

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:7

Hoitovakuutustyöryhmän muistio

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2001

KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä 26.4.2001	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Hoitovakuutusryhmä Puheenjohtaja: Tarmo Pukkila, STM Sihteerit: Anne Raassina, STM Vesa Rantahalvari, PT Tony Silander, STM (-16.11.2000)		Julkaisun laji Työryhmämuistio	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		Toimielimen asettamispäivä 3.3.2000	
Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Hoitovakuutusryhmän muistio (Promemoria av vårdförsäkringsarbetsgruppen)			
Julkaisun osat			
Tiivistelmä			
<p>Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän selvittämään hoitovakuutuksen käyttöönottoa. Lähtökohtana oli, että hoitovakuutuksen tulisi olla julkisia palveluja täydentävä ja niiden käyttöä tukeva tapa rahoittaa vanhuspalveluja. Työryhmän oli selvitettävä vanhuspalveluiden tarpeen ja kustannusten kehitystä sekä mahdollisuutta käyttää hoitovakuutusta yhtenä tapana varautumisessa tulevia kustannuksia varten, muiden maiden kokemuksia hoitovakuutuksista sekä julkisen sektorin mahdolli-suuksia ja keinoja edistää hoitovakuutuksen käyttöönottoa. Työryhmän tuli arvioida vakuutustapahtuman määrittelyä, korvauserusteita, korvattavia palveluja ja korvaus-tapoja sekä sitä, millä edellytyksillä vapaaehtoinen hoitovakuutus olisi perusteltu osa vanhuspalvelujen kokonai-suutta.</p> <p>Työryhmä katsoo, että Suomessa voitaisiin ottaa käyttöön vapaaehtoinen hoitovakuutus, joka korvaisi yksityisiä palveluja. Hoitovakuutuksen aseman selkiyttäminen edellyttäisi muutoksia verotus- ja muussa lainsäädännössä. Työryhmän mielestä vapaaehtoinen hoitovakuutus tulisi määrittellä vahinkovakuutukseen rinnastettavaksi riski-vakuutukseksi, josta maksettaisiin korvausta itsenäisen toimintakyvyn alentumisesta aiheutuvien, tavanomaisista elinkustannuksista poikkeavien lisämenojen perusteella. Itsenäisen toimintakyvyn voitaisiin katsoa alentuneen, kun vakuutettu tarvitsee henkilökohtaisissa toiminnoissaan, kotitaloustöissä tai asioidessaan kodin ulkopuolella toisen henkilön säännöllistä apua vähintään 6 kuukauden ajan. Vakuutustapahtuman toteutumisen arvioisi vakuutuslaitos. Korvattavia palveluita olisivat tavallisessa ja palveluasunnossa asuville henkilöille annettavat yksityiset hoitopalvelut, kodinparannustyöt ja apuvälineet sekä yksityinen pitkäaikainen laitoshoido. Korvaus-muotoja olisivat palvelujen järjestäminen ja kulukorvaukset</p> <p>Työryhmä ehdottaa, että edellä kuvatulla tavalla määritellyn hoitovakuutuksen korvauksia ei katsottaisi tuloksi lakisääteisiä pitkäaikaishoidon korvauksia myönnettäessä eivätkä ne vaikuttaisi julkisten sosiaali- ja terveys-palvelujen saamiseen ja niistä perittäviin asiakasmaksuihin. Vapaaehtoisen hoitovakuutuksen vakuutusmaksut eivät olisi verotuksessa vähennyskelpoisia eivätkä vakuutuskorvaukset olisi verotettavaa tuloa. Näin toteutettuna vapaaehtoisen hoitovakuutuksen asema tulisi työryhmän mielestä määritellyksi siten, että se ei heikentäisi julkisten palvelujen rahoitusedellytyksiä, vaan toisi vanhuspalveluihin uusia yksityisiä voimavaroja. Työryhmä katsoo, että vapaaehtoisen hoitovakuutuksen tukeminen vakuutusmaksujen verovähennysoikeudella aiheuttaisi monimutkaisia hoitovakuutuksen ja julkisten tukien ja palveluiden yhteensovitusongelmia.</p> <p>Työryhmän mielestä vapaaehtoinen yksityisiä palveluja korvaava hoitovakuutus lisäisi vaihtoehtoja oman tur-van järjestämiseen pitkäaikaishoidon riskin varalta. Vanhuspalvelujen kokonaisvoimavarat lisääntyisivät pitkällä aikavälillä henkilöiden vapaaehtoisen etukäteisvarautumisen kautta. Vapaaehtoinen hoitovakuutus voisi myös edistää uudenlaisten yksityisten palvelujen kehittymistä</p>			
Avainsanat: (asiasanat) Hoitovakuutus, vanhuspalvelut, vanhustenhuolto			
Muut tiedot			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:7		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-0961-2
Kokonaissivumäärä 94	Kieli suomi	Hinta 86,- mk	Luottamuksellisuus julkinen
Jakaja STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere, puh. (03) 260 8158 ja 260 8535		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum 26.4.2001	
