossa yksi keskeisistä yhteiskunnallisista kysymyksistä.

Keskeiset vanhuuden ajan taloudelliset riskit liittyvät terveys- ja hoivapalvelujen rahoittamiseen. Myös totutun kulutustason ylläpitäminen voi lakisääteisistä eläkkeistä huolimatta olla ongelmallista, jos elää pitkään ja säästöt loppuvat. Taloudellisten riskien suuruuden arviointi on tavalliselle ihmiselle hyvin vaikeaa. Ensinnäkin on epävarmaa, toteutuuko riski tulevaisuudessa ylipäättään. Toiseksi on epävarmaa, kuinka suuria kustannuksia se toteutuessaan aiheuttaa. Kolmanneksi on epävarmaa, kuinka paljon julkinen sektori osallistuu riskin kantamiseen.

Julkisesti rahoitetut palvelut ja rahalliset tuet antavat ensisijaista turvaa terveys- ja hoivariskien toteutuessa. Suurta epävarmuutta liittyy kuitenkin siihen, mikä on näiden palvelujen ja muiden tukimuotojen kattavuus ja taso tulevaisuudessa. Tämä on viime aikoina tullut ilmeiseksi, kun taloudellisesti tiukoilla olevat kunnat ovat päättäneet leikata mm. vanhushoivaan liittyviä menojaan, esimerkiksi vähentämällä korvausta saavien omaishoitajien määrää. Kyselyjen mukaan myös eläkelupausten pitävyyttä tulevaisuudessa epäillään yleisesti.

Ikääntyneen yksilön mahdollisuudet reagoida taloudellisten riskien toteutuessa ovat vähäiset, jollei varautumista ole toteutettu etukäteen. Työtulojen hankkiminen on harvalle enää mahdollista. Omaehtoiseen varautumiseen etukäteen liittyy puolestaan vaikeita päätöksiä. Eläke- ja pääomatulojen sekä säästetyn varallisuuden riit-

tävyyttä ei ole helppo arvioida mm. elinikien jatkuvan pidentymisen vuoksi. Avioliittojen, erojen ja omaisten kuoleman vuoksi myöskään myöhäisen iän perhetilanteen vaikutusta riskien toteutumisen seurauksiin ja omaisten antaman avun saatavuuteen ei voida täysin ennakoita.

Keskeiset yksilöllisen taloudellisen varautumisen muodot ovat säästäminen ja vakuutukset. Molemmat edellyttävät tinkimistä kulutuksesta elinkaaren aiemmissa vaiheissa. Halutun eläkeiän aikaisen kulutustason varmistaminen vakuutuksilla edellyttää kuitenkin vähemmän tinkimistä työiän kulutuksesta kuin vastaavan turvan hankkiminen säästämällä. Tämä on voimakas vakuutuksia puoltava näkökohta.

Toinen asia, joka vaikuttaa säästämällä ja vakuutuksin toteutetun varautumisen keskinäiseen suuruuteen, on perintömotiivin suuruus. Henkilölle, joka pitää jälkeläisten kulutusta suuressa arvossa, ei ole suuri ongelma, vaikka oma varovaisuussäästäminen osoittautuisi tarpeettomaksi, kun riskit eivät toteudu. Säästöt jäävät silloin perinnöksi. Vakuutuksen arvo on kyseiselle henkilölle pienempi.

Tämän kirjan aiheena on ikääntyneiden ihmisten hyvinvoinnin ja riskien hallinnan taloudelliset edellytykset Suomessa. Taloudellisiin edellytyksiin kuuluvat instituutiot ja järjestelyt, joiden muodostamassa ympäristössä kansalaiset omia päätöksiään tekevät. Esimerkkejä näistä varautumisympäristöä muokkaavista tekijöistä ovat lakisääteinen eläkejärjestelmä, julkiset palvelut ja niiden rahoitus, säästämisen verotus ja vakuutusmarkkinoiden toimivuus. Tarkastelemme myös ikääntyneiden elinkaaren eri vaiheita, erityisesti kun jokin merkittävä riski, kuten hoivan tai terveydenhoidon välitön tarve toteutuu. Tällöin ihmisen aiempien päätösten seurauksena syntynyt tilanne, kuten varallisuus, vakuutusturva ja perhesuhteet, on osa taloudellisia edellytyksiä.

Hoito- ja hoivapalveluja tarvitaan tulevaisuuden Suomessa paljon nykyistä enemmän. Tämä johtuu sekä suurten ikäluokkien tulosta paljon palveluja käyttävään ikään että elinajan pitenemisestä. Pääkysymyksemme on, miten palvelut voidaan ja kannattaa rahoittaa. Miten eri rahoitustavat vaikuttavat yksilöiden hyvinvointiin? Voidaanko julkisen sektorin ikääntymismenojen kasvua rajoittaa, ilman että yksilöiden hyvinvointi heikkenee? Minkälaisia valintoja julkisten ikääntymismenojen ja yksilöiden hyvinvoinnin välillä on tehtävissä?

Julkinen talous on väline yksilöiden hyvinvoinnille. Pysyäkseen tehokkaana välineenä sen on itse oltava hyvässä taloudellisessa kunnossa. Siksi julkisten menopaineiden ja rahoitusmahdollisuuksien tarkastelu on välttämätön osa vanhuuden ajan riskejä pohdittaessa. Finanssikriisin jälkeinen julkisen talouden tilanne antaa aiheen olettaa, että julkisen sektorin rahoittamien ikääntymispalveluiden ja tulonsiirtojen kasvuvara ei ole suuri.

Viimeaikainen keskustelu työurien pidentymisestä liittyy sekä julkisen talouden rahoituksen vakauttamiseen että eläketurvan riittävyYTEEN. Pidemmät työurat kasvattaisivat valtion ja kuntien verotuloja ja vähentäisivät tulonsiirtomenoja. Ne myös suurentaisivat ansiosidonnaisia eläkkeitä, jotka tarjoavat vakuutusmuotoista turvaa pitkään elämisen ja puolison kuoleman varalta.

Jos ikääntymispalvelut rahoitetaan kasvavassa määrin vero-rahoilla, on vaarana, että verotuksen talouden toimintaa vääristävät vaikutukset nousevat niin suuriksi, että lopputuloksena ikääntyneidenkin hyvinvointi heikkenee. Jos taas rahoitusrasitetta siirretään kotitalouksille, on pohdittava erilaisten siirtotapojen hyvinvointi-, tulonjako- ja oikeudenmukaisuusvaikutuksia.

Yksi mahdollisuus on, että eri ikääntymismenot joutuvat julkisen talouden lujittamisessa vastakkain, kuten valtioneuvoston kanslian ikääntymisraportissa (Laine ym., 2009) pohditaan. Silloin joko lakisääteisiä eläkkeitä, terveysmenoja tai hoivamenoja leikataan. Ikääntymisraportissa eläkkeitä pidettiin näistä parhaiten turvattuna. Voitaisiin ajatella, että eläkkeillä rahoitettaisiin terveys- ja hoivamenoja nykyistä enemmän. Eläkkeet ovat kuitenkin sikäli tehoton rahoitusväline, että ne eivät kohdennu hoito- ja hoivapalvelujen tarpeen mukaan.

Entä jos julkisen talouden menokuria haettaessa terveysmenot ja hoivamenot joutuvat vastakkain? Tällaisessa valintatilanteessa monet seikat puhuvat sen puolesta, että julkisista hoivamenoista on helpompi tinkiä kuin terveysmenoista ja siirtää hoivan rahoitusvastuuta kansalaisille, ilman että kansalaisten hyvinvointi olennaisesti kärsii. Tätä käsittelemme luvussa 4. Sanottakoon kuitenkin heti, että vastuuta voidaan siirtää kansalaisille vain osittain. Julkisen sektorin on aina tarjottava kohtuulliseksi katsottu perusturva.

Terveysmenot voivat olla niin suuret monille että omaehtoinen säästäminen ei riitä, ja yksityiset terveyteen liittyvät vakuutusmarkkinat ovat varsin puutteelliset. Julkisten terveyspalvelujen täydentäminen omalla rahalla on toki toimiva mahdollisuus, mutta useimpien kuluttajien puutteellinen tietämys vaikeuttaa järkevien valintojen tekoa. Huonoilla valinnoilla voi lisäksi olla peruuttamattomia seurauksia.

Hoivan kustannukset ovat lähinnä asumiseen ja hoivahenkilökunnan palkkaukseen liittyviä. Tällaiset menot ovat periaatteessa jo paljon useamman ihmisen säästämismahdollisuuksien piirissä kuin terveysmenot. Myös vakuutusmarkkinoiden toimintaedellytykset ovat luultavasti paremmat. Vaikka riskien toteutumistodennäköisyydet ovat vaikeita arvioida, erilaiset hoivatarvetilanteet on etukäteen helpompi mieltää ja siten niihin voi helpommin varautua. Huonoksi havaittujen päätösten seuraukset ovat hoivan osalta luultavasti helpommin muutettavissa kuin epäonnistuneiden terveysvalintojen. Jos siis julkista hoivapalvelujen rahoitusta voisi tehokkaasti täydentää

omin varoin, voisi löytyä hyvä yhdistelmä kansalaisten hyvinvointia ja tiukkaa julkista taloudenpitoa.

Pyrkimys järjestää julkinen hoivapalvelujen rahoitus siten, että kansalaiset voisivat sitä joustavasti täydentää omilla rahoillaan, ei vielä rajaa käytännön toimintatapaa. Mahdollisuuksia on monia, ja niiden seuraukset eivät välttämättä ole suoraviivaisia. Kunnat yrittävät minimoida omia kustannuksiaan, esim. omaishoivan rahoituksessa, pyrkimällä siirtämään rahoitusrasitusta ihmisille, jotka ovat etukäteen varautuneet hoivamenoihin. Myös yksilöt käyttäytyvät strategisesti siinä mielessä, että kaikkia julkisen talouden etuuksia käytetään omien tavoitteiden mukaisesti eikä välttämättä julkisen vallan haluamalla tavalla. Hoivamenojen rahoitusta veroilla saatetaan kannattaa siksi, että oma varallisuus säilyisi perillisille. Asiakasmaksut ja ikääntyneiden varallisuuden huomioivat tuki- ja rahoitusmuodot on siksi syytä pohtia tarkoin.

Hoivapalveluja koskevia valintoja tarkastelemme samaan tapaan kuin muitakin valintoja, joita ihmiset kuluttajina tekevät. Osalle hoivan tarvisijoista tämä lähestymistapa sopii huonosti; he tarvitsevat hoivaa nimenomaan siksi, että eivät kykene tekemään päätöksiä. Hoivan tarve voi myös olla niin hallitseva, että omat valinnat eivät ainakaan välittömästi ole keskeisiä. Jotkut tutkijat, kuten Arajärvi ja Särkelä (2008, s. 204) korostavat hoivan tätä puolta – hädässä oleva ei ole kuluttaja, vaan hänen oikeutensa nousevat perusoikeuksista ja lainsäädännöstä. Tästäkin lähtökohdasta päästään siihen tulokseen, että hoivassa on aina oltava perusturva tarjolla kaikille. Nähdäksemme suuressakin hoivan tarpeessa olevalle kannattaa pyrkiä mahdollistamaan omia valintoja niin paljon kuin olosuhteet sallivat. Hoivan tarvisijat ovat lisäksi ehkä tehneet hoivaa koskevia varautumispäätöksiä aiemmin, tai heidän edunvalvojansa tekee niitä heidän puolestaan. Mitään ristiriitaa ei pitäisi näiden lähestymistapojen välillä olla, ja yksilöiden hyvinvoinnin näkökulmasta molempia tarvitaan.

1.2 Johtopäätöksiä

Kirjan keskeiset johtopäätökset ovat:

1. Yksityisellä varautumisella on julkista turvaa täydentävä rooli, niin eläkkeiden, vanhuuden hoivatarpeen kuin terveysmenojenkin suhteen.
2. Täydentävä rooli voi olla yksilön kannalta hyvin merkittävä. Se lisää hyvinvointia ja antaa valinnanmahdollisuuksia. Kaikki eivät täydennystä kuitenkaan tarvitse tai halua.
3. Vakuutusmuotoinen varautuminen olisi tehokkaampaa kuin säästäminen, erityisesti pitkän eliniän ja hoivariski-en toteutumisen osalta. Eläkevakuutusten markkinat ovat

kuitenkin Suomessa kehittymättömät ja hoivavakuutuksia ei täällä ole saatavilla. Esimerkiksi Ranskassa ja Yhdysvalloissa hoivavakuutuksia kuitenkin on.

4. Eläkevakuutusmarkkinoiden kehittäminen edellyttäisi verotuen sitomista myöhäisessä iässä voimaan tulevaan elinaikaiseen vakuutukseen. Se voitaisiin rahoittaa esimerkiksi ps-tileillä tai kertamaksuisesti varallisuutta purkamalla. Nykyiset ps-tileihin liittyvät nostoikärajat ovat liian matalat vanhuusajan hoivatarpeiden kannalta. Ne ovat liian matalat myös pitkään elämisen riskin kannalta.
5. Yksityisten hoivavakuutusten syntyä helpottaisi, jos julkinen lupaus hoivasta olisi nykyistä täsmällisempi ja ennakoitavampi. Julkisen sektorin tarjoamat etuudet ja niiden saamiseen liittyvät ehdot voitaisiin määritellä lainsäädännöllä. Myös palvelusetelien käytön laajeneminen selkeyttäisi kuvaa lupauksen suuruudesta.
6. Perhetilanteella on suuri merkitys vanhuuden ajan riskien suuruuden kannalta. Yksinasuva hyötyy vakuutusmuotoisesta varautumisesta enemmän kuin perheellinen. Tämä koskee sekä hoivatarvetta että pitkää elinikää.
7. Yksinasuvien ikäänntyneiden määrä kasvaa aiempaa nopeammin. Vuonna 2039 arvioidaan olevan 60–79 -vuotiaita yksinasuvia lähes 100 000 enemmän kuin nyt. Myös 80 vuotta täyttäneiden yksinasuvien määrä kasvaa koko ajan, ja kasvu nopeutuu 15 vuoden kuluttua suurten ikäluokkien tultua tähän ikään. Yksinasuvia 80 vuotta täyttäneitä naisia arvioidaan vuonna 2039 olevan 130 000 henkeä enemmän kuin nyt, ja saman ikäryhmän yksinasuvia miehiä 86 000 henkeä enemmän kuin nyt. Yksinasumisen suhteellinen osuus ei kuitenkaan olennaisesti muutu 2000-luvun alun tasolta.
8. Varautuminen vanhuuden ajalle on vaativa tehtävä. Useissa tutkimuksissa on todettu, että hyvin koulutetut suunnittelevat enemmän tulevaisuutta ja ovat varautuneet paremmin vanhuuden ajan menojen varalle säästämällä ja vakuutuksilla. Rahoitusmarkkinoita ja vakuutuksia koskevan tiedon lisääminen olisi syytä asettaa yhdeksi koulutuspolitiikan tavoitteeksi.

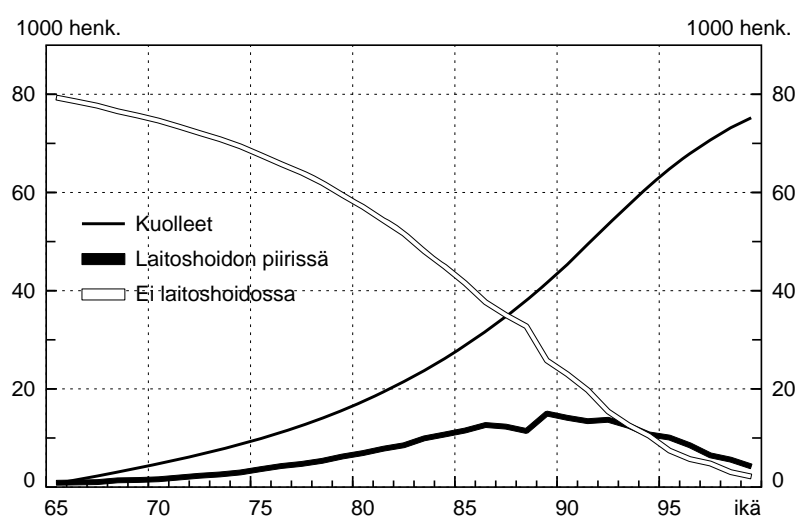
2 Ikääntymisriskit yksilön näkökulmasta

2.1 Riskit ja varautuminen

Vanhuusajan riskeihin varauduttaessa joudutaan pohtimaan monenlaisia ja usein monimutkaisia vaihtoehtoja. Tarkastelemme tässä luvussa eliniän pituuteen liittyviä kulutuksen rahoituspäätöksiä ja hoivamenoihin varautumista yksilön kannalta. Pohdimme lyhyesti myös terveystarpeisiin varautumista. Kaikissa näissä valintatilanteissa on tärkeää, millaista perhetyyppiä yksilö edustaa.

Kuviossa 2.1 kuvataan joidenkin vanhuuden ajan taloudellisten riskien suuruutta. Siinä on tarkasteltu yhden suurin ikäluokkiin kuuluvan syntymäkohortin tulevaisuutta olettaen, että laitoshoidon käyttö olisi tulevaisuudessa ikäryhmittäin samanlaista kuin vuonna

Kuvio 2.1 Laitoshoidon käytön ja väestöennusteen avulla tehty vuonna 1948 syntyneen ikäluokan tulevaisuudenkuva



Lähteet: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos ja Tilastokeskus.

2007 ja että Tilastokeskuksen vuonna 2009 tekemä väestöennuste toteutuisi. Laitoshoidon käyttö kuvaa hoidon kysynnän ohella myös hoidon tarjontaa ja on siksi epätydyttävä riskin kuvaaja.

Kuviosta nähdään, että lukumääräisesti laitoshoidossa on eniten noin 90-vuotiaita ja heistä iäkkäämpien ryhmästä laitoshoidossa on enemmän kuin itsenäisesti asuvia. Kuolemat jakautuvat melko tasaisesti pitkälle ajalle, mikä kertoo elinajan pituuteen liittyvän riskin suuruudesta.

Vanhuuden ajan kulutusmahdollisuudet

Vanhuuden ajan kulutusmahdollisuudet perustuvat pääosin olemassa olevaan varallisuuteen ja lakisääteisiin eläkkeisiin. Vaikka hyvien ja huonojen riskien toteutumisella elinkaaren aikana on osuutensa näiden molempien suuruudessa, ovat ne valtaosin seurausta tehdyistä kouluttautumisen-, työnteko- ja säästämissäpäätöksistä. Julkinen valta ohjaa näitä päätöksiä veroilla, tulonsiirroilla ja tarjoamalla palveluja. Esimerkiksi omistusasumisen verotuki on ohjannut valtaosan säästämisestä omistusasuntoon. Myös rahoitus- ja vakuutusmarkkinoiden toimivuudella on oma roolinsa.

Määttänen ja Valkonen (2008) tutkivat ikääntyneiden varallisuuden käyttöä kulutusmahdollisuuksien parantamiseksi. Heidän mukaansa Suomessa on suuri joukko ikääntyneitä kotitalouksia, jotka voisivat parantaa elintasoaan merkittävästi purkamalla varallisuuttaan tuloiksi. Toinen havainto on, että vaikka omistusasunnot muodostavat valtaosan useimpien kotitalouksien varallisuudesta, niihin sitoutuneen varallisuuden purkuun liittyvien tuotteiden markkinat ovat Suomessa vielä varsin kehittymättömät. Määttänen ja Valkonen toteavat myös, että vapaaehtoisen eläkevakuutuksen tarve vaihtelee huomattavasti erilaisten kotitalouksien kesken. Osa kotitalouksista hyötyisi huomattavasti mahdollisuudesta muuttaa osa varallisuudestaan elinikäiseksi eläkevakuutukseksi, jos vakuutuksen hinta ja sen verokohtelu ovat kohtuullisia. Neljäs havainto on, että erityisesti kertamaksullista eläkevakuutusta kotitalouksien ei kannata ostaa sen tarjoamasta vakuutusturvasta huolimatta, koska sen nykyinen verokohtelu on erittäin kireä suhteessa tavanomaiseen säästämiseen.

Tutkimuksessa tarkastellaan sekä yhden henkilön että parisuntien muodostamia kotitalouksia. Henkilöillä on lakisääteinen eläkevakuutus, ja kotitalouksilla on lisäksi säästöjä. Kotitalouden päätösongelma liittyy siihen, kuinka nopeasti se purkaa säästönsä kulutukseen. Keskeinen ongelmaan liittyvä epävarmuus koskee elinaikaa.

Eläkevakuutusten, sekä lakisääteisten että vapaaehtoisten, hyöty seuraa niiden antamasta mahdollisuudesta tasoittaa kulutusta yli ajan, elämän loppuun asti. Elinikäinen eläke takaa tietyn tulovir-

Moni ikääntynyt kotitalous voisi parantaa elintasoaan merkittävästi purkamalla varallisuuttaan tuloiksi

Yhden hengen taloudet hyötyvät vapaaehtoisista eläkevakuutuksista enemmän kuin pariskunnat

ran kuolemaan saakka riippumatta toteutuvasta eliniän pituudesta. On realistista olettaa, että ihmiset pyrkivät ainakin jossakin määrin kulutuksensa tasaamiseen. Tasainen kulutusura on hyvinvoinnin kannalta parempi kuin yli ajan vaihteleva kulutusura. Ilman kulutuksen tasaamismotiivia ihmiset voisivat kuluttaa koko varallisuutensa kerralla, murehtimatta lainkaan sitä, miten he tulevat toimeen tulevaisuudessa.