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Vårdförsäkringsarbetsgruppen Ordförande: Tarmo Pukkila Sekreterare: Anne Raassina Vesa Rantahalvari Tony Silander (-16.11.2000)		Typ av publikation Promemoria	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
		Datum för tillsättandet av organet 3.3..2000	
Publikation (även den finska titeln) Promemoria av vårdförsäkringsarbetsgruppen (Hoitovakuutustyöryhmän muistio)			
Referat <p>Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en arbetsgrupp för att utreda möjligheterna att ta i bruk en vårdförsäkring. Utgångspunkten var att vårdförsäkringen skall vara ett finansieringssätt för tjänster för äldre, som kompletterar de offentliga tjänsterna och stöder användandet av dem. Arbetsgruppen hade till uppgift att utreda behovet av tjänster för äldre, kostnadsutvecklingen samt huruvida vårdförsäkringen kunde vara ett sätt att förbereda sig på kommande utgifter. Arbetsgruppen hade även till uppgift att utreda andra länders erfarenheter av vårdförsäkringar samt den offentliga sektorns möjligheter och medel att främja ibruktageandet av vårdförsäkringen. Arbetsgruppen skulle bedöma fastställandet av försäkringsfallet, ersättningsgrunderna, de tjänster som ersätts och ersättningssättet samt under vilka förutsättningar den frivilliga vårdförsäkringen kunde vara en motiverad del av tjänsterna för äldre.</p> <p>Arbetsgruppen anser att man i Finland kan ta i bruk en frivillig vårdförsäkring som ersätter kostnaderna för privata tjänster. En klarläggning av vårdförsäkringens ställning förutsätter ändringar i skatte- och annan lagstiftning. Enligt arbetsgruppen skall den frivilliga vårdförsäkringen definieras som en riskförsäkring likvärdig med olycksfallsförsäkring, för vilken ersättning betalas på basis av sådana merkostnader förorsakade av nedsättning av funktionsförmågan som avviker från de normala levnadskostnaderna. Funktionsförmågan kan anses vara nedsatt då den försäkrade regelbundet under minst 6 månader behöver en annan persons hjälp för att klara av personliga rutiner och hushållsarbeten eller för att utträta ärenden utanför hemmet. Försäkringsfallet konstateras av ett försäkringsbolag. De tjänster som ersätts är privata vårdtjänster för personer som bor i vanliga och i servicebostäder, reparationsarbeten i hemmet och hjälpmedel samt privat långvarig institutionsvård. Ersättningsformerna är anordnande av tjänster och kostnadsersättningar.</p> <p>Arbetsgruppen föreslår att den frivilliga vårdförsäkringens ersättningar inte beaktas som inkomst vid beviljande av lagstadgade ersättningar för långvarig institutionsvård och att de inte heller inverkar på möjligheterna att få offentliga social- och hälsovårdstjänster eller på klientavgifterna för dem. Försäkringspremierna för en frivillig vårdförsäkring är inte avdragbara i beskattningen, försäkringsersättningarna är inte heller beskattningsbar inkomst. Enligt arbetsgruppen försvagar inte en på ovan nämnda sätt genomförd frivillig vårdförsäkring finansieringsförutsättningarna för de offentliga tjänsterna, utan tillför tjänsterna för äldre nya privata resurser. Arbetsgruppen anser att rätten till skatteavdrag för försäkringspremierna för den frivilliga vårdförsäkringen leder till komplicerade samordningsproblem beträffande vårdförsäkringen och offentliga förmåner och tjänster.</p> <p>Enligt arbetsgruppen utökar en frivillig vårdförsäkring som ersätter kostnaderna för privata tjänster alternativt för att ordna den egna tryggheten med tanke på eventuell risk för långvarig institutionsvård. De totala resurserna för tjänsterna för äldre ökar på lång sikt via den frivilliga förhandsförberedelsen. En frivillig vårdförsäkring kan även främja utvecklandet av nya privata tjänster.</p>			
Nyckelord Tjänster för äldre, äldreomsorg, vårdförsäkring			
Övriga uppgifter			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2001:7		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-0961-2
Sidoantal 94	Språk Finska	Pris 86,- mk	Sekretessgrad Offentlig
Distribution Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning, PB 536, 33101 Tammerfors, tfn (03) 260 8158 och 260 8535		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Date 26 April 2001	
Authors Working Group on Care Insurance Chairman: Tarmo Pukkila Secretaries: Anne Raassina Vesa Rantahalvari Tony Silander (until 16 November 2000)		Type of publication Working Group memorandum	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 3 March 2000	