Vapaaehtoisen eläkevakuutuksen tarve on hyvin erilainen erilaisille kotitalouksille. Määttänen ja Valkonen (2008) esittävät tästä esimerkkilaskelmia. Monille vapaaehtoisen vakuutuksen hyöty on vähäinen, koska lakisääteinen eläke suunnilleen riittää. Yhden hengen taloudet hyötyvät vapaaehtoisesta eläkevakuutuksesta enemmän kuin pariskunnat. Vapaaehtoisen vakuutuksen arvo on suurempi, jos kotitaloudella on yhtä aikaa pieni perinnönjättömotiivi ja suuri riskinkaihtamisen aste. Yllättävät menot (esimerkiksi terveysmenot) vähentävät eläkevakuutuksesta saatava hyötyä, jos niitä vastaan ei voi ottaa omaa vakuutusta.

Vapaaehtoisen eläkevakuutuksen tarve riippuu oleellisesti myös kotitalouden taloudellisesta tilanteesta ja kotitalouden rakenteesta. Vapaaehtoinen eläkevakuutus on sitä arvokkaampi, mitä pienempiä lakisääteiset eläkkeet ovat varallisuuteen nähden. Oleellista on lakisääteisten eläkkeiden ja varallisuuden suhde.

Varautuminen vanhuuden ajalle on vaativa tehtävä, vaikka päätöksentekijä olisi rationaalinen ja kaukonäköinen. Tosimaailman ihmisten päätöksenteon leimallisia piirteitä ovat itsekontrollin puute, päätösten lykkääminen, kerran tehtyjen päätösten muuttamisen hitaus ja riskinoton voimakas karttaminen (Barr ja Diamond, 2009). Kaikki nämä piirteet näkyvät selvästi eläkeaikaa varten tehtävissä säästämisspätöksissä, joihin liittyvä pohdiskelu on erityisen monimutkaista verrattuna lähes kaikkiin muihin yksilöiden tekemiin taloudellisiin päätöksiin (Mitchell ja Utkus, 2004). Näitä piirteitä voidaan myös käyttää hyväksi ohjattaessa toimintaa. Esimerkiksi säästämismuoto, jossa säästäjän täytyy tehdä aktiivinen päätös olla säästämättä ja jossa hänen puolestaan valitaan oletusarvoinen sijoitussalkku, helpottaa päätöksentekoa ja lisää säästämistä.

Toinen varautumisen vaativuuteen liittyvä politiikkasuositus on rahoitusmarkkinoita ja vakuutuksia koskevan tiedon lisääminen. Useissa tutkimuksissa on todettu, että hyvin koulutetut suunnittelevat enemmän tulevaisuutta ja ovat varautuneet paremmin vanhuuden ajan menojen varalle säästämällä ja vakuutuksilla (Fernandez Lopez, ym. 2009 ja Brown, 2008).

Hoivatarpeeseen varautuminen

Edellä kuvattiin vanhuuden ajan kulutuksen tasaamiseen liittyviä päätöksiä. Keskeinen riski oli eliniän pituus. Vanhuuden ajan hoivatarpeeseen varautuminen pitää sisällään enemmän huomioitavia asioita ja on siksi monimutkaisempi päätös. Tällaisia valintoja suuri osa ihmisistä joutuu kuitenkin väistämättä pohtimaan. Perhetilanne, taloudelliset mahdollisuudet ja valittavissa olevat hoivapalvelut ovat keskeisiä tekijöitä. Valintoja tekevät ihmiset eivät hekään ole keskenään samanlaisia. Tieto tarjolla olevista vaihtoehdoista, päätöksentekokyky ja toiveet ovat ihmisillä erilaiset. Päätöksenteossa toistuu rahankäytön suunnittelu ja mahdollisten vakuutusten rooli. Tarkastelemme päätöstilanteita esimerkkien avulla. Näissä esimerkeissä keskeisiä erottavia tekijöitä ovat perhetilanne ja kyky tehdä itse päätöksiä. Päätökset ovat kotiapua koskevia, mahdollista laitoshoidon tarvetta kommentoidaan pariskuntaesimerkissä.

Oletetaan, että viisissäkymmenissä oleva henkilö (esimerkki 1) tai pariskunta (esimerkki 2) pohtii, miten kannattaa varautua mahdolliseen vanhana eteen tulevaan toimintakyvyn heikkenemiseen. Henkilö tietää, että kaikki eivät suinkaan tarvitse muiden tarjoamaa hoivaa, vaikka eläisivät hyvinkin vanhaksi. Kysymys on riskistä, joka ei välttämättä toteudu. Hän on lukenut tutkimuksia, joiden mukaan niiden ihmisten osuus, jotka kokevat vaikeuksia perustoiminnoissa (pukeutuminen, vuoteeseen asettuminen, asunnossa liikkuminen) alkaa kasvaa nopeasti 75 ikävuoden jälkeen, mutta toisaalta yli 85-vuotiaistakin noin 40 prosentilla tällaisia vaikeuksia ei ole (Martelin ym., 2004). Jonkinlaisia liikkumisvaikeuksia, esim. portaitten nousemisessa tai ostokassin kantamisessa, on kuitenkin yhdeksällä kymmenestä yli 85-vuotiaasta.

Hän mieltää oman riskinsä seuraavasti: täytettyään 75 vuotta hän tarvitsee tietyllä todennäköisyydellä henkilökohtaista apua. Hän uskoo, että julkista kotiapua on silloin tarjolla. Hän ei kuitenkaan usko, että saisi sitä juuri sellaisen määrän ja sellaisina ajankohtina kuin haluaisi. Yksityisiltä markkinoilta ostettava kotiapu olisi näissä suhteissa joustavampi. Julkisen ja yksityisen kotiavun hinnoittelu poikkeaa toisistaan, vaikka myös yksityinen saattaa olla yhteiskunnan subventoimaa. Hän tietää varallisuutensa, osaa arvioida tulevat eläketulonsa työeläkejärjestelmän lähettämistä tiedoista ja pystyy suunnilleen arvioimaan myös muut tulonsa.

Henkilö vertaa mahdollisia vaihtoehtoja tulojensa ja varallisuutensa puitteissa ja ottaa luonnollisesti palvelujen hinnat huomioon. Hän pohtii mikä vaihtoehdoista, johon hänen taloudelliset mahdollisuutensa riittävät, on hänelle paras – ekonomistikielillä hän miettii, millä valinnalla loppuelämän hyvinvointi on suurin.

Kaikki eivät tarvitse muiden tarjoamaa hoivaa, vaikka eläisivät hyvinkin vanhaksi

Esimerkki 1: perheetön henkilö ja hoivatarpeeseen varautuminen

Ensimmäisessä esimerkissä henkilö on perheetön. Hän myös uskoo että pysyy perheettömänä, joten omaisista ei ole apua. Perheettömänä hänellä ei ole tarvetta jättää perintöä. Tarkastellaan kahta tilannetta. Ensimmäinen on nykyinen tilanne Suomessa: yksityistä hoivavakuutusta ei ole tarjolla. Toisessa tilanteessa niitä oletetaan olevan.

Tilanteessa, jossa yksityistä vakuutusta ei ole saatavilla hänen valintansa riippuu siitä, voiko hän täydentää julkista kotiapua yksityisellä, vai onko valittava joko-tai. Oletetaan ensin, että julkista kotiapua ei voi täydentää yksityisellä. Tällöin henkilön paras valinta on toinen seuraavista.

- i) Jos hoivatarve toteutuu, hän turvautuu julkiseen apuun. Hän suunnittelee loppuelämän kulutuksen, säästämisen ja työnteon, siten että hänen rahansa riittävät julkiseen kotiapuun tarvittaviin maksuihin.
- ii) Jos hoivatarve toteutuu, hän ei aio turvautua julkiseen apuun. Hän arvioi, että rahamäärä, jonka nykyarvo on A , riittää hänen haluamiensa yksityisten apupalvelujen ostoon. Hän tekee sellaisen suunnitelman loppuelämän aikaiselle kulutukselle, säästämiseksi ja työnteolle, jossa hänellä on mahdollista käyttää summa A korkoineen kotiavun ostamiseen, jos tarve toteutuu.

Henkilö valitsee näistä kahdesta sen vaihtoehdon, jossa loppuelämän odotettu hyvinvointi on suurempi. On ilmeistä että pienituloiset valitsisivat useammin julkisen avun kuin hyvätuloiset, jotka olisivat puolestaan kiinnostuneempia yksityisen avun tarjoamista valinnan mahdollisuuksista.

Jos julkista kotiapua voi täydentää yksityisellä, valintatilanne muuttuu hieman. Valinta on nyt toinen seuraavista:

- iii) Jos hoivatarve toteutuu, henkilö turvautuu pelkästään julkiseen apuun. Hän tekee loppuelämän elinkaarisuunnitelman kuten edellä kohdassa i).
- iv) Jos hoivatarve toteutuu, henkilö täydentää julkista apua yksityisellä palvelulla, jos julkinen apu on hinta-laatu -suhteeltaan kilpailukykyistä. Hän arvioi, että rahamäärä, jonka nykyarvo on B , riittää hänen haluamiensa yksityisten lisäapupalvelujen ostoon. Hän tekee loppuelämän elinkaarisuunnitelman (kulutuksen, säästämisen ja mahdollisesti työn tarjonnan osalta), jossa hänellä on mahdollista käyttää summa B korkoineen kotiavun ostamiseen, jos tarve toteutuu.

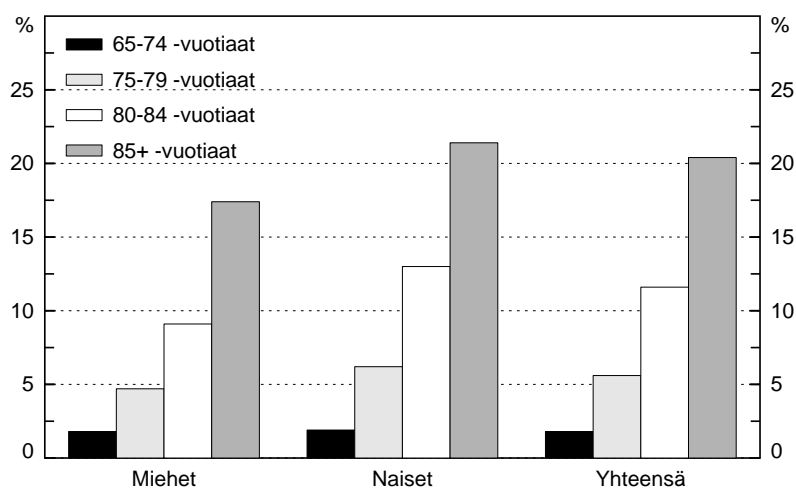
Henkilö valitsee sen vaihtoehdon, jossa loppuelämän odotettu hyvinvointi on suurempi. Koska B on pienempi summa kuin A aiemmassa valinnassa ii), osalla aiemmin valinnan i) tehneistä on varaa tässä valita iv). Vain vähävaraisin osa muuten samanlaisista henkilöistä valitsee vaihtoehdon i).

Tilanteessa, jossa yksityinen vakuutus on saatavilla ja sen hinnoittelu on henkilön oman riskiarvion perusteella kohdallaan, hän vertaa jälleen mahdollisia vaihtoehtoja, laskemalla odotetut loppuelämän hyödyt eri valinnoilla. Vakuutuksen ottamisen mahdollisuus lisää yksityisen kotiaavun käyttöä. Näin siksi, että vakuutus, joka korvaa summan A korkoineen jos hoivariski toteutuu, maksaa vähemmän kuin A – riskihän ei toteudu läheskään kaikilla. Vastaavasti vakuutus, joka korvaa summan B korkoineen, maksaa vähemmän kuin B.

Suurin määrä yksityisiin hoivapalveluihin kohdistuvia valintoja tehdään tilanteessa, jossa julkisen kotiaavun täydentäminen yksityisellä on mahdollista ja yksityinen vakuutus saatavilla. Jos pidetään julkisen kotiaavun taso kiinteänä, yksityisen kotiaavun tarjoama lisähyöty koituu tällaisessa tilanteessa suurimmalle mahdolliselle joukolle.

Kuvio 2.2 kertoo säännöllisen kotihoidon käytöstä sukupuolen ja iän mukaan. Käyttö (joka tässäkin tapauksessa kuvaa sekä tarvetta että tarjontaa) nousee voimakkaasti 75 ikävuoden jälkeen ja ikäryhmästä 85+ yli viidennes käyttää säännöllisesti kotipalvelua tai/ja kotisairaanhoidoa. Aineisto esittää käyttäjien määrää laskentapäivänä (30.11.2008).

Kuvio 2.2 Säännöllisen kotihoidon käyttö vuonna 2008, asiakkaita ikäluokasta



Lähteet: Sotkanet ja Tilastokeskus.

Esimerkki 2: pariskunta

Oletetaan, että vastaavan ikäinen pariskunta pohtii miten varautua tilanteeseen jossa tarvitaan kotiapua. He tietävät, että tulevaisuudessa jompikumpi heistä tai molemmat tarvitsevat tietyllä todennäköisyydellä henkilökohtaista apua. Jälleen julkinen kotiapu on tarjolla, mutta se on määrältään pienempi kuin yksityisiltä markkinoilta saatava kotiapu. He tietävät varallisuutensa ja osaavat arvioida tulevat eläke- ja muut tulonsa. Jos pariskunnalla on lapsia, heistä voi olla apua omaishoitajina ja heille halutaan jättää perintöä.

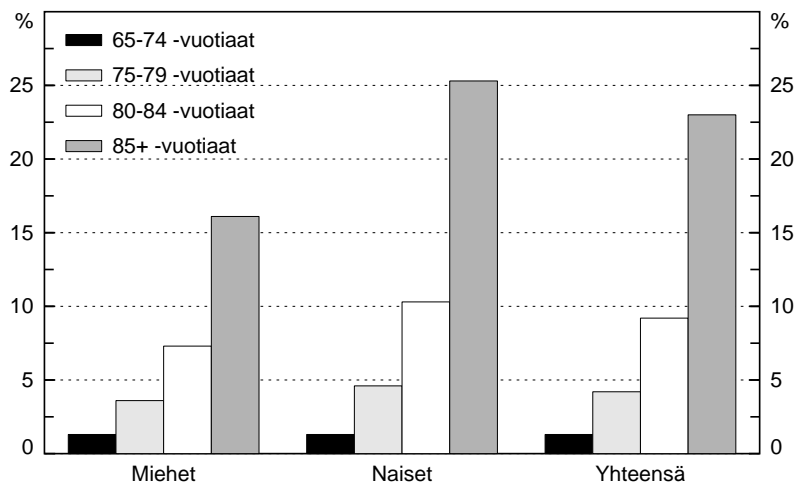
Tilanteet ovat monimuotoisempia kuin yksinäisen henkilön tapauksessa, ainakin seuraavien asioiden vuoksi.

- Omaishoito on mahdollista, ja sen tukeen liittyvät ehdot ja niiden ennakoitavuus vaikuttavat päätöksiin.
- Kotiavun saanti on epävarmempaa kuin yksinäisen henkilön tapauksessa, koska kunta voi pelata strategista peliä ja luottaa siihen, että puoliso kyllä auttaa jos kunta ei apua tarjoa.
- Parisuhde päättyy aikanaan, joko eroon tai kuolemaan.

Vaikka valintatilanne on monimuotoisempi, tietyt asiat ovat samoin kuin yksinäisen henkilön tapauksessa. Julkisen avun ennakoitavuus ja mahdollisuus täydentää sitä yksityisillä palveluilla ovat tärkeitä asioita. On intuitiivisesti selvää, että mahdollisuus ottaa hoivavakuutus lisääisi monen pariskunnan hyvinvointia. Yksityisissä vakuutuksissa puolisoitten yhteisvakuutukset tulevat myös tarkasteluun.

Pariskunnat pohtivat luultavasti myös laitoshoidon tarvetta, johon saattaa liittyä esimerkiksi dementia. Hoivattavan tilanne vaikuttaa myös terveen puolison hyvinvointiin. Tästä seuraa aiempaa monimutkaisempia päätöstilanteita. Puoliso on todennäköinen edunvalvoja. Puolisot ovat saattaneet laatia hoitotahdon ilmauksen sellaisen tilanteen varalle, jossa toinen tai molemmat eivät enää pysty mieltymyksiään kertomaan. Mahdolliset lapset ovat potentiaalisten omaishoitajien, edunvalvojien ja perillisten rooleissa. Näitä kaikkia rooleja pariskunta on voinut etukäteen miettiä ja saattanut yrittää vaikuttaa tuleviin päätöstilanteisiin.

Kuviossa 2.3 havainnollistetaan laitoshoidon käyttöä vuoden 2008 lopussa. Käyttö nousee jyrkästi iän mukaan samalla tavoin kuin kotihoidossa. Naisten osuus on merkittävästi suurempi myöhäisessä vanhuudessa pääosin sen vuoksi että heillä puoliso on jo siinä vaiheessa usein kuollut.

Kuvio 2.3 Laitoshoidon käyttö vuonna 2008, asiakkaita ikäluokasta

Lähteet: Sotkanet ja Tilastokeskus.

Esimerkki 3: hoivariskin toteutumisen jälkeen tehtäviä valintoja

Edellä pohdittiin valintoja, jotka tehdään ennen mahdollisten hoivariskien toteutumista. Nämä etukäteisvalinnat vaikuttavat niihin päätöksiin, jotka tehdään riskien toteutuessa. Vaikka riskeihin on varauduttu, vasta niiden toteutuessa paljastuu hoivatarpeen suuruus. Tällöin eri tilanteita aiheuttavat ainakin seuraavat tekijät.

1. Minkälaisessa kotitaloudessa hoivan tarvitsija asuu? Onko mahdollisuus omaishoitajaan? Onko perinnöllä roolia? Miten henkilö on etukäteen varautunut hoivatarpeeseen, onko vakuutusta joka korvaa?
2. Pystyykö henkilö, joka tarvitsee hoivaa, itse tekemään päätöksiä? Jos ei, tarvitaan edunvalvoja tekemään päätöksiä hänen puolestaan. Löytyykö edunvalvoja samasta kotitaloudesta?
3. Onko hoivan tarve tilapäinen vai pysyvä?

Yhdistelemällä edellä olevia kolmea kohtaa saadaan seuraavat tyypit henkilölle, jolle hoivan tarve realisoituu. Perheellinen tarkoittaa alla henkilöä, jolla on puoliso, lapsia tai muita läheisiä sukulaisia.

- A. Perheetön henkilö, joka pystyy tekemään päätöksiä. Monet näistä hyötyisivät, jos voisivat täydentää omalla varallisuudellaan julkista hoivan rahoitusta.
- B. Perheellinen henkilö, joka pystyy tekemään päätöksiä. Perintömotiivilla on merkitystä, ja omaishoiva saattaa tulla kyseeseen. Monet näistä henkilöistä hyötyisivät, jos voisivat täydentää omalla varallisuudellaan julkista hoivan rahoitusta. Tilapäisissä tapauksissa tämä voisi olla valtaenem-

mistön ulottuvilla. Motiivit ja mahdollisuudet olisivat kuitenkin erilaisia kuin ryhmän A henkilöillä.

- C. Perheetön henkilö, tarvitsee edunvalvojan, jonka nimittää julkinen sektori. Henkilö on saattanut tehdä hoivatahdon ilmaisen ja jopa hoivasopimuksen jonkin yksityisen palvelutuottajan kanssa. Näitä noudatettaneen niin pitkälle kuin rahat riittävät. Jos tahdonilmausta tai sopimusta ei ole tehty, henkilö sijoitettaneen julkiseen laitokseen. Hoivan tarve on yleensä pysyvä.
- D. Perheellinen henkilö, joka tarvitsee edunvalvojan. Yleensä joku lähiomainen nimitetään edunvalvojaksi. Perintönäkökulmasta omainen edunvalvojana saattaa istua kahdella tuolilla, mutta käytännössä tämä ei ole este. Perintöasiat on voitu suunnitella etukäteen, ja tehdä myös hoivatahdon ilmaisu. Hoivan tarve on yleensä pysyvä.

Näissäkin tilanteissa julkisen avun ennakoitavuus ja mahdollisuus täydentää sitä omin varoin yksityisillä palveluilla ovat tärkeitä asioita.

Terveysriskeihin varautuminen

Terveysriskeihin varautuminen perustellulla tavalla on yksilön kannalta huomattavasti vaikeampaa kuin hoivariskeihin. Julkinen sektori tarjoaa turvaa sekä kustannusten että ansioiden menetysten varalle, mutta turva ei ole kattava. Terveyskysymyksiin liittyvän informaation ymmärtämisen vaikeus, jos ei ole lääketieteellistä koulutusta, ja huonojen valintojen mahdollisesti peruuttamattomat seuraukset, tekevät yksilöllisestä varautumisesta hankalaa ja tehotonta. Erilaisia vapaaehtoisia terveysvakuutuksia ja sairauskuluja korvaavia tapaturmavakuutuksia on kuitenkin markkinoilla lukuisasti. Niillä pyritään nopeuttamaan hoitoon pääsyä, parantamaan hoidon laatua ja rahoittamaan pakollisen sairausvakuutuksen omavastuista johtuvia kustannuksia.

Terveyspalveluja ostetaan myös kasvavassa määrin kansainvälisesti, joskin suomalaiset ovat melko vähän tätä mahdollisuutta käyttäneet. Perhetilanteiden merkitys terveysriskeissä on vähäisempi kuin eläke- ja hoivakysymyksissä.

2.2 Perhetyyppien kehityksestä

Yksinasumisen yleistymisen riippuu talouden kehityksestä ja vaikuttaa siihen. Tulotason kasvun myötä yksinasuminen yleistyy. Perheen antama turva vähenee ja vakuutuksien – sosiaalivakuutuksen tai yk-

sityisten – tarve kasvaa. Yksilön näkökulmasta kotitalouden hoitoon liittyvät suurtuotannon edut vähenevät. Tietyt ongelmat lisääntyvät yksinasumisen myötä, mikä kasvattaa vakuutusten merkitystä. Kustannukset yhteiskunnalle kasvavat.

Yksinasumiseen liittyy keskimäärin suuremmat terveysongelmat henkeä kohti kuin useamman henkilön kotitalouksissa asuviin. Ainakin osittain tässä on kyse valikoitumisesta: henkilöllä ei ole kumppania ongelmallisten elintapojen vuoksi.

Tulotason kasvu lisää yksinasumista. Tulkinta on, että yhdessä muiden kanssa asuminen on osittain taloudellisista syistä johtuvaa. Kun taloudellinen liikkumatila lisääntyy, yhdessä asuminen vähenee. Samaan suuntaan vaikuttaa myös sosiaaliturvan parantuminen. On varaa asua yksin ja ottaa yksinasumiseen liittyviä riskejä.

Aiemmin omaisille kuuluneita vastuuta on siirretty julkiselle sektorille. Esimerkkinä on vuonna 1970 voimaan tullut laki, jonka mukaan lapset eivät ole vastuussa vanhempiensa ylläpidosta.

Avoliitossa ja rekisteröidyssä parisuhteessa puoliset ovat velvollisia elättämään toisiaan. Avoliitossa puolison elatusvelvoitetta ei ole. Jos avoliitossa asuvilla ei ole yhteisiä lapsia, heillä ei myöskään ole oikeutta leskeneläkkeeseen avopuolison kautta.

Hoivatarpeen kohdatessa puoliso tai aikuiset lapset voivat usein merkittävästi auttaa. Omaisista joku voi ryhtyä omaishoitajaksi. Yksinasuvan mahdollisuudet ovat vähäisemmät, ja erityisesti lapseton yksineläjä on kunnan tarjoaman tai kaupallisen hoivan varassa.

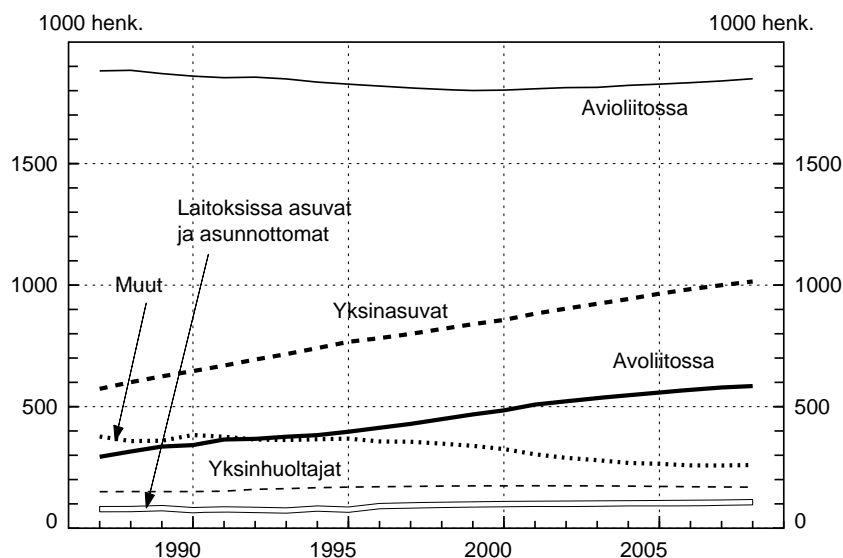
Minkälaisissa perheissä suomalaiset elävät?

Pohjoismaisessa AGHON-projektissa¹ tutkitaan kotitalousrakenteiden muuttumisen ja väestön ikääntymisen vuorovaikutuksia ja niiden taloudellisia seurauksia.

Tilastokeskuksen perhetilastoon pohjautuva kuvio 2.4 kuvaa aikuisväestön asuinmuotoja Suomessa. *Avoliitossa* asuvat tarkoittavat kuvion luokittelussa puolisoita, jotka asuvat asuntokunnassa, jossa asuu vain yksi perhe. Samaten *avoliitossa* olevien puolisoitten asuntokunnassa on vain yksi perhe eikä muita henkilöitä. Sama koskee *yksinhuoltajia*; asuntokunnassa ei saa olla perheeseen kuulumattomia henkilöitä. Jos yksityisessä asuntokunnassa asuu muita kuin perheeseen kuuluvia henkilöitä, kaikki sen henkilöt luokitellaan ryhmään *muut*, vaikka he olisivat aviossa, avoliitossa tai yksinhuoltajia.

¹ AGHON-projektissa (Ageing households and the Nordic welfare model) yhdistetään kotitalousrakenteiden tilastollinen analyysi stokastisten väestöennusteiden ja taloudellisen yleisen tasapainon mallin avulla tehtävään väestön ikääntymisen analyysiin. ETLAn koordinoimassa projektissa on mukana tutkijoita Norjasta ja Tanskasta.

Taloudellinen liikkumatilan lisääntyessä yhdessä asuminen vähenee. Samaan suuntaan vaikuttaa myös sosiaaliturvan parantuminen. On varaa asua yksin ja ottaa siihen liittyviä riskejä.

Kuvio 2.4 Aikuisväestö asuinmuodon mukaan

Lähde: ETLA.

Kuviossa on kaksi selvää nousevaa trendiä. Yksinasuvien määrä on noussut n. 400 000 henkilöllä ja avioliitossa olevien n. 300 000 henkilöllä vuodesta 1988 vuoteen 2008. Ryhmä "muut" on pienentynyt 100 000 henkilöllä ja muut ryhmät ovat pysyneet suunnilleen ennallaan.

Kehitys syntymävuosien mukaan tarkasteltuna antaa toisesta näkökulmasta samanlaisen kuvan. Vanhemmilla kohorteilla avioliitot ovat olleet yleisempiä kuin nuoremmilla kohorteilla, mutta avioliitossa tilanne on päinvastoin. Yksinasuminen puolestaan yleistyy kohortti kohortilta.

Perherakenteet tulevaisuudessa

Perhetilaston tiedoista voidaan arvioida, millä todennäköisyydellä tietystä perhetyypistä tietyssä iässä siirrytään vuoden kuluessa toiseen perhetyyppiin tai pysytään nykyisessä. Nico Keilman Oslon yliopistosta on tehnyt vuosien 2004–2008 siirtymätodennäköisyyksien perusteella taulukoissa 2.1 ja 2.2 esitettävät projektiot eräille perhetyypeille.

Merkittävimmät kehityspiirteet Keilmanin projektiossa liittyvät yksinasuvien määrään. Kokonaisuudessaan se kasvaa, mutta selvästi hitaammin kuin aiemmin. Vuodesta 1989 vuoteen 2009 yksinasuvien naisten määrä kasvoi 179 000:lla ja miesten 238 000:lla. Seuraavan

30 vuoden aikana vastaaviksi luvuiksi arvioidaan 131 000 naisilla ja 179 000 miehillä².

Mutta ikääntyneiden yksinasuvien määrä kasvaa aiempaa nopeammin. Yksinasuvien 60–79 -vuotiaiden miesten ja naisten määrät kasvavat seuraavan 15 vuoden aikana. Vuonna 2039 heitä arvioidaan olevan yhteensä 96 000 enemmän kuin nyt. Myös 80 vuotta täyttäneiden yksinasuvien määrät kasvavat koko ajan, ja kasvu nopeutuu 15

Yksinasuvien määrä kasvaa hitaammin kuin aiemmin. Mutta ikääntyneiden yksinasuvien määrä kasvaa aiempaa nopeammin.

Taulukko 2.1 Naiset asumismuodon mukaan, tuhatta henkeä

	1989	1999	2009	2019	2029	2039
Yhteensä	2 553	2 644	2 715	2 835	2 944	3 013
Avo- ja avioliitossa	1 100	1 127	1 217	1 335	1 374	1 392
20–39	477	389	380	428	426	427
40–59	426	499	505	473	472	498
60–79	182	219	299	379	388	361
80+	8	12	25	45	76	95
Yksinasuvat	382	478	561	595	646	692
20–39	76	100	115	109	100	101
40–59	76	112	133	114	103	106
60–79	182	189	205	242	261	241
80+	46	70	97	115	166	227
Yksinhuoltajat –74v.	120	134	128	125	121	120
Muut	951	905	809	779	803	809

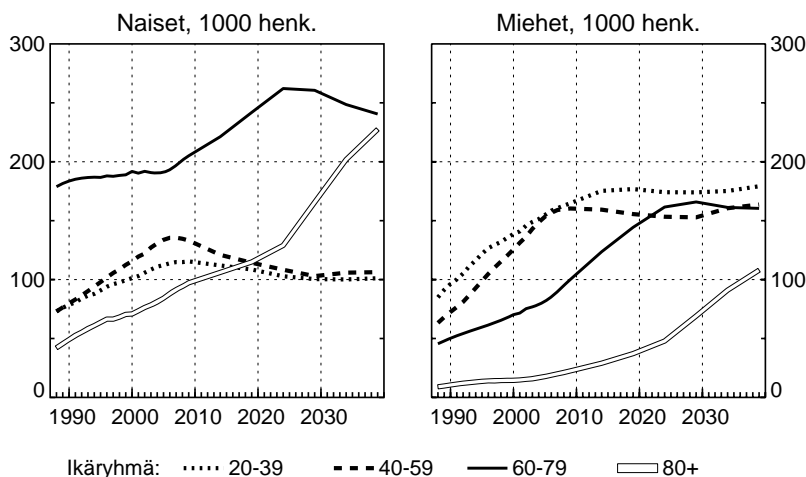
Lähde: Nico Keilmanin laskelmat.

Taulukko 2.2 Miehet asumismuodon mukaan, tuhatta henkeä

	1989	1999	2009	2019	2029	2039
Yhteensä	2 401	2 516	2 612	2 751	2 870	2 951
Avo- ja avioliitossa	1 100	1 127	1 217	1 335	1 374	1 392
20–39	423	340	335	384	380	374
40–59	447	509	503	477	471	496
60–79	213	253	336	405	412	385
80+	16	22	40	64	105	132
Yksinasuvat	218	341	454	524	573	623
20–39	91	135	165	177	174	179
40–59	68	120	160	156	153	164
60–79	48	68	100	144	166	160
80+	10	14	22	37	69	108
Yksinhuoltajat –74v.	18	23	25	13	12	12
Muut	1065	1025	916	879	912	924

Lähde: Nico Keilmanin laskelmat.

² AGHON-projektissa tutkitaan myös tällaisiin projektioihin aina liittyvän epävarmuuden suuruutta, mutta nämä tulokset eivät olleet tätä kirjaa kirjoitettaessa vielä käytettävissä.

Kuvio 2.5 Yksinasuvat ikäryhmittäin v. 1988–2039

Lähteet: Nico Keilmanin laskelmat, ETLA ja Tilastokeskus.

vuoden kuluttua. Yksinasuvia 80 vuotta täyttäneitä naisia arvioidaan olevan 130 000 henkeä enemmän kuin nyt ja saman ikäryhmän yksinasuvia miehiä 86 000 henkeä enemmän kuin nyt.

Myös avoliitoissa ja avioliitoissa asuvien ikääntyneiden määrät kasvavat lähivuosikymmeninä. Nuoremmissa ikäryhmissä suurimmat muutokset ovat jo pääosin tapahtuneet.

Laatikko 2.1 Huomioita hoivattavien päätöksentekokyvystä

Hoivavakuutukset ja julkisen hoivatarjonnan täydentäminen omin varoin pohjautuvat näkemykseen hoivattavasta valintoja tekevänä kuluttajana. Valinnat edellyttävät asiakkaalta kykyä tehdä oman etunsa mukaisia päätöksiä. Osa ihmisistä kuitenkin tarvitsee hoivaa nimenomaan siksi, että heidän päätöksentekokykynsä on olematon tai puutteellinen. Alentunut tai kadonnut kyky tehdä päätöksiä ei tarkoita, että henkilö ei voisi nauttia itse rahoittamistaan lisäpalveluista. Voi kuitenkin olla, että hän ei osaa kommunikoida hyvinvointinsa paranemista. On siksi mahdollista, että esimerkiksi edunvalvojan tekemät valinnat eivät osu kohdalleen, parhaasta yrityksestä huolimatta. Etukäteen laaditut ja ilmaistut hoitotahdot helpottavat näitä ongelmia. Merkittävä asia kuitenkin on, että ennakoitu nautintakyvyn heikkeneminen vähentää halua varautua hoivatarpeeseen omaehtoisesti, kuten kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu.

Suomessa on tutkittu sekä pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien että kotipalvelujen käyttäjien päätöksentekokykyä ja muita älylliseen toimintakykyyn (kognitioon) liittyviä toimintoja. Kognition aleneman taustalla ovat aivojen rappeumasairaudet, kuten Alzheimerin tauti, muut demensiat ja Parkinsonin tauti, aivohalvaus sekä skitsofrenia, masennus tai muut psykiatriset sairaudet. Cognitive Performance Scale (CPS) -mittari kuvaa kognition heikkenemistä. Siinä asiakkaat luokitellaan seitsemään luokkaan. Luokituksessa otetaan

Taulukko 1. Älyllinen toimintakyky kotihoidon ja pitkäaikaishoidon asiakkailla

	CPS-luokka				Yht.
	0	1	2-4	5-6	
Kotihoidon asiakkaat	41	10	44	5	100
Laitoshoidon asiakkaat	10	13	38	39	100
– palvelutalo	20	22	39	19	100
– vanhainkoti	9	13	45	33	100
– terveyskeskus	8	11	31	50	100

Lähteet: Finne-Soveri ym., 2006, kuvio 15 (kotihoito), ja Noro, 2005, taulukko 5 (laitushoito). Kotihoiton tiedot ovat otoksia vuosilta 2001–2004, laitoshoidon tiedot vuosilta 2000–2004. Noron mukaan palveluasumisen osalta asiakasmäärä ei ole edustava.

huomioon asiakkaan tajunnan taso, päivittäinen päätöksentekokyky, kyky ymmärtää muita, lähimuisti, itsenäinen WC:n käyttö ja syöminen. Luokkaan 0 sijoittuvat ne, jotka ovat älylliseltä toimintakyvyltään normaaleja. Luokassa 1 olevilla on rajatilainen kognitiivinen häiriö. Muissa luokissa kognitio on heikentynyt, sitä enemmän mitä korkeammassa luokassa henkilö on. Heikkeneminen kuvataan lieväksi (luokka 2), keskivaikeaksi (luokka 3), keskivaikeaksi-vaikeaksi (luokka 4), vaikeaksi (luokka 5), tai erittäin vaikeaksi (luokka 6).

Luokassa 1 päätöksentekokyvyssä esiintyy häiriöitä. Luokissa 2, 3 ja 4 häiriöt päätöksenteossa ovat vakavia, mutta päätöksentekokyky luokitellaan silti ”ei vakavasti häiriintyneeksi” (Noro ym., 2001, s. 21). Luokissa 5 ja 6 päätöksentekokyky on vakavasti häiriintynyt.

Taulukossa 1 hoiva jakautuu kotihoitoon, palvelutaloihin ja muuhun laitoshoittoon. Kotihoitossa runsas 40 prosenttia ei kärsi kognitiivisista ongelmista ollenkaan. Kymmenellä prosentilla on hyvin lieviä mutta mitattavia ongelmia (luokka 1). Lopuilla 50 prosentilla on eriasteisia vaikeuksia, mutta vain viidellä prosentilla päätöksentekokyky on vakavasti häiriintynyt.

Palvelutaloissa viidesosa asiakkaista on ilman ongelmia, ja toisella viidenneksellä on hyvin lieviä mutta mitattavia ongelmia. Lopuilla vajaalla 60 prosentilla on eriasteisia vaikeuksia, mukaan lukien 20 prosenttia, joilla päätöksentekokyky on vakavasti häiriintynyt.

Muussa laitoshoidossa vajaa kymmenesosa asiakkaista on ilman ongelmia, ja toisella kymmenesosalla on hyvin lieviä mutta mitattavia ongelmia. Lähes puolella hoidettavista päätöksentekokyky on vakavasti häiriintynyt ja lopuilla 30 prosentilla on eriasteisia vaikeuksia. Taulukon luvut heijastavat myös eri hoivamuotojen tarjontaa ja siinä tapahtuneita muutoksia. Kun esimerkiksi laitoshoittoon pääsyn kriteereitä on kunnissa tiukennettu, ovat uudet asiakkaat painottuneet enemmän ongelmallisiin luokkiin ja keskimääräinen CPS-arvo on noussut vuodesta 2000 vuoteen 2004 (Noro, 2005, taulukko 5).

Valtioneuvoston kanslian Ikääntymisraportissa esitetään asiantuntija-arvioita eräiden kansanterveysongelmien viimeaikaisesta ja tulevasta kehityksestä (Laine ym. (2009), liite 1). Dementia on sairaanhoito- ja kuolinsytilastojen mukaan yleistynyt, mutta tämän arvellaan johtuvan diagnostiikan herkistymisestä. Vuoteen 2020 mennessä dementian yleisyyden oletetaan vähenevän sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden vähenemisen myötä. Lisäksi Alzheimerin taudin kehittyvä hoito hidastaa taudin etenemistä. Toisaalta diabeteksen yleistymisen voi lisätä dementiaa. Uudet lääkkeet ja mahdollinen rokote tai muu ehkäisyteknologia – jos sellainen löytyy – voivat vähentää vakavaa dementiaa.

3 Vakuutusmarkkinoiden rooli ja toimintaedellytykset ikääntymisriskien hallinnassa

Tässä luvussa tarkastellaan ikääntyvän ihmisen henkilöriskien vakuuttamista yksityisillä vakuutusmarkkinoilla. Näkökulmana on sellaiset toimintaedellytykset ja rooli yksityisillä vakuutusyhtiöillä on hyvinvointiyhteiskunnassa.

Vakuutusmarkkinoihin sisältyy erityispiirteitä, joiden perusteella joidenkin riskien vakuuttaminen kannattaa tehdä pakolliseksi tai hoitaa ainakin pääosin sosiaalivakuutuksen avulla. Esimerkkeinä näistä ovat asiakkaiden käänteisestä valikoitumisesta ja lyhytnäköisyydestä johtuvat vakuutusten kattavuusongelmat, silloin kun ne ovat suuret. Riskien toteutumiseen saattaa liittyä myös sellaisia ulkoisvaikutuksia, joita yksilöt eivät ota huomioon päättäessään vapaaehtoisen vakuutuksen ottamisesta. Kolmas asia, joka usein mainitaan yksityisten vakuutusten ongelmana, on hallinnolliset kustannukset. Yksilöllistä valinnanvaraa antavien vakuutusten tarjoaminen edellyttää muun muassa tuotekehitys-, asiakasrekisterien ylläpito- ja markkinointipanostuksia.

Joidenkin riskien vakuuttamisessa sosiaalivakuutus ja alihinnoitellut julkiset palvelut syrjäyttävät vähemmän perustellusti yksityistä vakuutus toimintaa. Julkisen sektorin vakuutusroolin ongelmana on lisäksi, että keskimäärin riittäväksi tarkoitettu turva on joidenkin ihmisten kannalta ylimitoitettu ja toisten kannalta riittämätön. Tämä ongelma on sitä suurempi, mitä erilaisempia ovat asiakaskunnan tarpeet ja toiveet.

Vakuutusmarkkinoiden toimivuus edellyttää vakuutusten kysyntää ja tarjontaa sellaisilla hinnoilla, jotka tuottavat lisähyötyä vakuutusosittajille ja joilla vakuutusten myyminen kannattaa. Kannattavuuteen vaikuttavat muun muassa vakuutettavien riskien luonne ja vakuutusyhtiöiden ja vakuutetun erilainen tietämys vakuutetun riskillisyydestä. Seuraavassa tarkastellaan yksityisten vakuutusmarkkinoiden yleisiä edellytyksiä ja ongelmia. Sen jälkeen tarkastellaan vakuutusmarkkinoiden toimivuutta terveyden ja toimintakyvyn menetykseen ja odotettua pitempään elämiseen liittyvien riskien hallinnassa.

Sosiaalivakuutusta tarvitaan, koska yksityiset markkinat eivät aina toimi

Sosiaalivakuutuksessa on kohdentamis- ja mitoitusongelma

3.1 Riskien vakuutettavuus ja riskejä koskeva informaatio

Riskien vakuutuskelpoisuus

Riskien vakuutuskelpoisuuden edellytyksenä on niiden ennustettavuus, riippumattomuus, ajassa muuttumattomuus ja harvinaisuus. Myös riskien toteutumisen toteamisen yksiselitteisyys ja taloudellinen merkittävyys lisäävät vakuutettavuutta. Jos nämä edellytykset eivät täyty riittävässä määrin, vakuuttamisesta on vaikea tehdä järkevää liiketoimintaa.

Ennustettavuuden vaatimuksen mukaan riskien on oltava tilastollisilta ominaisuuksiltaan riittävän vakaita, jotta vakuutukset voidaan hinnoitella. Esimerkiksi hyvin harvoin sattuvaa ja suuruudeltaan paljon vaihtelevaa riskiä on vaikea vakuuttaa. Toisaalta riskit eivät voi myöskään olla sellaisia, joiden toteutumisen todennäköisyys yksilötasolla on erittäin suuri.

Vakuutustapahtuman todennäköisyys ei saisi muuttua liian paljo ajan kuluessa. Pitkäaikaisissa vanhuuden ajan vakuutuksissa jälkimmäinen ominaisuus on erityisen tärkeä. Neljäs vaatimus on, että riskit eivät saisi korreloida keskenään. Jos esimerkiksi riskin toteutuminen yksilön kohdalla riippuu siitä toteutuuko se muilla vakuutuksenottajilla, vakuutusta on vaikea hinnoitella.