Title of publication Memorandum by the Working Group on Care Insurance			
Summary <p>The Ministry of Social Affairs and Health set up on 3 March 2000 a working group to study the possibilities of introducing care insurance. The starting point was that care insurance should be a way of financing services for older people that would supplement public services and support their use. The Working Group was assigned to study the development of the need for services for older people and their costs as well as possibilities to use care insurance as a means of preparing for future costs, experiences of other countries of care insurance, and the resources and means of the public sector to promote an introduction of care insurance. The Working Group should assess the definition of occurrence of an event insured, grounds for compensation, services to be refunded and manners of compensation, as well as on what conditions voluntary care insurance would become a justified part of the entity of services for older people.</p> <p>The Working Group considers that it is possible to introduce in Finland voluntary care insurance compensating for expenses of private services. Clarifying the status of care insurance would require changes in tax and other legislation. The Working Group is of the opinion that voluntary care insurance should be defined as risk insurance comparable to non-life insurance, from which compensation would be payable for such extra costs due to impaired functional capacity that deviate from ordinary costs of living. A person's independent functional capacity could be considered impaired when the insured needs regular assistance by another person in personal routines, household work, and in shopping etc. for at least six months. The occurrence of an event insured would be assessed by an insurance institution. Refundable private services would be: care services for persons living in ordinary flats and service flats, improvements to homes and technical aid devices, and private long-term institutional care. The modes of compensation would be provision of services and reimbursement of expenses of services.</p> <p>The Working Group proposes that the compensation payable from care insurance as defined above would not be considered as income when granting statutory compensation for long-term care, and it would not affect the access to public social and health services or the client fees charged for them. The insurance premiums for voluntary care insurance would not be deductible in taxation, and neither would indemnities be taxable income. Thus realised the status of voluntary care insurance would according to the Working Group be defined in such a way that it would not weaken the prerequisites for financing public services, but would bring along new private resources for services for older people. The Working Group considers that supporting voluntary care insurance by an entitlement to tax allowance for insurance premiums would involve complex problems in the co-ordination of care insurance and public support and services.</p> <p>According to the Working Group, voluntary care insurance compensating for expenses of private services would increase people's options to arrange their own security for a risk of long-term care. The circumstance that people would on a voluntary basis prepare for such a situation would contribute to increasing the total resources of the services for older people in the long term. Voluntary care insurance could also boost development of private services of a new kind.</p>			
Key words Care insurance, services for older people, welfare for older people			
Other information			
Title and number of series Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2000:7		ISSN 1237-0606	ISBN 952-00-0961-2
Number of pages 94	Language Finnish	Price FIM 86.00	Publicity Public
Distributor/Orders Ministry of Social Affairs and Health Publications Sale, P.O.Box 536, FIN-33101 Tampere, tel. +358 3 260 8158 and +358 3 260 8535		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 3.3.2000 työryhmän, jonka tehtävänä oli selvittää hoitovakuutuksen käyttöönottoa. Työryhmän lähtökohdaksi asetettiin, että hoitovakuutuksen tulisi olla kuntien järjestämisvastuulla olevia palveluja täydentävä ja julkisten palvelujen käyttöä tukeva tapa rahoittaa vanhuspalveluja.