Vakuutusyhtiöiden on vaikea suojautua koko markkinoita koskevia ilmiöitä, kuten eliniän yleistä pitenemistä ja siitä johtuvaa laitoshoidon tarpeen lisääntymistä vastaan. Yksi suojautumismenetelmä on jakaa näitä riskejä vakuutuksenottajan kanssa sopimalla kiinteästä korvaussummasta tai asettamalla kustannusten korvauksille katto. Toinen mahdollisuus on yhdistellä vakuutus tuotteita, joiden riskit kumoavat toisiaan. Esimerkki tästä on yhdistää vakuutukset pitkäaikaishoivan tarpeen ja odotettua pitemmän elämän varalle – hoivan tarvetta aiheuttavista tekijöistä osa myös alentaa eliniän odotetta. Kolmas mahdollisuus on siirtää riskejä kolmannelle osapuolelle käyttämällä rahoitusmarkkinatuotteita, kuten joukkolainoja, joiden tuotto on sidottu riskin toteutumiseen väestötasolla.

Viides vakuutettavia riskejä koskeva vaatimus on, että ne ovat taloudelliselta merkitykseltään riittävän suuret. Monet vanhuuden ajan tulo- ja menoriskit ovat suuret, mutta julkinen talous kattaa niistä sosiaalivakuutuksen ja julkisten palvelujen kautta valtaosan. Ihmisillä on myös muita tapoja suojautua näiltä riskeiltä, kuten perheen sisäinen riskienjako ja säästäminen. Jäljelle jää tyypillisesti yksilökohtaisesti suuresti vaihteleva lisävakuutusten tarve.

Kuudenneksi riskien pitäisi olla vakuutetun kannalta satunnaiset. Jos vakuutettu voi vaikuttaa riskin toteutumisen todennäköisyyteen tai korvauksen suuruuteen käyttäytymisellään, syntyy

Vakuutettavien riskien toteutumisen on oltava sopivan harvinaista

Vakuutusyhtiö ei voi yksin kantaa koko taloutta tai väestöä koskevia riskejä

Sosiaalivakuutus ja perheen sisäinen riskienjako vähentävät markkinoilta ostettavan vakuutuksen tarvetta

Moraalikato on ongelma sekä sosiaali- vakuutuksessa että yksityisissä vakuutuksissa

Käänteinen valikoituminen nostaa vakuutusten hintaa

Myös puutteellisesti toimivat markkinat saattavat lisätä hyvinvointia

Asiakkaan parempi tieto omista riskeistään vaikuttaa vakuutuksen ottoon ja otettavan vakuutuksen ominaisuuksiin

moraalikadon mahdollisuus. Tyypillinen tapa reagoida moraalikaatoon on rajoittaa vakuutuskorvauksia omavastuiden avulla. Kattava vakuutus olisi kuitenkin sekä vakuutetun että vakuutusyhtiöt edun mukainen.

Seitsemäs hyvin toimivien vakuutusmarkkinoiden ominaisuus on informaation symmetrisyys yksilön riskillisyyden suhteen. Jos yksilö esimerkiksi tietää oman historiansa, perimänsä ja elämäntapojensa perusteella, että hänen riskillisyytensä on keskimääräistä pienempi, hän ei ole välttämättä halukas ottamaan vakuutusta hinnalla, joka perustuu koko väestön keskimääräisiin riskiominaisuuksiin. Toisaalta korkean riskin yksilöille keskimääräinen hinta on edullinen. Vakuutusyhtiön on otettava huomioon tämä asiakkaiden käänteisen valikoitumisen riski hinnoittelussaan. Lopputuloksena on, että vakuutusten hinta nousee ja osa matalariskisistä valitsee olla ottamatta vakuutusta. Vakuutusyhtiö voi rajoittaa valikoitumisesta johtuvia haittoja esimerkiksi vaatimalla tietoa aiemmasta riskien toteutumishistoriasta. Ääritapauksessa vakuutusta ei kannata myöntää ollenkaan.

Riskien toteutumisen ja syntyneen korvausvastuun suuruuden pitää myös olla puolueettomasti todennettavissa. Paras ratkaisu tähän olisi ulkopuolisen tahon tekemä arvio vakuutustapahtumasta. Esimerkiksi julkisia palveluja täydentävässä hoivavakuutuksessa voitaisiin korvaukset ehdollistaa julkisen sektorin päätöksille tarjota yksilölle hoivapalveluja tai antaa rahallista tukea niiden rahoittamiseksi.

Vaatimukset hyvin toimiville yksityisille vakuutusmarkkinoille ovat siis suuret. Toisaalta, vaikka täydellisiä markkinoita ei käytännössä ole siinä mielessä että maksut vastaisivat täsmälleen riskien suuruutta ja kohtuullisia hallinnollisia kuluja, on hyvin mahdollista, että puutteellisestikin toimivat markkinat lisäävät hyvinvointia verrattuna tilanteeseen, jossa vakuutusta ei ole saatavana ollenkaan tai riskit on jaettu uudelleen huonosti toimivan sosiaalivakuutuksen avulla.

Epäsymmetrinen ja epätäydellinen informaatio

Käänteisestä valikoitumisesta johtuvat kattavuusongelmat ovat keskeinen syy miksi pakollisuus voi joidenkin riskien osalta olla parempi vaihtoehto kuin vapaaehtoisuus vakuutustoimintaa järjestettäessä. On siksi perusteltua pohtia erikseen informaation merkitystä yksityisillä vakuutusmarkkinoilla.

Asiakkaan parempi tieto omasta riskillisyydestään voi vaikuttaa vakuutusten kysyntään usealla tavalla. Se saattaa vaikuttaa siihen, otetaanko vakuutus ja jos otetaan, mitä ominaisuuksia vakuutukseen valitaan. Lisäksi se vaikuttaa joissakin tapauksissa vakuutussumman suuruuteen ja siihen, jatketaanko vakuutuksen voimassaoloa, kun sopimusjakso päättyy.

Epäsymmetrisen informaation määrä riskin suuruudesta voi muuttua vakuutuksen ollessa voimassa. Esimerkiksi ihmisen säilyminen terveenä vähentää ajan myötä todennäköisyyttä joutua pitkäaikaishoidon piiriin. Vakuutusyhtiö ei tätä tietoa saa, mutta vakuutettu voi purkaa itselleen epäedulliseksi muuttuneen sopimuksen (riskivakuutuksen tapauksessa) tai lopettaa säästämisen. Vakuutusyhtiöt voivat varautua tätä vastaan maksurakenteella, jossa suuri osa kuluista rahoitetaan alkuvaiheen maksutulosta.

Tutkimusten mukaan käänteisen valikoitumisen määrä vaihtelee erilaisten riskien vakuutuksissa ja erilaisissa potentiaalisten vakuutusnottajien ryhmissä. Tästä syystä yleisten tulosten saaminen on vaikeaa ja pitäisi enemmän tutkia sitä, millaisissa olosuhteissa valikoitumista todennäköisimmin syntyy (Cohen ja Siegelman, 2010). Esimerkiksi sekä henki- että eläkevakuutuksen asiakkaiksi valikoituu tavallista pitkäikäisempää joukkoa. Hoivavakuutuksen osalta on huomattu, että vakuutuksen ottaneiden todennäköisyys joutua laitoshoittoon ei poikkea väestön keskiarvoista (Finkelstein ja McGarry, 2006). Taustalla on vakuutusnottajien positiivinen valikoituminen joidenkin piirteiden, kuten riskinkarttamisen, koulutuksen ja tulojen suhteen (Finkelstein ja Poterba, 2006).

Toisaalta hyvä terveys keski-iässä ei takaa sitä, että hoito- ja hoivamenot jäisivät pienemmiksi kuin vähemmän terveillä. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan totuus on päinvastainen (Sun, Webb ja Zhivan, 2010). Keski-iässä terveinä olleet elävät pitempään, ja heidän todennäköisyytensä saada siksi joku sairaus tai päätyä pitkäaikaisen hoivan piiriin ovat suuremmat. Myös se, että heillä ei ennestään ole kroonista sairautta, lisää sellaisen mahdollisuutta elinkaaren loppupuolella.

Informaatio voi olla epäsymmetristä myös sillä tavalla että vakuutusyhtiö tietää riskistä enemmän kuin vakuutusnottaja. Tämä on mahdollista, jos vakuutusyhtiöllä on käytävissä parhaat tilastot, jos yleinen tietämys riskien suuruudesta on heikko ja jos vanhuuden ajan vakuutus otetaan jo nuorena. Informaatiota voi myös olla yhtä paljon molemmilla vakuutus sopimusten osapuolilla, mutta määrä on riittämätön vakuutusmarkkinoiden syntymiseksi.

Jos julkinen valta havaitsee käänteisen valikoitumisen rajoittavan liikaa vakuutuksen kattavuutta tai kohdentavan sen väärään väestönosaan, sillä on useita mahdollisuuksia vaikuttaa asiaan. Vakuutusyhtiöiden mahdollisuutta valikoida asiakkaitaan voidaan rajoittaa kieltämällä esimerkiksi rodun tai aikaisemman sairaushistorian käyttämistä vakuutuksen saamisen tai hinnoittelun perusteena. Vakuutus voidaan myös määrätä pakolliseksi, vaikka vakuutusnottajina olisivatkin yksityiset vakuutusyhtiöt. Esimerkkinä tästä ovat lakisääteinen eläkevakuutus ja liikennevakuutus. Kolmantena vaihtoehtona on, että julkinen valta ottaa itse hoitaakseen vakuutuksen.

Käänteisen valikoitumisen merkitys vaihtelee olosuhteiden mukaan

Terveys eläkkeelle siirryttäessä ei välttämättä ennakoiki pieniä hoito- ja hoivamenoja vanhana

3.2 Yksityinen eläkevakuutus

Eläkevakuutus otetaan pitkään elämisen varalta

Yksityisellä eläkevakuutuksella vakuutetaan odotettua pidemmän elinajan riskiä vastaan. Elinajan pituuden riski vaikeuttaa varautumista vanhuuden varalle säästämällä. Oikein odotetun elinajan mediaanin arvanneista ja siihen varautuneista puolet huomaa elävänsä suunniteltua pitempään.

Elinakariskin vakuutettavuus on vakuutusyhtiön näkökulmasta lyhyellä aikavälillä hyvä. Korvauksina vuosittain maksettavien eläkkeiden lukumäärä on kohtuullisella tarkkuudella arvioitavissa käyttämällä väestötilastoista saatavia eri-ikäisten ihmisten kuolintodennäköisyyksiä.

Hyvin koulutetut elävät pitkään ja ovat kiinnostuneita vakuutuksista

Tarkempi arvio korvausten määrästä edellyttää tietoa siitä, millä tavoin vakuutusyhtiön asiakkaat poikkeavat väestökeskiarvoista. Jos esimerkiksi ihminen tietää oman yksilöhistoriansa perusteella, että hänellä on odotettavissa tavallista pitempi elinaika, niin halukkuus ottaa elinikäinen eläkevakuutus on suurempi kuin muilla. Asiakaskunnan valikoitumisen ongelmaa korostaa se, että hyvin koulutetut, jotka elävät keskimääräistä pitempään, ovat kiinnostuneempia elinikäisestä eläketurvasta kuin muut. Valikoitumista tapahtuu myös vakuutussovimusten piirteiden suhteen. Pitkään elävät ottavat muita useammin vakuutuksia, joissa korvausten painopiste on myöhemmällä iällä ja muita harvemmin vakuutuksia, joissa osa säästö pääomasta maksetaan takaisin vakuutetun kuollessa aikaisin (Finkelstein ja Poterba, 2004). Vakuutusyhtiöt voivat varautua tätä käänteistä valikoitumista vastaan hinnoittelemalla kalliimmiksi vakuutukset, joiden tiedetään kiinnostavan pitkäikäisiä. Korkeampi hinta tekee näistä vakuutuksista kalliita ihmisille, jotka tietävät elinajan odotteensa olevan keskimääräistä lyhyempi.

Eliniän yleinen piteneminen nostaa maksuja ja pienentää eläkkeitä

Pakollisissa eläkevakuutuksissa ei käänteisen valikoitumisen ongelmaa ole, mistä syystä koko väestöä koskevat tilastot kuvaavat tarkemmin vakuutettujen pitkään elämisen riskiä. Toisaalta viime vuosikymmenien aikana on osoittautunut, että koko väestön elinajan pituuden ennustettavuus on pitkällä aikavälillä huono. Ennusteet ovat järjestelmällisesti aliarvioineet toteutunutta ikäänntyneiden kuolintodennäköisyyksien pienentymistä. Eliniän pituusriskiä on Suomen työeläkevakuutuksessa jaettu työikäisten ja eläkkeelle siirtyvien kesken elinaikakertoimella. Pakollisessa vakuutuksessa riskin aliarvioinnista johtuvat rahoitusongelmat voidaan hoitaa myös jälkikäteen nostamalla vakuutusmaksuja. Vapaaehtoisissa vakuutuksissa tämä on vaikeampi toteuttaa.

Moraalikato ei ole ongelma eläkevakuutuksissa

Riskin riippuvuutta asiakkaiden käyttäytymisestä (moraalikadon mahdollisuus) ei pidetä eläkevakuutusten osalta merkittävänä vakuutettavuutta rajoittavana ongelmana. Mahdollisimman suuren hyödyn saaminen vakuutuksesta edellyttää elämistä hyvin pitkään, mutta yksittäisen ihmisen mahdollisuudet vaikuttaa asiaan ovat rajalliset.

Neljäs riskin vakuutettavuuden ehto on riskin toteutumisen harvinaisuus, joka eläkevakuutuksen osalta tarkoittaa sitä, että kuoleman todennäköisyys hajautuu riittävän pitkälle ajalle. Nykyisten väestötilastojen mukaan tämä ei ole ongelma. Taloudelliselta merkitykseltään pitkään elämisen riski on yksi suurimmista riskeistä, mitä ihmiset kohtaavat, joten sikäläkin vakuutettavuus on kunnossa. Riskin toteutuminen on myös helposti todennettavissa.

Vakuutusyhtiö määrittelee riskien jaon vakuutetun kanssa vakuutus sopimuksessa. Suomessa vakuutetut nostavat suurimman osan yksityisistä eläkkeistä suhteellisen lyhyen ajan kuluessa eläkkeelle siirtymisen jälkeen, jolloin kuoleman riski on vielä alhainen. Todellinen pitkään elämisen riski jää vakuutetun kannettavaksi.

Yksilöllisiin eläkevakuutuksiin liitetään meillä lisäksi hyvin usein henkivakuutus. Säästö pääoman turvaava henkivakuutus tunnetaan vakuutetun näkökulmasta houkuttelevana, koska vakuutusmaksu on pieni, jos eläkkeen nosto sijoittuu heti eläkkeelle siirtymisen jälkeen ja nostoaika on lyhyt. Henkivakuutusyhtiön kannettavaksi jäävä elinajan pituuden riski on silloin vähäinen, sillä hengissä pysymisen ja kuoleman varalta otettujen vakuutusten riskit kumoavat pääosin toisensa.

Eläkevakuutuksessa voidaan sopia myös muiden kuin elinajan riskin uudelleenjaosta. Esimerkkinä ovat takuutuoton antavat vakuutukset, jotka siirtävät säästetyn pääoman tuottoon liittyvän riskin vakuutusyhtiön kannettavaksi. Eläkkeet voidaan myös sitoa kuluttajahintoihin, jolloin vakuutusyhtiö kantaa riskin eläkkeiden ostovoiman säilymisestä.

Yhteiskunnan rooli eläkevakuutusten markkinoilla

Suomen lakisääteinen eläkejärjestelmä kattaa valtaosan odotettua pidempään elämisen taloudellisesta riskistä. Lakisääteinen eläketurva koostuu työeläkkeistä ja kansaneläkkeistä. Ansiosidonnaisella työeläkkeellä pyritään turvaamaan aiemman kulutustason säilyminen kohtuullisella tavalla työuran jälkeen. Kansaneläke on asumisperusteinen ja takaa vähimmäiseläkkeen silloin, jos työeläke on pieni tai sitä ei ole ollenkaan. Molempiin liittyy vakuutus turva muidenkin riskien, kuten työkyvyttömyyden tai perheen huoltajan kuoleman varalle.

Pakollisen eläkejärjestelmän ominaispiirteinä on, ettei yksilö voi palkkaa tai yrittäjätuloa ansaitessaan valita, osallistuuko hän eläkejärjestelmään rahoittajana ja etuuksien saajana. Vapaaehtoisen eläkevakuutuksen roolina on täydentää varautumista työtulojen loppumisen ja pitkän elämän varalle. Huomio kiinnittyy silloin siihen, millaiset ovat lakisääteisen eläkevakuutuksen tulevaisuudessa antamat etuudet suhteessa ihmisten odotuksiin ja millä muilla tavoin kuin vapaaehtoisin vakuutusin eläke aikaan voidaan varautua.

Myöhäisen iän kulutustason turvaaminen yksityisellä eläkevakuutuksella on harvinaista Suomessa

Työeläke on keskeinen eläkeikäin elintasolle ja vakuutusturvalle

Lakisääteiset eläkkeet muodostavat tulevaisuudessakin keskeisen osan eläkeläisten käytettävissä olevista tuloista. Kovin täsmällistä arviota niiden suuruudesta on vaikea antaa, koska se riippuu muun muassa työurien pituudesta ja palkkatasosta. Lisäksi työeläkkeiden elinaikakerroin skaalaa eläkkeitä sen perusteella, kuinka paljon eri ikäkohorttien elinajan odote muuttuu. Esimerkiksi vuoden 2009 väestöennusteen perusteella laskettu elinaikakerroin alentaa vuonna 2007 syntyneen eläkettä 24.5 prosenttia, koska tämän ikäkohortin elinajan odotteen ennustetaan nousevan runsaalla 7 vuodella. Kyseisen kohortin siirtyessä eläkkeelle keskimääräinen ansioläke suhteessa keskipalkkaan on Eläketurvakeskuksen laskelman mukaan runsaat 40 prosenttia (Elo ym., 2009). Toinen osittain eliniän pitenemiseen liittyvä eläkkeiden täydennystarve johtuu siitä, että maksussa oleva työeläke jää indeksointinsa vuoksi vähitellen jälkeen samanaikaisesta ansioiden kehityksestä. Tämä eläkkeiden ostovoiman suhteellinen heikkeneminen on sitä suurempi mitä pitempään ihmiset ovat eläkkeellä ja mitä enemmän he kuluttavat työvaltaisia palveluja.

Verojärjestelmä tukee työeläkevakuutusta ja asuntosäästämistä

Veronmaksajat tukevat työeläkejärjestelmää eläkemaksujen verovähennysten kautta. Toki maksettavia eläkkeitä verotetaan aikanaan, mutta verotettavan kuukausieläkkeen nykyarvo on pienempi kuin kuukausipalkan, jolloin valtio ja kunnat jäävät tappiolle. Toinen epäsuorempi tapa tukea vanhuuden ajan kulutusta verotuksella on se, ettei omassa asunnossa asumisesta syntyvää laskennallista asuntotuloa nykyisin veroteta. Lakisääteinen eläkejärjestelmä ja omistusasuminen ovat vähentäneet merkittävästi muun eläkeajalle varautumisen tarvetta.

Yksityisten eläkevakuutusten verokohtelussa on eroja

Myös yksilöllisiä ja kollektiivisia vapaaehtoisia eläkevakuutuksia tuetaan verotuksen keinoin. Työnantajien työntekijöilleen ottamia ryhmäeläkevakuutuksia kohdellaan verotuksessa samalla tavoin kuin lakisääteistä eläkejärjestelmää. Ihmisten itselleen ottamien yksilöllisten eläkevakuutusten vuosittaiset maksimissaan 5 000 euron suuruiset maksut voidaan vähentää verotuksessa pääomatuloveroprosentin mukaan. Samoin maksettavia eläkkeitä verotetaan pääomatuloverotuksen veroasteella. Verotuella on ollut merkittävä rooli eläkevakuutusten markkinoilla. Se oli vuonna 2004 tehdyn kyselyn mukaan noin yhdellä kymmenestä vakuutuksenottajasta tärkein syy yksilöllisen eläkevakuutuksen hankkimiseen (Ahonen ja Moilanen, 2007).

Verovähennysoikeuden ehtona on vuoden 2010 alusta ollut varojen noston aloittaminen aikaisintaan lakisääteisessä eläkeiässä ja niiden ajoittaminen vähintään 10 vuoden ajalle. Tätä 10 vuoden maksuaikaa lyhennetään kahdella vuodella jokaista vuotta kohden, jolla asiakas lykkää varojen nostamista vanhuuseläkeikänsä jälkeen. Maksimilyhennys on kuusi vuotta. Takaisinmaksettu määrä jaetaan vuosien kesken siten, että jäljellä oleva pääoma jaetaan aina tasan jäljellä oleville maksuvuosille. Pitkän nostoaikataulun tavoitteena

on estää varojen käyttö varhaisessa eläkeiässä ja se, etteivät säästöt varhentaiksi siirtymistä eläkkeelle.

Yksilölliselle eläkevakuutukselle annettavan verotuen todellista suuruutta on vaikea arvioida. Jos kaikki verovähennysoikeuden aikaan saama säästäminen on uutta säästämistä, niin valtio ei menetä nettomääräisesti mitään verotuen vuoksi. Toisaalta, jos säästäminen eläkevakuutukseen on vaihtoehtona muulle säästämislle, toteutuvat verotuki määräytyy sen mukaan mikä olisi ollut vaihtoehtoisen sijoituskohteen tuoton verottamisesta saatava verotulo (Lassila, Määttänen ja Valkonen, 2007).

Vapaaehtoisten eläkevakuutusten markkinoiden koko oli vuonna 2009 maksutulolla mitattuna noin 1.1 mrd. euroa.

3.3 Yksityinen terveystakuutus

Yksityisten terveystakuutusten osalta riskien vakuutettavuuden vaatimukset on vaikeampi täyttää kuin eläkevakuutuksessa. Vakuutustapahtumien sattumisen todennäköisyydestä, samoin kuin nykyisistä yksikkökustannuksista on mahdollista saada jonkinlainen kuva julkisen terveydenhuollon tilastoista. Toisaalta keskimääräiset kustannukset voivat kuvata huonosti vakuutusyhtiöiden kohtaamaa todellista tilannetta.

Vakuutettu tietää omista terveystarpeistaan enemmän kuin vakuutusyhtiö ja voi vaikuttaa huomattavan paljon riskien toteutumisen todennäköisyyteen ja niistä syntyviin kustannuksiin. Tästä johtuen käänteisen valikoitumisen ja moraalikadon todennäköisyys on suuri. Vakuutusyhtiön ja vakuutetun lisäksi mukana on yksityistä hoitoa tarjoava osapuoli, jolle voi olla edullista todeta vakuutustapahtuma sattuneeksi ja määrätä laajat tutkimukset, hoidot ja jälkiseuranta. Riskin toteutumisen ja tarvittavien toimenpiteiden tulkinnanvaraisuus heikentää vakuutettavuutta. Korvausten suuruus ei myöskään ole ajassa vakio. Uuden teknologian, lääkkeiden ja hoitomenetelmien kehittäminen on nostanut kustannuksia ja suurentanut maksettuja korvauksia. Viime vuosina ovat tulleet esille lisäksi elämäntapojen muutoksiin, ympäristöongelmiin ja pandemioihin liittyvät kohoavien kustannusten mahdollisuudet.

Vakuutusyhtiöt pyrkivät vastaamaan edellä mainittuihin terveystarpeiden vakuutettavuuden haasteisiin muun muassa omavastuiden, riskien rajaamisen ja terveystarpeiden sopimustuottajien avulla. Riskien rajaamisesta on esimerkkinä terveystietojen selvittäminen etukäteen, jolla voidaan sulkea vakuutuksen ulkopuolelle aiempia vammoja ja sairauksia. Toinen esimerkki riskien jaosta vakuutusyhtiön ja vakuutetun välillä on yksittäisten sairauksien varalta kiinteän vakuutuskorvauksen tarjoavat vakuutukset. Terveystakuutukset

Verotuen vaikutus verotuloihin riippuu siitä, syntyykö uutta säästämistä

Terveystakuutuksessa markkinoiden epäonnistumisen riski on suuri

rajataan lisäksi usein niin, etteivät ne koske kaikkein vanhimpia, joilla riskin toteutumisen todennäköisyys on hyvin suuri. Myös vakuutus sopimuksen tekemisikään sidotut vakuutusmaksut ehkäisevät käänteistä valikoitumista, koska vakuutetulla on nuorena vähemmän tietoa tulevasta terveydentilastaan.

Vapaaehtoisen tapaturma- ja sairauskuluvakuutuksen maksumaksu oli vuonna 2007 noin 241 miljoonaa euroa, kun koko terveydenhuoltomenot olivat runsaat 14.4 miljardia euroa. Maksutulon lähtötaso on alhainen, mutta kasvu on ollut viime vuosina nopeaa.

Julkisen sektorin rooli markkinoilla

Julkisen sektorin rooli on keskeinen Suomen terveydenhuollon rahoituksessa. Kunnat ja sairaanhoitopiirit tarjoavat julkisia alihinnoiteltuja terveyspalveluja, ja Kela korvaa osan yksityisten terveyspalvelujen kustannuksista ja ansioiden menetyksistä pakollisen sairausvakuutuksen kautta. Pakollinen eläkevakuutus antaa turvaa työkyvyn menettämisen varalta. Julkisten terveyspalvelujen saatavuus ja laatu määräävät niiden haluttavuuden suhteessa yksityisiin palveluihin. Saatavuutta on pakko rajoittaa resurssien rajallisuuden ja palvelujen käyttöön liittyvän moraalikadon vuoksi. Pakollisen sairausvakuutuksen korvaustaso puolestaan määrittelee sen, kuinka kalliiksi yksityisten palvelujen käyttö tulee. Kiinteät vakuutuskorvaukset siirtävät riskin yksityisen hoidon kalleudesta kansalaisten kannettavaksi.

Terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuus on luonut kannusteita siirtää kustannuksia muiden osapuolten maksettavaksi. Esimerkiksi lääkkeiden ja sairaankuljetusten Kela-korvaukset lisäävät niiden käytön houkuttelevuutta muun terveydenhuollon kannalta. Verrattuna yksityisessä vakuutustoiminnassa mahdollisesti syntyvään liiallisen hoidon ongelmaan voi väärin kannusteiden tuottama epätarkoituksenmukainen toiminta olla asiakkaan kannalta jopa haitallisempaa.

Terveyspalvelujen kysyntä lisääntyy tulevaisuudessa kotitalouksien tulojen kasvaessa ja hoitojen vaikuttavuuden parantuessa. Myös lääketieteen soveltaminen uusille elämänalueille (medikalisoituminen) edistää palvelujen kysyntää. Julkisen sektorin tarjoamat palvelut, asiakasmaksut ja sairausvakuutuksen korvauskäytäntö ohjaavat valintoja yksityisten ja julkisten palvelujen käytön välillä. Samalla ne vaikuttavat yksityisten vakuutusten kysyntään. Mitä laadukkaampia ja kattavampia ovat julkiset palvelut ja mitä vähemmällä jonottamisella ne ovat saatavilla, sitä vähemmän yksityisille vakuutuksille on tarvetta.

Pakollisen sairausvakuutuksen korvaustaso vaikuttaa kahdella tavalla yksityisten vakuutusten tarpeeseen. Korkeammat korvaukset lisäävät yksityisten suurelta osin itse kustannettujen terveyspalvelujen käyttöä, mutta alentavat niiden käytöstä koituvia kustannuksia.

Julkisen sektorin rooli on keskeinen terveysvakuutusten kysynnän kannalta

Myös sairausvakuutuksen osarahoittama työterveyshuolto vähentää yksityisten terveystakuutusten tarvetta. Työterveyshuolto on vähitellen laajentunut kattamaan suuren valikoiman tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä. Sen tarve on kasvanut julkisen terveydenhuollon jonojen pidentyessä.

Julkisen sektorin keskeinen asema terveystalvelujen tuotannossa ja rahoituksessa altistaa terveystakuutusten markkinat poliittisille riskeille. Ihmisten tulevaisuudensuunnittelu ja vakuutusyhtiöiden tuotekehitys edellyttävät tietoa siitä, mitkä ovat julkisen sektorin kantaman vastuun rajat. Suomessa yksittäisillä kunnilla on paljon vaikutusvaltaa näiden rajojen määrittämisessä, ja erot kuntien taloudellisessa tilanteessa ja rahojen käytön tärkeysjärjestyksessä tuottavat erilaisia lopputuloksia. Tämä on koettu ongelmaksi kansalaisten tasa-arvon kannalta ja se myös vaikeuttaa vakuutusmarkkinoiden syntymistä. Hoitotakuu on esimerkki toimenpiteestä, jolla valtio voi yhtenäistää pelisääntöjä.

3.4 Yksityinen hoivavakuutus

Hoivavakuutusten tarkoitus on korvata kustannuksia, jotka johtuvat siitä, että vakuutettu tarvitsee apua jokapäiväisessä elämässään. Vanhusten pitkäaikaishoidon kustannusten vakuutettavuus riippuu osittain siitä, millaisten kustannusten korvauksista on kysymys. Laitoshoidon osalta tietopohja riskien suuruudesta on parempi kuin kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen tarpeiden osalta. Molempien riskien vakaas ajassa on vakuutusten aikavälin kattamalla pitkällä ajanjaksolla epäselvä ja kytköksissä elämäntapojen kehitykseen ja terveydenhoidon edistymiseen. Viime vuosikymmenien kokemukset ovat tässä suhteessa olleet positiiviset sikäli, että odotettavissa olevien terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien määrä on lisääntynyt suunnilleen samaa tahtia kuin elinajan odote.

Laitoshoidossa ja tehostetun palveluasumisen piirissä oli vuoden 2008 lopussa 5.6 prosenttia 65 vuotta täyttäneestä väestöstä ja 23.3 prosenttia 85 vuotta täyttäneistä. Säännöllisen kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen osalta vastaavat yhteenlasketut luvut olivat 7.2 ja 23.9 prosenttia. Vakuutettavuuden näkökulmasta todennäköisyydessä päätyä erilaisten hoivapalvelujen asiakkaaksi ja siitä seuraavassa kustannusten suuruudessa on riittävästi asiakaskohtaista vaihtelua. Laitohoito on erityisesti pitkittyessään kallista. Yksilön vastuu hoivan kustannuksista nousee suurimmillaan nykyisin lähes 85 prosenttiin tuloista. Tämä tekee riskistä taloudellisesti riittävän merkittävän, jotta se on vakuutuskelpoinen.

Muiden maiden markkinoilla on tarjolla kahta päätyyppiä hoivavakuutuksia. Toinen korvaa hoivatarpeen ilmetessä kustannuksia

Työntekijöiden hoitoon pääsyn nopeuttaminen on yrityksille tärkeää

Julkisen vastuun rajat ovat epäselvät terveystalveluissa

Hoivatarpeen riski on suuri, mutta vaihtelee paljon yksilöiden välillä

Kiinteän korvaussumman tarjoava vakuutus on yksinkertaisempi kuin kustannukset korvaava

Hoivavakuutukset tulevat halvemmaksi ajoissa otettuna käänteisen valikoitumisen vuoksi

Ihmisten halu asua kotona pienentää laitoshoidon riskiä, mutta suurentaa kotiaavun tarvetta

niiden suuruuden mukaan vakuutus sopimuksessa mainittuun ylärajaan asti. Vakuutus voi korvata esimerkiksi kotiin saadun hoidon työ- ja hoivakustannuksia, esteettömän asuin ympäristön rakentamista tai laitoshoidon maksuja. Toinen tyyppi tarjoaa tietyn kiinteän yleensä kuukausittain maksettavan summan vakuutus tapahtuman sattuessa. Summan suuruus ja sen saamiseksi ehdot on kuvattu vakuutus sopimuksessa. Rahan voi käyttää harkintansa mukaan. Vakuutus yhtiön kannalta jälkimmäinen tuote on yksinkertaisempi, ja siinä riskit hoivakustannusten noususta siirretään vakuutetulle. Molemmissa tuotteissa korvauksia voidaan saada joko määräajan tai vakuutetun kuolemaan asti.

Asiakkaiden valikoituvuus on hoivavakuutuksissa ilmeinen ongelma, mutta siihenkin voidaan vaikuttaa edellyttämällä terveys- tietoja ja kytkemällä vakuutusmaksut ikään, jolloin vakuutus otetaan. Keskustelua on käyty siitä, kuinka tarkkaa tietoa vakuutus yhtiön pitäisi saada esimerkiksi elintavoista tai vakuutetun geeniperimästä.

Valikoitumisen haittoja on myös pienennetty yhdistämällä eläke- ja hoivavakuutus. Ihmiset, jotka odottavat elävänsä pitkään, haluavat eläkevakuutuksia. Toisaalta näiden samojen ihmisten todennäköisyys joutua pitkäaikaishoivan piiriin on keskimääräistä pienempi. Yhdistetyllä vakuutuksella saadaan vakuutuksenottajien joukko laajemmaksi ja vakuutusten hinnoittelu vastaamaan paremmin riskejä. Se myös vähentää varovaisuussäästämisen tarvetta ja antaa siten mahdollisuuden sitoa suuremman osan tulovirrasta annuiteetiksi. Yksinkertaisimmillaan vakuutus tarkoittaa sitä, että vapaaehtoisen eläkevakuutuksen kuukausittain maksettavaa summaa korotetaan hoivatarpeen ilmetessä.

Moraalikato vanhusten pitkäaikaishoidossa tarkoittaa sitä, että vakuutetut lisäävät hoidon tarvetta käyttäytymisellään. Tämä on epä- todennäköistä laitoshoitoon siirtymisen osalta, koska suurin osa vanhuksista haluaa asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Sen sijaan mahdollisuus kotihoidon tukeen saattaa vähentää omia ponnistuksia terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Moraalikadon mahdollisuutta vähennetään tyypillisesti sillä, että vakuutus korvausten saanti edellyttää kustannusten rahoittamista itse muutaman ensimmäisen kuukauden aikana tarpeen syntyneen jälkeen.

Vakuutukset voivat olla joko riskivakuutuksia, säästö- vakuutuksia tai niiden yhdistelmänä myytäviä rahastoituja riskiva- kuutuksia. Riskivakuutuksissa vakuutusmaksut käytetään samana vuonna maksettavien korvausten kattamiseen. Säästövakuutuksissa vakuutusmaksuja kerätään asiakkaan omien menojen kattamiseen. Säästövakuutukseen voidaan liittää myös henkivakuutus, jolloin perilliset saavat ainakin osan säätyneestä summasta, jos vakuutettu kuolee ennen hoivariskien realisoitumista. Vakuutusten rahoittami- seksi voidaan myös yhdistää käänteinen asuntolaina tai -kauppa ja hoivavakuutus.

Julkisen sektorin rooli

Yhteiskunnan rooli hoivavakuutusmarkkinoiden synnyssä on suuri. Julkisen lupauksen merkitys on hoivan osalta keskeinen, koska se koskee alihinnoiteltujen palvelujen saatavuutta ja laatua ja omakustannusosuuden suuruutta. Yksilöiden tulevaisuudensuunnittelu ja vakuutusyhtiöiden tuotekehitys edellyttävät julkisen sektorin kantaman vastuun selkeyttämistä. Asiaa pohtinut hoitovakuutustyöryhmä (2001) suositti muun muassa että yksityinen hoitovakuutus ei saisi vaikuttaa julkisten palvelujen saatavuuteen, eikä asiakasmaksuihin. Lisäksi vakuutustoimintaan kohdistuva sääätely, kilpailuolosuhteet ja verotus vaikuttavat potentiaalisten vakuutusmarkkinoiden kokoon ja vakuutustoiminnan kannattavuuteen. Yksityisen vakuutustoiminnan laajenemiseen liittyy myös poliittista vastustusta. Se perustuu siihen, että jotkut näkevät yksityisen sektorin vakuutusten syrjäyttävän julkisen sektorin tarjoaman turvan tarvetta ja heikentävän sen legitimitettä. Tarve julkisen ja yksityisen vastuun kumppanuuteen on kuitenkin ilmeinen.

3.5 Ps-tilit

Vuoden 2010 alusta tuli Suomessa mahdolliseksi säästäminen vanhuuden varalle uuden verotuetun välineen, ps-tilin avulla. Verotuen ehdoiksi asetettiin samanlaiset nostosäännöt kuin vapaaehtoisessa eläkevakuutuksessakin.

Verotuen laajentamista vapaaehtoisten eläkevakuutusten ohella tuotteisiin, joissa ei ole vakuutusominaisuutta, perusteltiin ensisijaisesti kilpailun lisääntymisellä ja sitä kautta pitkäaikaissäätämisen kulujen alenemisellä. Tavoitteena oli, että pienemmillä kuluilla yksilön säästämästä määrästä suurempi osa palautuu säästäjälle eläkkeenä. Sen myötä ajateltiin julkishallinnon verotulojen kasvavan ja menojen vähenevän, koska eläkesäästäjillä olisi enemmän rahaa käyttää itse rahoittamiinsa hoiva- ja terveystalveluihin.

Kun ps-tiliä verrataan sellaiseen eläkevakuutukseen, jossa nostoaika on lyhyt ja johon liittyy henkivakuutus, se tuleekin olemaan kilpailukykyinen. Muiden tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta valittu väline on kuitenkin riittämätön ja huonosti kohdistettu.

Yksinkertaisin tapa edistää kilpailua olisi ollut sallia täysi kilpailu säästövaroista siihen asti kun varat on järkevää muuttaa eläke- tai hoivavakuutukseksi. Tämä menettely erottaisi toisistaan säästämisen ja vakuutuksen ottamisen. Vakuutusyhtiöidenkin kilpailuttaminen tulisi tällöin kuluttajille helpommaksi, koska kysymys olisi vain vakuutuksen hinnasta eikä säästämisen kustannuksista. Vakuutusyhtiöiden välistä kilpailua voitaisiin edistää myös lisää-

Julkisen lupauksen rooli on hoitovakuutusten markkinoiden synnyssä keskeinen

Ps-tili on parempi vaihtoehto kuin mahdollisimman pian nostettu eläkevakuutus

mällä merkittävästi tuotteiden hinnoittelua koskevaa pakollista informaatiota tai viime kädessä standardoimalla tuotteiden keskeiset ominaisuudet.

Ps-tilien nostosääntöjen vaikutukset myöhäisen vanhuuden elintason ja eläkeikään jäävät todennäköisesti marginaalisiksi. Niitä voidaan kiertää helposti. Vaikka varat kulutettaisiin myöhennetyn aikataulun mukaan, niin nostot on haluttaessa mahdollisuus ajoittaa silti eläkeiän varhaisimpiin vuosiin, jolloin lakisääteisten eläkkeiden ostovoima suhteessa terveys- ja hoivapalvelujen hintaan on vielä suuri ja palvelujen tarve pieni. Toisaalta säännöt antavat mahdollisuuden välttää pääomatulojen verotus ja kartuttaa varallisuutta perintöjä varten verovapaasti vielä eläkeajanakin.

Ps-tilien käyttöönoton yksi perustelu oli vanhuuden varalle säästämisen lisääntyminen. Tutkittua tietoa säästämisen määrän herkkyydestä verotuksen suhteen on vähän. On kuitenkin perusteltua epäillä, ettei uuden säästämisen määrä ole kovin suuri. Pikemminkin kyse on siitä, että nykyistä suurempi osa varallisuudesta sidotaan veroedulla purettavaksi eläkkeelle siirtymisen jälkeen. Arviota lisäsäästön vähäisyydestä voidaan perustella sillä, että kevyesti verotettuja säästämiskohteita on jo nykyisin olemassa. Tärkeimmät eläkeikaan varautumisen muodot ovat omistusasunto ja lakisääteinen eläkevakuutus. Molempia niitä tuetaan verotuksellisesti enemmän kuin ps-tilijä. Lisäksi monilla lisäsäästämistä suunnittelevilla on jo yksilöllinen eläkevakuutus.

Jos vanhuuden ajan kulutusta halutaan tukea, järkevintä olisi kohdistaa tuki siten, että menetetään mahdollisimman vähän nykyistä kulutusta ja verotuloja, mutta saadaan aikaan paljon vakuutusturvaa. Tällaisessa vaihtoehdossa verotuki voisi esimerkiksi edellyttää, että vakuutusturva koskee vasta yli 75-vuotiasta ja se ulottuu kuolemaan asti. Säästämisvaiheen ja vakuutuksen hankinnan eriyttäminen antaisi mahdollisuuden kilpailuttaa rahoituslaitoksia.

Vakuutuksia hyväksi käyttämällä nykyisestä kulutuksesta luopumista tarvittaisiin vain murto-osa siihen verrattuna, että sama vanhuudenturva hoidettaisiin tavanomaisella säästämisellä. Loput varansa ihmiset voisivat käyttää miten ja milloin haluavat, ilman verotukea. Säästöjen maksimointi ei ole itse tarkoitus, vaan vanhuuden ajan elintason säilyminen kohtuullisena.

Ps-tilit eivät saa aikaan paljolta säästämistä vanhuuden varalle

Tehokkain tapa yhdistää kilpailu ja vanhuudenturva on ehdollistaa verotuki elinikäisen eläkevakuutuksen otolle

4 Riskienhallinta julkisen talouden ja talouspolitiikan kannalta

Tässä luvussa perustellaan ensin hyvinvointivaltion tärkeyttä ikääntymiseen liittyvien riskien hallinnassa. Julkisen sektorin on taattava terveyspalvelujen ja vanhushoivan saatavuus ja eläkeiän perustoi-meentulo, ne eivät voi olla vain vapaaehtoisesta varautumisesta riippuvia.

Toiseksi todetaan, että edellä olevasta peruslinjauksesta ei voi johtaa julkisten hyvinvointietuuksien suuruutta. Monien etuuksien kysyntä on rajatonta, ja julkisen vallan täytyy asettaa rajat. Alaraja määräytyy pienimmästä vielä inhimilliseksi katsottavasta etuustasosta. Käytännössä etuuksien suuruus riippuu julkisen rahoituksen sopivaksi katsotusta määrästä.

Kolmanneksi pohditaan, mikä on yksityisen varautumisen hyvinvointivaltiota täydentävä rooli ja minkälaiset mittasuhteet näiden välillä olisivat hyviä. Hoivassa yksityinen varautuminen lisää valinnanvapautta, terveydenhoidossa se voi myös mahdollistaa hoitojonojen välttämisen. Eläkkeissä rooli on lakisääteisen eläketurvan täydentäminen. Tässä osassa kysytään myös, kannattaako julkisella politiikalla tukea yksityisen vakuutuksen täydentävää roolia ikääntymiseen liittyvien menoriskien hallinnassa.

Vuonna 2001 ilmestyneessä kirjassaan *The Welfare State as Piggy Bank* Nicholas Barrilla on kolme teesiä. Hyvinvointivaltiolla on ensinnäkin merkittävä säästöpossurooli – se siirtää rahaa ihmisen elinkaaren eri vaiheiden välillä. Toiseksi, hyvinvointivaltio on ja pysyy – se on täällä jäädäkseen. Kolmanneksi, hyvinvointivaltio mukautuu ja muuttuu taloudellisten ja sosiaalisten olosuhteiden mukana. Barrin ajatukset julkisen sektorin roolista ovat suuresti vaikuttaneet tähän tutkimukseen ja erityisesti tähän lukuun.

4.1 Hyvinvointivaltion rooli

Julkisella taloudella on kaksi lähtökohtaa sosiaalivakuutuksen ja yksityisen vakuutuksen, ja laajemmin sosiaaliturvan ja yksityisen varautumisen, yhteistyön ja rajan vedon pohdinnassa. Ensinnäkin,

Julkisen sektorin on sekä tarjottava kansalaisille turvaa että rajoitettava sen kustannuksia

kansalaisille on tarjottava turvaa. Toiseksi, turvan aiheuttamia kustannuksia on rajoitettava.

Perusturvan tarjoaminen on julkisen vallan poliittinen velvollisuus, ja myös eräät taloudelliset tehokkuusnäkökohdat tukevat sitä. Kustannusten rajoittamistehtävä tulee siitä, että tietynlaisen turvan, kuten alle tuotantokustannusten hinnoiteltujen terveyspalvelujen, kysyntää ei voida tyydyttää, joten tarjonta ratkaisee niiden käytön määrän. Julkisen talouden on päätettävä mihin raja vedetään.

Tämän kirjan teemaan liittyy ehkäpä tärkein hyvinvointivaltion perustelu: vanhuusajan riskien hallintaan ja niihin varautumiseen liittyvät informaatio-ongelmat tekevät puhtaasti markkinaehtoisen varautumisen tehottomaksi. On yksilöiden hyvinvointia lisäävää järjestää erityisesti riskienhallinnan rahoitus suurelta osin julkisen sektorin kautta.

Miksi terveydenhoidossa julkisella sektorilla on keskeinen rooli?

Markkinaehtoinen toiminta on Barrin (2001, s. 25) mukaan yleensä sitä tehokkaampaa mitä

1. parempaa on kuluttajalla oleva informaatio
2. pienempiä ovat informaation parantamisen kustannukset
3. helpompaa on informaation ymmärtäminen
4. matalampia ovat huonojen valintojen aiheuttamat kustannukset
5. suurempia ovat erot kuluttajien mieltymyksissä.

Yllä oleva lista muodostaa selkeän, voisi sanoa ratkaisevan syyn sille, että terveydenhoitopalveluita ei ole järkevää järjestää markkinaehtoisesti, jos tavoitteena on kansalaisten hyvä terveys. Erityisesti kohdat 3 ja 4, informaation ymmärtämisen vaikeus ilman lääketieteellistä koulutusta ja huonojen valintojen mahdollisesti peruuttamattomat seuraukset, ovat keskeisiä selityksiä sille, että lähes kaikissa kehittyneissä maissa terveydenhoidon *rahoituksen* perustan muodostaa julkinen vakuutus- tai muu rahoitusjärjestelmä. Kohdat 1 ja 2 perustelevat sitä, että terveyspalvelujen tarjonta ja tuotanto on voimakkaasti säänneltyä ja valvottua. Terveyspalvelujen tuotanto voi kyllä olla yksityistä, vaikka sekin useimmissa maissa on pääosin julkista.

Miksi julkisella sektorilla on tärkeä rooli vanhushoivassa?

Osa niistä informaatio-ongelmista, joiden ratkaisu vaatii julkista rahoitusta terveydenhoidossa, on merkittäviä myös vanhushoivassa. Keskeinen on kohta 4, huonojen valintojen seuraukset. Huono valinta tässä on olla varautumatta mahdolliseen hoivatarpeeseen. Jos ei olisi julkista sektoria tarjoamassa hoivaa, osa kansalaisista jättäisi varautumisen tekemättä, jolloin riskin toteutuessa ajaututtaisiin

sivistysvaltiossa sietämättömään tilanteeseen: hoivaa tarvitseva vanhus jäisi sitä ilman. Julkisen sektorin on siis tarjottava poliittisen päätöksenteon riittäväksi katsoma perusturva.

Informaatio-ongelmat ovat hoivassa pienemmät kuin terveydenhoidossa. Hoivaa koskeva informaatio on helpompaa ymmärtää. Huonoksi havaittujen päätösten seuraukset – muuten kuin etukäteisvarautumisen osalta – ovat hoivan osalta helpommin muutettavissa kuin epäonnistuneiden terveyspalvelujen hankintavalintojen.

Hoivan kustannukset ovat pääosin hoivahenkilökunnan palkkaukseen ja hoivattavan asumiseen liittyviä. Tällaiset menot ovat periaatteessa jo paljon useamman ihmisen säästämismahdollisuuksien piirissä kuin potentiaalisesti suuret terveysmenot, ja vakuutusmarkkinoiden toimintaedellytykset ovat paremmat. Jos siis julkista hoivapalvelujen rahoitusta voisi tehokkaasti täydentää omin varoin, voisi löytyä hyvä yhdistelmä kansalaisten hyvinvointia ja tiukkaa julkista taloudenpitoa.

Miksi pakollinen eläketurva on hyvä?

Keskeinen perustelu pakolliselle eläketurvalle on sama kuin hoivallekin: ilman sitä osa kansalaisista jättäisi kuitenkin varautumisen vanhuuden varalle tekemättä. Perustelu on voimakas, ja kaikissa kehittyneissä maissa jonkintasoinen eläketurva on pakollinen. Taso kuitenkin vaihtelee paljon.

Ageing and Income -tutkimuksen (OECD, 2001) mukaan jokaisessa tutkimuksen maassa (Alankomaat, Italia, Japani, Kanada, Ruotsi, Saksa, Suomi, Yhdistynyt kuningaskunta, Yhdysvallat) ja tulojakauman jokaisessa desiilissä, eläkeläisten käytettävissä olevat tulot olivat keskimäärin 70–80 prosenttia työelämänsä viime vaiheissa olevan vastaavan ryhmän käytettävissä olevista tuloista. Näin siitä huolimatta, että eläkejärjestelmät näissä maissa poikkeavat toisistaan erittäin paljon. Tarkastelussa olivat mukana työtulot, eläkkeet, muut tulonsiirrot, omaisuustulot ja erilaiset ylisukupolviset järjestelyt. Tärkeä sana on keskimäärin: vaihtelu on huomattavasti suurempaa maissa, joissa pakollinen eläketurva on matala, kuin Suomen kaltaisissa melko korkean pakollisen eläketurvan maissa.

Tutkimuksesta voidaan siis päätellä, että eläkeajan kulutusmahdollisuuksia pyritään turvaamaan keskimäärin samantasoisesti, mutta mitä enemmän jää ihmisten omien päätösten varaan, siitä suurempia ovat vaihtelut. Tämä on luonnollista, koska ihmisten toiveet, kyky säästää ja kaukonäköisyys vaihtelevat.

Suomen lakisääteinen eläketurva koostuu työeläkkeistä ja kansaneläkkeistä. Työeläkkeellä pyritään turvaamaan aiemman kulutustason säilyminen kohtuullisena työuran päättymisen jälkeen. Kansaneläke on asumisperusteinen ja takaa vähimmäiseläkkeen silloin, jos työeläke on pieni tai sitä ei ole ollenkaan. Keväällä 2011

Hoivassa informaatio-ongelmat ovat pienempiä kuin terveydenhoidossa

on tarkoitus ottaa käyttöön myös takuueläke, joka kohdistuu pientä eläketuloa saaville. Takuueläkkeeseen on oikeus myös 16 vuotta täyttäneellä työkyvyttömällä maahanmuuttajalla ja 65 vuotta täyttäneellä maahanmuuttajalla. Työeläke, kansaneläke ja takuueläke ovat verotettavaa ansiotuloa, vaikkakin eläketulovähennys tekee kansaneläkkeestä käytännössä verottoman. Eräät kansaneläkkeeseen liittyvät tuet ja lisät ovat verottomia.

Suomalaisten eläkeläisten rahatuloista valtaosa, lähes 90 prosenttia, on nykyisin lakisääteisiä eläkkeitä. Eläkeläiskotitalouksien toimeentulon taso on talouden kasvun myötä noussut merkittävästi. Lakisääteiset eläkkeet takaavat myös sen, että köyhyysriski eläkeikäisenä on pieni. Toisaalta, verrattaessa vanhoja EU-maita keskenään, suomalaisten eläkeläisten keskimääräinen ostovoima on alhainen suhteessa sekä oman maan työikäisten ostovoimaan että EU-maiden eläkeläisten ostovoimaan (Ahonen, 2006). Tämä johtuu osittain siitä, että valtaosalla nykyisiä eläkeläisiä ei ehtinyt olla täyttä työuraa työeläkejärjestelmän piirissä.

Lakisääteiset eläkkeet muodostavat tulevaisuudessakin keskeisen osan eläkeläisten rahatuloista. On kuitenkin mahdotonta sanoa kuinka merkittävän, koska talouden kasvun myötä tulot ja varallisuus kasvavat ja vanhuuden ajan toimeentulon järjestämiseen tulee uusia mahdollisuuksia sekä yksilöille että yhteiskunnalle. 1990-luvun alun jälkeen eläkejärjestelmään tehtyjen muutosten vaikutukset tulevat ajan kuluessa näkyviin. Erityisesti elinikäiden nousu korostaa eläkkeiden indeksoinnin ja elinaikakertoimen seurauksia eläketulojen suhteelliselle suuruudelle. Todella pitkään eläminen johtaa eläkkeen jäämiseen pieneksi suhteessa samaan aikaan elävien palkansaajien ansioihin.

Hyvin pitkään eläminen johtaa eläkkeen jäämiseen pieneksi suhteessa samaan aikaan elävien palkansaajien ansioihin

4.2 Hyvinvointivaltion mittakaava – julkiset hyvinvointimenot väestön ikääntyessä

Taloudellinen tehokkuusajattelu tuottaa siis sen johtopäätöksen, että julkisen sektorin on tarjottava turvaa vanhuusajan riskien toteutuessa. Turvan tasoa tästä ei kuitenkaan voi johtaa. Barr (2001, s. 265-) pohtii, mikä pitäisi olla toiminnan mittakaava sosiaalivakuutuksessa, siis mikä on julkisten hyvinvointimenojen optimaalinen määrä. Hän toteaa, että jos hyvinvointimenot tuntuvat olevan kestävämmällä tasolla, tästä ei seuraa, että yksityistäminen on hyvä ratkaisu. Pikemminkin johtopäätös on, että julkisten menojen vähentäminen on oikein. Etujen suuruus on siis suurelta osin budjetin tasapainokysymys.

Rahoituksellisen kestävyuden kannalta optimaalinen etuuk- sien suuruus on kylläkin yhteydessä siihen, millaiset ovat niiden määräytymissäännöt. Esimerkkinä on lakisääteinen eläketurva, jossa

etuuksien suuruus on kytketty elinkaaren aikaisiin tuloihin. Jos työntekijä rahoittaa suuremmalla työpanoksellaan itse etuustasonsa kasvattamisen, sillä ei ole suurta vaikutusta rahoitustasapainoon.

Miltä julkisen talouden tilanne siis näyttää? Väestön ikäännytyessä eläkemenot sekä julkiset terveys- ja hoivamenot kasvavat ja työikäisten veronmaksajien määrä vähenee. Finanssikriisi on huonontanut julkisen talouden asemaa ja vaikeuttanut sen mahdollisuuksia vastata väestön ikääntymisen mukanaan tuomiin haasteisiin. Julkinen velka on korkeampi, työttömyys on kasvanut, ja odotukset talouden tulevasta kasvusta ovat pessimistisiä.

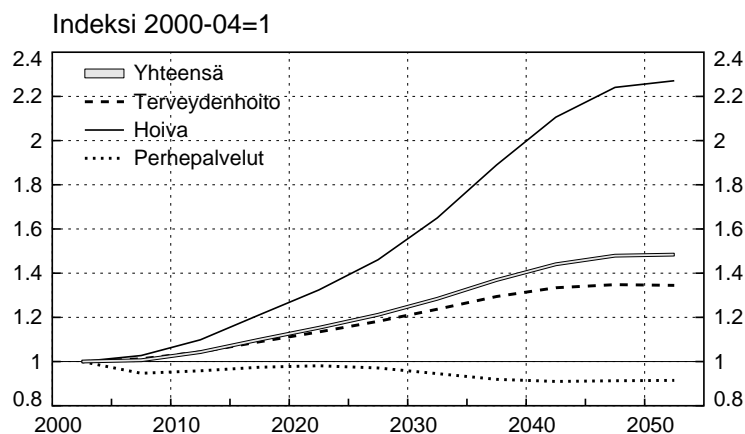
On realistista odottaa, että nykyinen verotaso ei suurella todennäköisyydellä riitä näiden menojen rahoittamiseen; menojen ja tulojen pitkän aikavälin erotus on lisäksi huomattava, useita prosenttiyksikköjä bruttokansantuotteesta. Kestävyyssvajearviomme³ on noin 3 prosenttia bruttokansantuotteesta. Jos siis verotuloja kasvatettaisiin ja julkisia menoja leikattaisiin, välittömästi ja pysyvästi, yhteensä kolmen prosentin verran suhteessa kokonaistuotantoon, menot saataisiin rahoitettua ainakin tämän vuosisadan loppuun asti.

ETLAn arvio julkisen talouden kestävyysvajeesta on hieman pienempi kuin muiden tahojen (ks. Korkman ym., 2010). Eri kestävyysarvioiden eroavaisuuksiin ei kuitenkaan kannata kiinnittää suurta huomiota. Tällaisiin hyvin pitkän ajan laskelmiin liittyvä epävarmuus on aina suuri. Arvioimme (Lassila ja Valkonen, 2008), että väestöriskit ja sijoitusten tuottoriskit huomioon ottaen 80 prosenttia ennusteväli kestävyysvajeelle on noin 4 prosenttiyksikköä. Epävarmuutta lisää myös se, ettemme tiedä, miten pitenevät eliniät ovat yhteydessä terveys- ja hoivapalvelujen tarpeeseen. Toteutuneeseen palvelujen kysyntään vaikuttaa voimakkaasti paitsi palvelujen tarve, niin myös niiden tarjonta, hinta ja kansalaisten taloudellinen tilanne.

Kuvio 4.1 esittää yhden arvion terveys- ja hoivamenojen kiinteähintaisesta kehityksestä vuosituhaten alusta 2050-luvulle. Arviot perustuvat vuoden 2006 ikäryhmittäisiin sosiaalimenoihin. Tulevaisuuteen niitä on projisoitu osittain ikäryhmien ennustetun henkilöluvun perusteella, osittain kuolevuuden ennustetun kehityksen mukaan. Väestöennuste on Tilastokeskuksen v. 2009 julkaisema. Laskentatapaa on selostettu liitteessä 2.

³ Laskelmassa väestö on Tilastokeskuksen v. 2009 ennusteen mukainen vuoteen 2060 asti. Siitä eteenpäin väestöä on jatkettu olettaen, että kuolevuudet edelleen alentuvat ja nettosiirtolaisuus on olematonta. Työn tuottavuuden kasvu on 1.75 prosenttia vuodessa. Julkiset tulonsiirrot on indeksioitu ansiotason kehitykseen. Työeläkerahastojen reaaliutuoksi oletetaan 3.9 prosenttia vuodessa. Valtion velan vuotuinen reaalkorko on 3 prosenttia. Terveys- ja hoivamenojen riippuvuus väestökehityksestä on mallitettu tämän tutkimuksen liitteessä kerrotulla tavalla.

Eläkemenot ja julkiset terveys- ja hoivamenot uhkaavat kasvaa suuremmiksi kuin mitä nykyisellä veroasteella voidaan rahoittaa

Kuvio 4.1 Sosiaalipalvelut

Lähde: ETLAn laskelmat.

Terveystenhoitopalvelut kasvavat laskelman mukaan reaalisesti noin 35 prosenttia nykytasoltaan. Hoivapalveluissa kasvu on 130 prosenttia. Se tulee vanhuuden aikaan kohdistuvasta hoivasta. Perhepalvelut riippuvat erityisesti lasten lukumäärästä, ja niiden tarve laskee lapsiluvun pienentyessä.

Yhdistettynä finanssikriisiin vuoksi heikentyneeseen julkisen talouden tilanteeseen edellytykset tällaiselle menojen reaaliselle kasvulle eivät ole hyvät. Menojen kasvattamiseen liittyvää verotuksen tasoa voivat päättäjät pitää liian korkeana. Riskit etuuksien leikkaamisesta ovat siis ilmeiset.

Ikääntymislaskelmissa ei yleensä oteta huomioon yksinasumisessa tapahtuvia muutoksia, vaikka tutkimusten perusteella tiedetään, että yksinasuvien aiheuttamat terveys- ja hoivamenot ovat keskimäärin suurempia kuin muiden henkilöiden. Yksinasuvien määrän kasvun mukaan ottaminen laskelmiin ei kuitenkaan olennaisesti muuta tuloksia verrattuna tavanomaisiin ikääntymislaskelmiin, jos luvussa 2 esitetty perheprojektio toteutuu. Yksinasumisen suhteellinen osuus ei sen mukaan olennaisesti muutu 2000-luvun alun tasolta. Vanhojen yksinasuvien ihmisten määrän kasvu on silloin seurausta väestön ikärakenteen muutoksesta. Yksinasumisen lisääntyminen onkin nähtävä yksilöiden valintatilanteisiin olennaisesti vaikuttavana kehityssuuntana, jonka hyvinvointivaikutukset voivat olla suuria, mutta joka ei sellaisena ole uhkana julkisen talouden kestävyydelle, joka synkentää väestön ikääntymisen aiheuttamia menonäkymiä.

4.3 Sosiaaliturvan ja -vakuutuksen organisoinnista ja ennustettavuudesta

Sosiaaliturvan ja sosiaalivakuutuksen eri osa-alueet on organisoitu aiheesta riippuen eri tavalla. Ansiosidonnaiset eläkkeet hoidetaan hajautetusti lakisääteisen eläkejärjestelmän kautta. Eläkevakuutusyhtiöt, -säätiöt ja -kassat hoitavat yksityisalojen eläkkeet. Keva maksaa kuntien ja vuoden 2011 alusta myös valtion työntekijöiden eläkkeet. Vuoden 2005 uudistuksen jälkeen kertyvät eläke-etuudet riippuvat työurista eri sektoreilla hyvin samanlaisesti. Ennen uudistusta eläkesäännöissä oli eroja, jotka näkyvät maksettavissa eläkkeissä vielä pitkään. Jos työeläke jää pieneksi tai sitä ei ole kertynyt ollenkaan, kansaneläke ja jatkokassa myös takuueläke turvaavat perustoimeentulon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastuu on kunnilla. Lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali- ja terveyspalveluja asukkailleen, mutta ei sääntele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä tai järjestämistapaa. Joidenkin palvelujen, esimerkiksi kiireellisen sairaanhoidon, turvaamiseksi kunnalla on velvollisuus varata riittävä määräraha näitä palveluja varten. Suuressa osassa muita sosiaali- ja terveyspalveluita niiden saatavuus ja määrä riippuvat kunnan varaamista määrärahoista.

Yksilön kannalta eläketurva on periaatteessa hyvin määritelty. Hänelle lähetetään vuosittain tietoja kertyneistä työeläkeoikeuksista ja tietyn iän jälkeen myös laskelmia tulevasta eläkkeestä ja hän saa pyynnöstä niistä tarkempia tietoja. Tämä tarjoaa hyvän tietopohjan lisäeläketurvan tarpeellisuutta harkittaessa.

Terveys- ja hoivapalveluissa tilanne omaehtoisen varautumisen suunnittelun kannalta on paljon huonompi. Kuntien rahoitustilanne ja palvelurakenne vaihtelevat suuresti. Tulevaisuuden ennakointi on siis vaikeata. Valtakunnallisen tason rahoitusjärjestelyt sekä terveydessä että hoivassa ovat tärkeitä pohdittavia, koska niiden avulla voitaisiin päästä kuntakohtaisesta poliittisesta epävarmuudesta ja monikanavaisen rahoitusjärjestelmän aiheuttamasta osaoptimoinnista.

Sosiaaliturvan yksi etu on, ettei sen kaikkia piirteitä ole välttämätöntä aivan tarkasti määritellä etukäteen. Tämä on hyödyllistä ennakoimattomien riskien osalta. Sen sijaan nykyisin tarjolla olevien mahdollisuuksien osalta etuudet pitäisi yrittää määritellä niin, että niiden tuleva taso olisi ennakoitavissa. Tällöin kansalaiset voisivat halutessaan tehokkaammin täydentää niitä. Tällöin turvaa kehitettäisiin sosiaalivakuutuksen suuntaan.

Näitä yhdistää sosiaalivakuutuksen pakollisuus, tai se, että halutun ryhmän osallistuminen on tehty niin kannattavaksi julkisen sektorin maksamien tukien avulla että käytännöllisesti katsoen kaikki osallistuvat. Yhdistävä tekijä on myös, että riskin toteuduttua etuuden saamiseen ei liity tarveharkintaa.

Lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali- ja terveyspalveluja asukkailleen, mutta ei sääntele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä tai järjestämistapaa

Kuntien rahoitustilanne ja palvelurakenne vaihtelevat suuresti

Hoivan kehittäminen sosiaalivakuutuksen suuntaan edellyttää, että etuudet ja niiden saamiseen liittyvät ehdot määritellään laissa tai asetuksissa

Sosiaalivakuutuksessa etuudet ja niiden saamiseen liittyvät ehdot on määritelty laissa tai asetuksissa. Sosiaalivakuutukseen liittyy yleensä myös oma tulojen ja menojen seuranta- ja yhteensovitusjärjestelmä, oma budjettirajoite. Sosiaalivakuutuksen menot rahoitetaan osallistujien maksamilla (tai joidenkin muiden heidän puolestaan maksamilla) vakuutusmaksuilla tai korvamerkityillä verorahoilla. Tämä erottaa Forssin ym. (2004, 336-) mukaan sosiaalivakuutuksen sosiaaliavustuksista. Vakuutuksessa kaikki ovat maksajia ja saajia, jälkimmäisiä tosin vain kun riski toteutuu. Avustus maksetaan verovaroista ilman että avustuksen ja sen saajan (tai jonkun muun hänen puolestaan) maksamien maksujen välillä olisi mitään määriteltyä yhteyttä yksilötasolla.

Hoivan kannalta, se että etuudet ja niiden saamiseen liittyvät ehdot on määritelty laissa tai asetuksissa, on tärkein. Kansalaiset, olettaen että kaikki olisivat vakuutettuja, tietäisivät etukäteen tai voisivat halutessaan ottaa selvää, minkälaista hoivaa julkinen talous tarjoaisi hoivatarpeen yllättäessä.

Forss ym. (2004) toteavat, että ”sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitukseen liittyvä vakuutusjärjestely voisi tuoda mukanaan aidot tilaaja-tuottajamallit, aidon asiakkaan intressin ja valinnanvapauden ja nykyistä puolueettomamman laadunvalvonnan.”

Sosiaalivakuutuksena järjestetty hoiva olisi nähdäksemme lähes välttämättä valtakunnallinen. On vaikea nähdä mitä hyötyä olisi asian pitämisestä kunnallisena, koska kuntien väliset erot hoivakäytännöissä olisi nimenomaan tarkoitus poistaa. Tiettyjä alueellisia valintoja tulisi tehdä. Olisiko kansalaisilla oikeus julkiseen hoivaan omassa kotikunnassaan?

Soininvaara (2009, s. 49) ehdottaa siirtymistä nykyisistä ikäkaumaan perustuvista valtionavuista vanhuskohtaisiin avustuksiin, jotka arvioitaisiin toimintakyvyn perusteella. Raha seuraisi vanhukseen mukana, minne hän menisikin, ja päättyisi henkilön valintojen perusteella kunnalle, omaishoitajalle tai yksityisille palveluntarjoajille. Soininvaara visioi, että muutoksen jälkeen jotkut kunnat voisivat erikoistua seniorikunniksi. Niissä hoivapalveluita ei välttämättä tarjoaisi kunta itse, vaan kunnassa toimivat yritykset. Yksityisiä palveluita syntyisi runsaasti ja valinnanvara kasvaisi. Nykysäännöin kunnat eivät halua muuttua seniorikunniksi, koska ne joutuisivat kustantamaan vanhusten hoidon itse.

4.4 Yksityinen julkisen täydentäjänä

Yksityisellä varautumisella, oli se vakuutusmuotoista tai muuta säästämistä, on Suomessa sosiaalivakuutusta täydentävä rooli. Tämä on luonnollista hyvinvointivaltiossa ja se koskee eläketurvaa,

hoivariskejä ja terveystriskejä. Täydentävä rooli on kuitenkin tärkeä. Se antaa kansalaisille valinnan vapautta. Tämä sinällään on hyvinvointia lisäävää. Kuinka suuri tämän täydentävän roolin pitäisi olla, on kuitenkin mielenkiintoinen kysymys.

Talusteoria ja tutkimus eivät anna kapeita rajoja sen paremmin sosiaalivakuutukselle kuin yksityiselle varautumisellekaan. Barr (2001) esimerkiksi perustelee sosiaalivakuutuksen merkittävää roolia varautumisessa. Samalla hän kuitenkin korostaa, että tämä on rakenteellinen asia eikä kerro julkisen turvan mittakaavasta juuri mitään. Yksityisellä toiminnalla voi olla suurikin osuus, kun perustaso on hoidettu julkisella järjestelmällä.

Yksityisen varautumisen rooli eläkepolitiikassa on täydentävä. Täydennystarve vaihtelee työuran piirteiden ja perhetilanteen mukana. Tarvetta on pohdittu julkaisussa Lassila ym. (2007). Yksityisen varautumisen rooli vanhuuden ajan terveydenhoidossa on nykyisellään pieni. Kysymys on yleensä hoitojonojen ohittamisesta ja muusta hoidon paremmasta saatavuudesta. Kotimaisen tarjonnan ohella muun maailman rooli kasvanee. Terveysturismi on maailmassa jo arkipäivää, mutta ei määrältään kovin suurta. Lisäksi suomalaiset käyttävät sitä eurooppalaisista vähiten. Yksityisellä hoivamenoihin varautumisella ja vapaaehtoisilla hoivavakuutuksilla, jos sellaisia syntyy, on myös selkeästi sosiaalivakuutusta täydentävä rooli.

4.5 Kannattaako julkisen sektorin tukea yksityistä varautumista?

Tämän kirjan teemana on, että sosiaaliturva kannattaisi järjestää niin, että sitä voisi tehokkaasti omin varoin täydentää ja päätyä tilanteeseen, jossa yksilön hyvinvointi on mahdollisimman suuri.

Oletetaan, että julkinen sektori voi esim. verohelpotuksilla lisätä yksityistä varautumista vanhuuden ajan riskeihin. Millä edellytyksillä näin kannattaa tehdä? Verohelpotuksilla saadaan lisää kansalaisten omaa varautumista, mutta samalla budjettipaine kasvaa verotulojen vähentyessä. Verohelpotukset vähentävät verotuloja, jotka olisi voitu käyttää sosiaalivakuutusuihin. Toisaalta ne lisäävät ainakin jonkin verran yksityistä varautumista.

Verohelpotusten käyttöä voidaan perustella silloin, kun ne ohjaavat pienillä veromenetyksillä suurta joukkoa ihmisiä käyttäytymään yhteiskunnan kannalta tarkoituksenmukaisesti, eikä vastaavaa vaikutusta saada muuten aikaan tehokkaasti. Verotuki on perusteltua myös silloin, kun yksilöiden tarpeet ja preferenssit poikkeavat paljon toisistaan, jolloin kaikille samanlaisen turvan tarjoaminen johtaa usein joko liian vähäiseen tai tarpeettoman suureen tukeen.

Yksityisillä vakuutuksilla on sosiaalivakuutusta täydentävä rooli

Sosiaaliturva kannattaisi järjestää niin, että sitä voisi tehokkaasti täydentää omin varoin

Yksityisillä vakuutuksilla lisätään valinnanvapautta

PS-tilien tyyppisillä verotuetuilla instrumenteilla tuetaan yleisesti vanhuuden ajan kulutusta, mutta ei erityisesti riskeihin varautumista

Jos verohelpotukset kohdistuvat säästämiseen vanhuuden varalle, vain osa tuesta kohdentuu niille, joilla riskit toteutuvat. Muut henkilöt käyttävät säästönsä muuhun kulutukseen tai perintöihin. Jos verohelpotukset lisääisivät vapaaehtoisia vakuutuksia, kohdentuminen olisi moninkertaisesti tarkempaa. Ps-tilien tyyppisillä verotuetuilla instrumenteilla tuetaan yleisesti vanhuuden ajan kulutusta, mutta ei erityisesti riskeihin varautumista.

Helpottaisiko yksityisen varautumisen lisääntyminen julkisen talouden rahoitusongelmia? Näin käy, jos ihmiset haluavat käyttää mieluummin yksityisiä palveluja. Toinen mahdollisuus on että kunnat reagoivat yksityisen varautumisen lisääntymiseen kytkemällä julkisten palvelujen saatavuus tai siitä perittävä hinta varallisuuteen tai hoivavakuutusten korvauksiin. Tämän politiikan kokonaisvaikutus julkiseen talouteen on kuitenkin epäselvä, koska sen toteuttaminen vähentäisi säästämistä ja ehkäisisi hoivavakuutusmarkkinoiden kehittymisen.

5 Johtopäätöksiä

Vanhuusajan riskien varalle tehtävät valinnat eivät ole helppoja. Olemme tarkastelleet eliniän pituuteen liittyviä kulutuksen rahoituspäätöksiä ja hoivamenoihin varautumista. Erityisesti hoivaan liittyvät päätöstilanteet ovat monimuotoisia. Taloudelliset mahdollisuudet, valtion ja kuntien tarjoamien palvelujen ja tukien ehdot ja hinnat ja yksityiset hoivapalvelut ovat keskeisiä tekijöitä. Tällaisia valintoja suuri osa ihmisistä joutuu kuitenkin väistämättä pohtimaan. Erityisen tärkeä on perhetilanne, ja siksi pohdimme eri perhetyyppien kehitystä vuoteen 2039 yltävän projektion avulla.

Tutkimuksen keskeiset johtopäätökset ovat:

1. Yksityisellä varautumisella on julkista turvaa täydentävä rooli, niin eläkkeiden, vanhuuden hoivatarpeen kuin terveysmenojenkin suhteen.
2. Täydentävä rooli voi olla yksilön kannalta hyvin merkittävä. Se lisää hyvinvointia ja antaa valinnanmahdollisuuksia. Kaikki eivät täydennystä kuitenkaan tarvitse tai halua.
3. Vakuutusmuotoinen varautuminen olisi tehokkaampaa kuin säästäminen, erityisesti pitkän eliniän ja hoivariskien toteutumisen osalta. Eläkevakuutusten markkinat ovat kuitenkin Suomessa kehittymättömät ja hoivavakuutuksia ei täällä ole saatavilla. Esimerkiksi Ranskassa ja Yhdysvalloissa hoivavakuutuksia kuitenkin on.
4. Eläkevakuutusmarkkinoiden kehittäminen edellyttäisi verotuen sitomista myöhäisessä iässä voimaan tulevaan elinaikaiseen vakuutukseen. Se voitaisiin rahoittaa esimerkiksi ps-tileillä tai kertamaksuisesti varallisuutta purkamalla. Nykyiset ps-tileihin liittyvät nostoikärajat ovat liian matalat vanhuusajan hoivatarpeiden kannalta. Ne ovat liian matalat myös pitkään elämisen riskin kannalta.
5. Yksityisten hoivavakuutusten syntyä helpottaisi, jos julkinen lupaus hoivasta olisi nykyistä täsmällisempi ja ennakoitavampi. Julkisen sektorin tarjoamat etuudet ja niiden saamiseen liittyvät ehdot voitaisiin määritellä lainsäädännöllä. Myös palvelusetelien käytön laajeneminen selkeyttäisi kuvaa lupauksen suuruudesta.

6. Perhetilanteella on suuri merkitys vanhuuden ajan riskien suuruuden kannalta. Yksinasuva hyötyy vakuutusmuotoisesta varautumisesta enemmän kuin perheellinen. Tämä koskee sekä hoivatarvetta että pitkää elinikää.
7. Yksinasuvien ikääntyneiden määrä kasvaa aiempaa nopeammin. Vuonna 2039 arvioidaan olevan 60–79 -vuotiaita yksinasuvia lähes 100 000 enemmän kuin nyt. Myös 80 vuotta täyttäneiden yksinasuvien määrä kasvaa koko ajan, ja kasvu nopeutuu 15 vuoden kuluttua suurten ikäluokkien tultua tähän ikään. Yksinasuvia 80 vuotta täyttäneitä naisia arvioidaan vuonna 2039 olevan 130 000 henkeä enemmän kuin nyt, ja saman ikäryhmän yksinasuvia miehiä 86 000 henkeä enemmän kuin nyt. Yksinasumisen suhteellinen osuus ei kuitenkaan olennaisesti muutu 2000-luvun alun tasolta.
8. Varautuminen vanhuuden ajalle on vaativa tehtävä. Useissa tutkimuksissa on todettu, että hyvin koulutetut suunnittelevat enemmän tulevaisuutta ja ovat varautuneet paremmin vanhuuden ajan menojen varalle säästämällä ja vakuutuksilla. Rahoitusmarkkinoita ja vakuutuksia koskevan tiedon lisääminen olisi syytä asettaa yhdeksi koulutuspolitiikan tavoitteeksi.

Liitteet

Liite 1

Perherakenteiden kehityspiirteitä kohorteittain

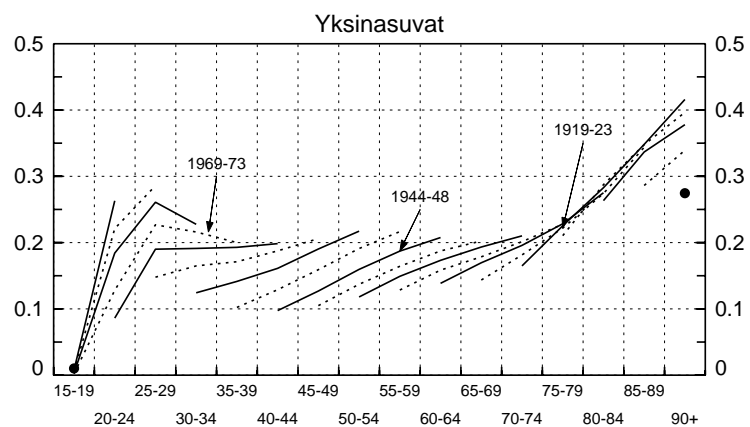
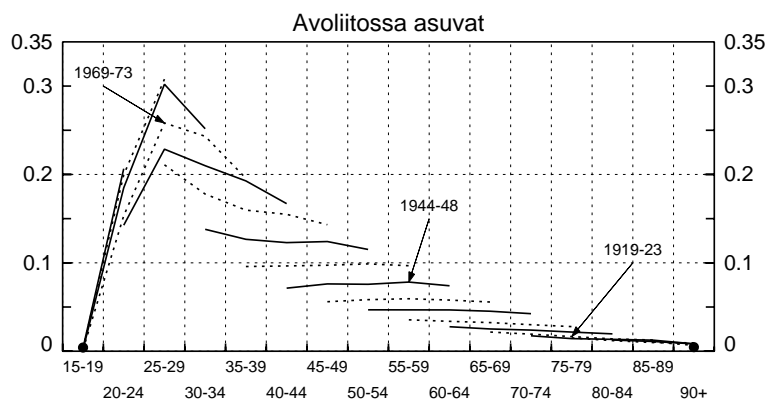
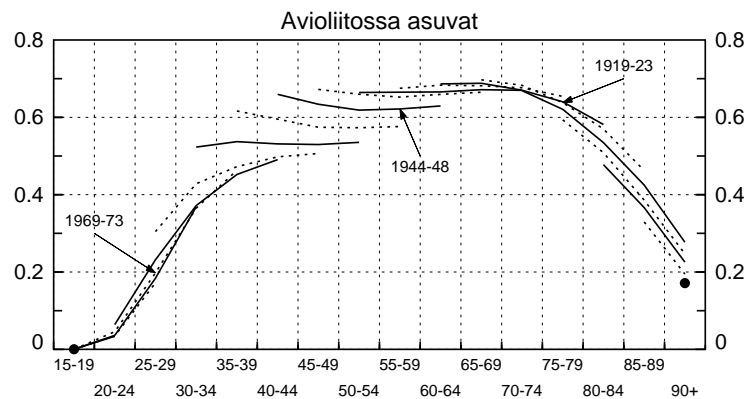
Oheiset Tilastokeskuksen perhetilastoon pohjautuvat kuviot kuvaavat eräitä aikuisväestön asuinmuotoja Suomessa kohorteittain. Avioliitossa asuvat tarkoittavat kuvion luokittelussa puolisoita, jotka asuvat asuntokunnassa, jossa asuu vain yksi perhe. Samaten avoliitossa olevien puolisoitten asuntokunnassa on vain yksi perhe eikä muita henkilöitä. Jos yksityisessä asuntokunnassa asuu muita kuin perheeseen kuuluvia henkilöitä, he eivät ole jäljempänä esitetyissä kuvioissa mukana.

Kuviosta L.1.1 voidaan seurata kolmen kotitaloustyyppin yleisyyttä miesten peräkkäisissä ikäluokissa. Esimerkiksi vuosina 1944–1948 syntyneistä runsas 60 prosenttia asui avioliitossa vuosina 1988–2008. Kun he olivat 40–44 -vuotiaita, avioliitossa heistä asui noin 65 prosenttia. Seuraavasta ikäluokasta, 1949–1953 syntyneistä, selvästi pienempi osa asui avioliitossa. Kun he olivat 40–44 -vuotiaita, heistä asui vajaat 60 prosenttia avioliitossa. Kun seuraavan ikäluokan, vuosina 1954–1958 syntyneiden miehet olivat 40–44 -vuotiaita, vain 55 prosenttia heistä asui avioliitossa. Kuviosta havaitaan vielä, että kun kahden seuraavan ikäluokan miehet olivat ikävälillä 40–44, heistä noin 50 prosenttia asui avioliitossa. Vanhoissa ikäryhmissä, esimerkiksi yli 70-vuotiaissa, avioliitossa asuvien osuus on kasvanut. Selitys tähän on, että laitoksissa asuminen on vähentynyt ajan myötä.

Samantapainen päättely kuvion L.1.1 keskimmäisestä osasta osoittaa avoliitossa asumisen yleistyneen ikäluokka ikäluokalta. Myös yksinasuminen on sitä yleisempää mitä myöhemmin syntyneestä ikäluokasta on kyse.

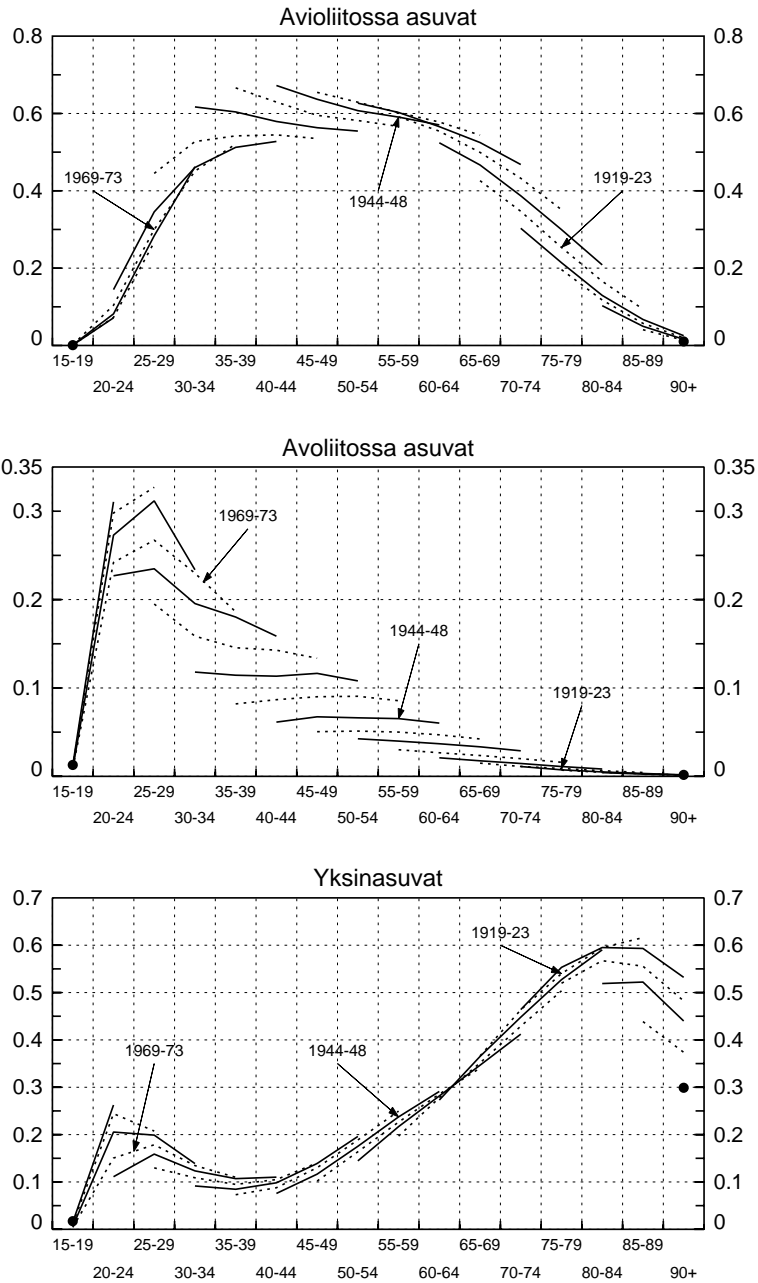
Kuvio L.1.2 osoittaa, että samat päättelyt voidaan tehdä nais-ikäluokistakin. Avoliitossa asuminen ja yksinasuminen ovat yleistyneet ikäluokka ikäluokalta. Avioliitossa asuminen on vähentynyt, kunnes tullaan ikäryhmiin, joissa laitosasumisen vähentyminen, jälleen ikäluokka ikäluokalta, on kääntänyt avioliitossa asuvien määrän nousuun.

Kuvio L.1.1 Avioliitossa asuvien, avoliitossa asuvien ja yksinasuvien miesten osuus v. 1988–2008 viisivuotiskäluokittain



Vanhinta ikäluokkaa, vuosina 1894 - 1898 syntyneitä, edustaa kuviossa oikealla oleva piste, ja nuorinta, vuosina 1989 - 1993 syntyneitä ikäluokkaa vasemmassa reunassa oleva piste. Muut ikäluokat on merkitty vuorotellen katkoviivalla ja kiinteällä viivalla. Kolmen ikäluokan syntymävuodet on merkitty kuvioon. Lähde: Tilastokeskuksen perhetilasto.

Kuvio L.1.2 Avioliitossa asuvien, avoliitossa asuvien ja yksinasuvien naisten osuus v. 1988–2008 viisivuotiskäluokittain



Vanhinta ikäluokkaa, vuosina 1894 - 1898 syntyneitä, edustaa kuviossa oikealla oleva piste, ja nuorinta, vuosina 1989 - 1993 syntyneitä ikäluokkaa vasemmassa reunassa oleva piste. Muut ikäluokat on merkitty vuorotellen katkoviivalla ja kiinteällä viivalla. Kolmen ikäluokan syntymävuodet on merkitty kuvioon. Lähde: Tilastokeskuksen perhetilasto.

Liite 2

Laskelma väestötekijöistä riippuvista julkisista menoista

Tämän liitteen tavoitteena on kuvata väestötekijöiden vaikutusta eräisiin julkisiin menoihin, jotta niiden kehitystä tulevaisuudessa voitaisiin arvioida väestöennusteiden avulla. Väestötekijöistä keskeisiä ovat henkilöiden lukumäärä ikäryhmittäin sekä kuolevuus. Kolmas mukana oleva demografinen tekijä on yksinasuvien osuus, jolla tiedetään olevan merkitystä terveys- ja hoivamenojen kannalta. Laskelman tuloksia käytetään numeerisen sukupolvimallin (FOG) yhteydessä, mikä vaikuttaa joidenkin ikärajojen valintoihin.

Aluksi arvioidaan kuolemanläheisyyden merkitystä terveys- ja hoivamenoille. Lähtökohdiana on vuoden 1998 aikana yli 65-vuotiaille kohdistuneita terveys- ja pitkäaikaishoidon menoja koskeva tutkimus (Häkkinen ym., 2006), jossa eri menoryhmät jaettiin niille, jotka kuolivat vuosina 1998–2002 ja niille jotka eivät kuolleet. Käytettävissä oli myös muita julkaisemattomia vuotta 2006 koskevia tietoja terveysmenojen ja hoivamenojen suuruudesta ikäryhmittäin.

Toiseksi arvioidaan yksinasumisen aiheuttamat lisäkustannukset terveysmenojen ja hoivamenoille. Arviot perustuvat tutkimuksessa Häkkinen ym. (2009) raportoituun regressiomalleihin. Kolmanneksi mallitetaan perhepalveluiden kohdentuminen ikäryhmittäin. Mallitus perustuu eri palveluiden arvioituun kohdentumiseen eri käyttäjäryhmiin. Neljänneksi lasketaan painot terveys-, hoiva- ja perheindekseille. Painot perustuvat Stakesin (nyk. THL) tilastoon.

1. Laskelma kuolemanläheisyyden merkityksestä

Jotkut sairaudet ja vammat sekä jouduttavat kuolemaa että lisäävät terveys- ja hoivapalvelujen tarvetta viimeisinä vuosina. Kuoleman läheisyyden onkin havaittu korreloivan henkilön käyttämien terveys- ja hoivapalvelujen määrän kanssa. Tätä korrelaatiota voidaan käyttää hyväksi väestöennusteisiin perustuvassa tulevien ikääntymiskustannusten arvioinnissa.

Häkkinen ym. (2006) esittää otokseen perustuvan laskelman, jonka mukaan vuonna 1998 aiheutuneista yli 65-vuotiaiden terveys- ja hoivakuluista keskimäärin 60 prosenttia aiheutui henkilöille, jotka kuolivat vuonna vuosina 1998–2002. Terveyskuluista osuus oli 49 prosenttia ja hoivasta (tässä pitkäaikaishoidosta) 75 prosenttia.

Häkkisen ym. (2006) luvuista voidaan päätellä, että vähintään 51 prosenttia terveysmenoista ja 25 prosenttia pitkäaikaishoidon menoista aiheutui muusta kuin kuolemanläheisyydestä – nämä menothan kohdistuivat henkilöihin, jotka eivät kuolleet seuraavan

viiden vuoden aikana. Myös osalla niistä menoista, jotka kohdistuivat viiden vuoden kuluessa kuolleille, ei ole mitään syy-yhteyttä kuoleman kanssa. Käytetyn laskentamenetelmän ominaisuus on, että osa kaikista ihmisten menoista kirjautuu kuolemaa edeltäviin vuosiin. Esimerkiksi hyvin vanhojen ihmisten kahvinjuonnista merkittävä osa tapahtuu kuolemaa edeltävinä viitenä vuotena. Tämän laskentaominaisuuden merkitystä voidaan arvioida seuraavasti.

Kuolevuustietojen avulla lasketaan, kuinka suuri osa yli 65-vuotiaiden terveys- ja hoivamenoista kirjautuu seuraavan viiden aikana kuoleville olettaen, että kuolemanläheisyys sinänsä ei nosta kustannuksia. Oletetaan siis, että ikäryhmittäin on henkeä kohti kiinteitä kustannuksia, ja koska osa ihmisistä kuolee viiden vuoden aikana, osa menoista kirjautuu heille. Laskelma tehdään v. 1997 lopun väestöllä, mutta ikäryhmittäiset terveys- ja hoivatiedot (henkeä kohti) ovat vuodelta 2006.

Terveysmenoista tämä laskennallinen osuus on runsas 28 prosenttia. Häkkisen ym. laskema osuus oli 49 prosenttia. Erotus, 21 prosenttia, voidaan tulkita alaraja-arvioksi kuolemanläheisyyden aiheuttamasta lisäkustannuksesta.

Hoivamenoista laskennallinen kuolemanläheisyys oli 48 prosenttia. Luvun suuruus selittyy sillä, että merkittävä osa pitkäaikaishoidon menoista kohdistuu yli 80-vuotiaille, jopa yli 90-vuotiaille, ja elinajan odote näissä ikäryhmissä ei ole suuri. Häkkisen ym. laskelmassa osuus oli 75 prosenttia. Erotus, 27 prosenttia, voidaan jälleen tulkita alaraja-arvioksi kuolemanläheisyyden aiheuttamasta lisäkustannuksesta.

Kuolemanläheisyydellä on siis huomattavaa merkitystä terveys- ja hoivamenojen ajoittumiseen. Terveysmenoista 21–49 prosenttia ja pitkäaikaishoivan menoista 27–75 prosenttia liittyi kuolemanläheisyyteen vuonna 2006, jos vuosien 1998 ja 2006 välillä ei ollut merkittävää muutosta terveys- ja hoivamenojen tarjonnassa ja yksikkökustannuksissa. Kuolevuuden ja ikärakenteen muutokset on laskelmissa otettu huomioon.

Keskimääräinen kuolemanläheisyydestä riippuva terveydenhoitomeno voidaan määritellä sellaiseksi, että kun siihen lisätään muista terveystennoista aiheutuva laskennallinen kuolemanläheisyys, päädytään Häkkisen ym. (2006) lukuihin. Täten laskettuna terveysmenoista 29 prosenttia liittyi kuolemanläheisyyteen. Vastaavasti laskettu keskimääräinen kuolemanläheisyydestä johtuva vanhushoivamenojen osuus on 51 prosenttia.

Tämän jälkeen laskettiin kuolemanläheisyyden terveyskustannus kuolemaa kohti olettamalla kuoleman kustannus samaksi ikäryhmästä riippumatta. Kuolemanläheisyyden kokonaiskustannus siis jaettiin kuolevien lukumäärällä. Jäljelle jäävät terveysmenot jaettiin henkilöiden lukumäärällä ikäryhmittäin. Vastaavalla tavalla laskettiin kuolemanläheisyyteen liittyvä hoivakustannus ja muu hoivakustannus henkeä kohti ikäryhmittäin.

2. Yksinasumisen kustannusvaikutus

Yksinasumiseen liittyy keskimäärin korkeampi sairastumisalttius ja hoivan tarve kuin useamman hengen perheessä asumiseen, ja yksinasuvien sairastaminen ja hoivaaminen on keskimäärin kalliimpaa kuin perheellisen henkilön. Täten yksinasumisen lisääntyminen, joka on todennäköinen tulevaisuudenkuva, lisää osaltaan terveys- ja hoivamenoja.

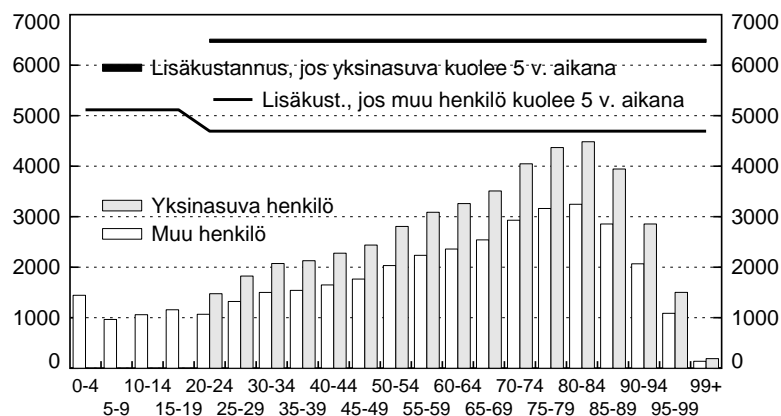
Häkkinen ym. (2009) sisältää laskelmia, joissa yksilötason terveys- ja hoivamenoja selitetään mm. yksinasuvien henkilöiden lukumäärillä, erilaisten ikä- ja terveystietojen ohella. Yksinasumisen kertoimet regressiomalleissa ovat melko stabiileja mallien täsmennyksistä riippumatta. Yksinasumisen selitysosuus terveystoimenpiteistä ja vanhushoivasta voidaan arvioida näiden kertoimien avulla. Arvioinnissa käytettiin koko väestöä koskevia tietoja, koska alkuperäinen otos ei ollut ETLAn käytössä. Näin saatu yksinasumisen terveystoimenpiteiden mallitettiin siten, että se lisää sekä ikäryhmittäisiä terveystoimenpiteitä että kuolemanläheisyyteen liittyviä terveystoimenpiteitä samassa suhteessa, kun vertailukohtana ovat perheelliset henkilöt. Vastaava mallitus tehtiin myös hoivamenoille.

3. Terveys- ja hoivamenojen mallitustulokset

Laskelmien tuloksena saatu terveystoimenpiteiden riippuvuus väestöteknisistä voidaan esittää kuvion L.2.1 muodossa.

Harmaat pylväät kuvaavat yksinasuvan henkilön keskimäärin käyttämän terveydenhoidon kustannuksia ikäryhmittäin. Valkoiset pylväät kuvaavat muun kuin yksinasuvan kustannuksia. Perheelli-

Kuvio L.2.1 Terveydenhoidon laskennalliset kustannukset henkeä kohti ikäryhmittäin (v. 2006 rahassa)



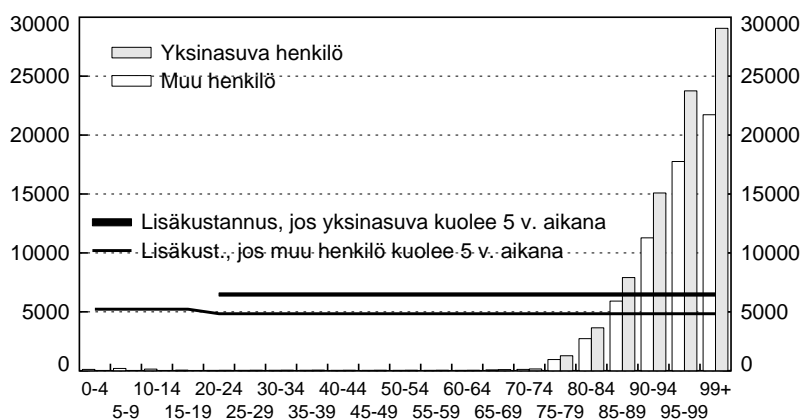
Lähde: ETLAn laskelmat.

seen verrattuna yksinasuminen lisää kustannuksia n. 40 prosenttia. Henkeä kohti mallitetut terveystmenot kasvavat iän myötä ikävuoteen 85 saakka, jonka jälkeen ne kääntyvät laskuun.

Kuolemanläheisyyden aiheuttama lisäkustannus on noin 6 500 euroa yksinasuvalla ja vajaat 5 000 euroa muulla henkilöllä (alle 20-vuotiailla hieman yli 5 000 euroa). Jos siis henkilö kuolee viiden vuoden kuluessa, kustannukset kasvavat tällä määrällä keskimääräiseen ikäryhmän edustajaan verrattuna.

Hoivamenojen riippuvuus väestötekijöistä mallitettiin kuvion L.2.2 esittämällä tavalla.

Kuvio L.2.2 Hoivapalvelumenojen laskennalliset kustannukset henkeä kohti ikäryhmittäin (v. 2006 rahassa)



Lähde: ETLAn laskelmat.

Kuolemanläheisyyden aiheuttama hoivakustannusten lisäys on noin 5 000 euroa. Perheelliseen verrattuna yksinasuminen lisää hoivakustannuksia n. 15 prosenttia. Henkeä kohti mallitetut hoivamenot nousevat merkittäviksi ikävuodesta 75 alkaen ja kasvavat sen jälkeen iän mukana jyrkästi – siitä huolimatta että laskelmassa kuolemanläheisyyden osuus on 51 prosenttia kaikista vanhushoivan menoista, kuten aiemmin on todettu.

Malliin lasketaan kolme indeksiä:

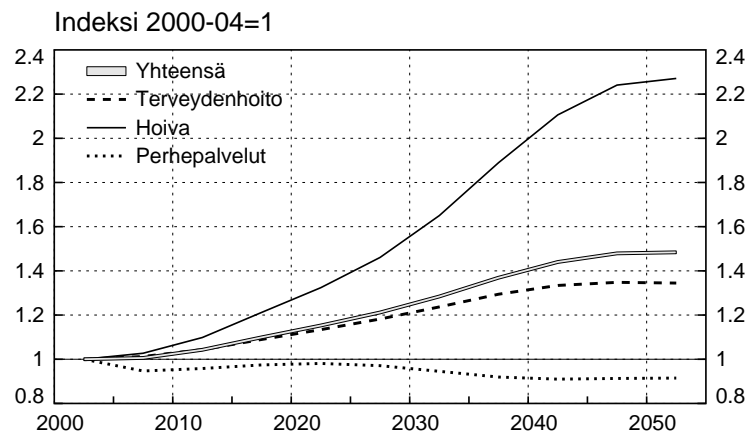
Terveyspalveluindeksi, kuvion L.2.1 kuvaamin kertoimin. Menoryhmän osuus v. 2006 valituista sosiaalipalvelumenoista oli 63 prosenttia. Valitut menot ovat sairaus- ja terveyspalvelut, toimintarajoitteisuus, vanhuus- ja perhe- ja lapsipalvelumenot. Nämä olivat 93 prosenttia kaikista sosiaalipalvelumenoista.

Hoivapalveluindeksi, kuvion L.2.2 kuvaamin kertoimin. Menoryhmän osuus v. 2006 valituista sosiaalipalvelumenoista oli 22 prosenttia. Nämä jaetaan vanhuusmenoihin, joka tarkoittaa 65+ ryhmälle meneviä palveluja, ja muuhun hoivaan eli alle 65-vuotiaiden toimintarajoitteisuuspalveluja.

Perhepalveluindeksi, jonka painorakenne on seuraava: 0–4 -vuotiaat 66 prosenttia, 5–9 -vuotiaat 27 prosenttia, 10–14 -vuotiaat 7 prosenttia. Menoryhmän osuus v. 2006 valituista sosiaalipalvelumeinoista oli 15 prosenttia.

Näitä kolmea indeksiä painottamalla saadaan sosiaalipalveluiden työvoimatarve indeksinä. Sen päälle laitetaan tietty vakiotu BKT-osuus, jolloin saadaan sosiaalipalvelut suhteessa BKT:hen. Kuviossa L.2.3 esitetään sosiaalipalvelujen ja sen alaryhmien edellä kuvattuun mallitukseen ja Tilastokeskuksen v. 2009 väestöennusteeseen perustuva projektio tulevaisuuteen.

Kuvio L.2.3 Sosiaalipalvelut



Lähde: ETLAn laskelmat.

Lähteet

- Ahonen, K. (2006): Eläkeläisten toimeentulo kansainvälisessä vertailussa. Julkaisussa Uusitalo, H. (toim.) (2006): Eläkkeet ja eläkeläisten toimeentulo, kehitys vuosina 1990–2005. Eläketurvakeskuksen raportteja 2006:2.
- Ahonen, K. – Moilanen, L. (2007): Kotitalouksien eläkesäästäminen, tulot ja varallisuus. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2007:1.
- Andersen, T.M. – Holmström, B. – Honkapohja, S. – Korkman, S. – Söderström, H.T. – Vartiainen, J. (2007): The Nordic Model. Embracing Globalization and sharing risks. ETLA B 232.
- Arajärvi, P. – Särkelä, R. (2008): Sosiaaliturvan uudistamisen periaatteesta. Teoksessa Arajärvi, P. – Särkelä, R. (toim., 2008): Leipää ja lämpöä. Näkökulmia sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.
- Barr, N. (2001): The Welfare State as Piggy Bank. Oxford University Press.
- Barr, N. – Diamond, P. (2009): Reforming pensions: Principles, Analytical Errors and Policy Directions. International Social Security Review, Vol. 62, No 2, April – June 2009.
- Brown, J. (2008): Financial Education and Annuities. OECD Journal: General Papers, 2008/3, 173–215.
- Cohen, A. – Siegelman, P. (2010): "Testing for Adverse Selection in Insurance Markets", Journal of Risk & Insurance, The American Risk and Insurance Association, vol. 77(1), 39–84.
- Elo, K. – Klaavo, T. – Risku, I. – Sihvonen, H. (2009): Lakisääteiset eläkkeet. Pitkän aikavälin laskelmat 2009. Eläketurvakeskuksen raportteja 2009:4.
- Fernandez Lopez, S. – González, L.O. – Vivel Búa, M. – Pazos, D.R. (2009): Determinants of the Europeans' Retirement Savings (November 03, 2009).
- Finkelstein, A. – McGarry, K. (2006): "Multiple dimensions of private information: evidence from the long-term care insurance market", American Economic Review, September 96(4): 938–58, 2006.
- Finkelstein, A. – Poterba, J. (2004): "Adverse Selection in Insurance Markets: Policyholder Evidence from the U.K. Annuity Market." Journal of Political Economy, 112(1): 183–208.
- Finkelstein, A. – Poterba, J. (2006): "Testing for Adverse Selection with "Unused Observables"" NBER Working Papers 12112, National Bureau of Economic Research, Inc.
- Finne-Soveri, H. – Björkgren, M. – Vähäkangas, P. – Noro, A. (toim.) (2006): Kotihoidon asiakasra-kenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Helsinki 2006.
- Forss, M. – Kalimo, E. – Purola, T. (2004): Vakuutuksen periaate sosiaaliturvassa. Teoksessa Hellsten, K. – Helne, T. (toim.) (2004): Vakuuttava sosiaalivakuutus? Kela.
- Hagfors, R. – Hellsten, K. – Sakslin, M. (toim.) (2008): Suomen kansan eläke. Kela.
- Hellsten, K. – Helne, T. (toim.) (2004): Vakuuttava sosiaalivakuutus? Kela.
- Hoitovakuutustyöryhmän muistio (2001): Sosiaali- ja terveysturvan ministeriön työryhmämuistioita 2001:7. Sosiaali- ja terveysturvan ministeriö, Helsinki.
- Häkkinen, U. – Martikainen, P. – Noro, A. – Nihtilä, E. – Peltola, M. (2006): Kuoleman läheisyys ja terveyden- ja vanhustenhuollon menot. Liite 1 raportissa Kautto, M. – Häkkinen, U. – Laine, V. – Parkkinen, P. – Parpo, A. – Tuukkanen, J. – Vaarama, M. – Vihriälä, V. – Volk, R. (2006): Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. Stakes.

Häkkinen, U. – Nguyen, L. – Pekurinen, M. – Peltola, M. (2009): Tutkimus terveyden- ja vanhuksenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, Raportti 3/2009. Helsinki.

Jongen, E. (2009): An analysis of individual accounts for the unemployment risk in the Netherlands. CPB Document No 186, June 2009.

Julkunen, R. (2001): Suunnanmuutos. Vastapaino.

Korkman, S. – Lassila, J. – Valkonen, T. (2010): Julkinen talous kriisin jälkeen. Kirjassa Rouvinen, P. – Ylä-Anttila, P. (toim.), Kriisin jälkeen. Sitra.

Laatu, M. (2009): Missä kulkevat sosiaalipalvelujen kaupallistamisen riskirajat? Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009):1.

Laine, V. – Sinko, P. – Vihriälä, V. (2009): Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009.

Lassila, J. – Määttänen, N. – Valkonen, T. (2007): Vapaaehtoinen eläkesäästäminen tulevaisuudessa, ETLA DP nro 1089.

Lassila, J. – Valkonen, T. (2008): Population ageing and fiscal sustainability of Finland: A stochastic analysis. Bank of Finland Research, Discussion Papers 28/2008.

Martelin, T. – Sainio, P. – Koskinen, S. (2004): Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Kautto, M. (toim.): Ikääntyminen voimavarana. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004.

Mitchell, O.S. – Utkus, S.P. (2004): Lessons from Behavioral Finance for Retirement Plan. Teoksessa Mitchell, O.S. – Utkus, S.P. (toim.): Pension Design and Structure – New Lessons from Behavioral Finance. Oxford University Press, 2004.

Määttänen, N. – Valkonen, T. (2008): Ikääntyneiden varallisuus ja sen muuntaminen kulutukseksi. Helsinki: ETLA, Keskusteluaiheita No. 1141.

Noro, A. – Finne-Soveri, H. – Björkgren, M. – Häkkinen, U. – Laine, J. – Vähäkangas, P. – Kerppilä, S. – Storbacka, R. (2001): RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000, Aiheita 17/2001, Stakes.

Noro, A. (2005): Asiakasrakenteen pitkäaikaisessa laitoshoidossa, teoksessa Noro, A. – Finne-Soveri, H. – Björkgren, M. – Vähäkangas, P. (toim.): Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Helsinki.

OECD (2001): Ageing and Income. Financial Resources and Retirement in 9 OECD Countries. OECD.

Riihinen, O. (2008): Kansaneläkkeen hyväksyttävyyden tulevaisuudessa. Teoksessa Hagfors, R. – Hellsten, K. – Sakslin, M. (toim.) (2008): Suomen kansan eläke. Kela.

Soininvaara, O. (2009): Julkisen sektorin tuottavuus. Samalla rahalla enemmän. Tehokkaan Tuotannon Tutkimussäätiö.

Wei, S. – Webb, A. – Zhivan, N. (2010): "Does Staying Healthy Reduce Your Lifetime Health Care Costs?," Issues in Brief 2010-8, Center for Retirement Research.