Työryhmän oli tarkasteltava muistiossaan seuraavia asioita:

- vanhusväestön määrän kasvun vaikutuksia vanhuspalveluiden tarpeeseen sekä kustannuskehitykseen. Tämä tarkastelu oli tehtävä yhteistyössä sosiaalimenojen kehitystä tarkastelevan toimikunnan kanssa.
- hoitovakuutuksen käyttöönottoa ja kokemuksia hoitovakuutuksista vertailukelpoisissa maissa ja näiden sovellusten käyttökelpoisuutta ja soveltamismahdollisuuksia Suomen oloihin
- julkisen sektorin mahdollisuuksia ja keinoja edistää hoitovakuutuksen käyttöönottoa
- vanhusten hoitovakuutus tuotteiden edellytyksiä, jotka mahdollistaisivat julkisen sektorin kannusteen
- hoitovakuutuksen mahdollisuutta vähentää julkisten kustannusten nousupainetta
- mahdollisuutta käyttää hoitovakuutusta yhtenä tapana taloudellisten resurssien varaamisessa tulevia kustannuksia varten
- kuntien ja vakuutusyhtiöiden ja muiden toimijoiden mahdollisuutta yhteistoimintaan vanhusten hoitotarpeen arvioinnissa.

Vanhuspalvelujen tarpeen ja kustannusten kehityksen arvioinnissa työryhmän tuli hyödyntää olemassa olevia laskelmia ja ennusteita palveluja tarvitsevien vanhusten määrää ja palvelujen järjestämisen kustannuksista. Tähän tarkasteluun oli sisällytettävä kunnallisten palvelujen lisäksi yksityiset palvelut ja niin sanotun kolmannen sektorin järjestämät palvelut. Vanhuspalvelujen tarve- ja kustannustarkastelun pohjalta työryhmän tuli arvioida tarvetta laajentaa vanhuspalvelujen nykyistä rahoitus pohjaa.

Työryhmän tuli tarkastella yksityistä palvelutarjontaa suhteessa palvelutarpeeseen ja julkiseen palvelutarjontaan. Palvelutarjontaa oli arvioitava palvelujen saatavuuden ja laadun kannalta.

Tarkastellessaan vapaaehtoista hoitovakuutusta osana vanhuspalvelujen kokonaisuutta työryhmän tuli arvioida erityisesti vakuutuksesta korvattavan vakuutustapahtuman määrittelyä, korvauserusteita, korvattavia palveluja sekä korvaustapoja.

Tarkastelun pohjalta työryhmän tuli arvioida, millä edellytyksillä vapaaehtoisen hoitovakuutuksen voidaan katsoa olevan perusteltu osa vanhuspalvelujen kokonaisuutta ja miten se voitaisiin toteuttaa niin, että se osaltaan vähentäisi vanhuspalvelujen tulevaa kustannuspainetta.

Työryhmän puheenjohtajaksi määrättiin osastopäällikkö, ylijohdaja Tarmo **Pukkila** sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän jäseniksi määrättiin osastopäällikkö, ylijohdaja Kari **Välimäki**, apulaisosastopäällikkö, hallitusneuvos Tuulikki **Haikarainen**, apulaisosastopäällikkö Reijo **Väärälä**, neuvotteleva virkamies Risto **Pomoell**, neuvotteleva virkamies Ilkka **Oksala**, ylitarkastaja Anne **Eriksson** (30.6.2000 asti) ja ylitarkastaja Viveca **Arrhenius** (1.10.2000 alkaen), kaikki sosiaali- ja terveysministeriöstä, budjetti-neuvos Pertti **Tuhkanen** ja neuvotteleva virkamies Matti **Halén**, molemmat valtiovarainministeriöstä, sosiaali- ja terveystoimen päällikkö Tuula **Taskula** Suomen Kuntaliitosta ja henkilövakuutusjohtaja Tiina **Hellgrén** Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitosta. Hellgrénin siirryttyä 1.12.2000 alkaen Henkivakuutusosakeyhtiö Skandian toimitusjohtajaksi hänen sijaisenaan työryhmässä toimi toimitusjohtaja Jukka **Rantala** Vakuutusyhtiöiden Keskusliitosta.

Työryhmän pysyviksi asiantuntijoiksi nimettiin Sampo-konsernin tuotekehitysjohtaja Anni **Hellman**, joka on toiminut 1.7.2000 alkaen aktuaarina CEA:ssa (Comité Européen Des Assurances), toiminnanjohtaja Pirkko **Karjalainen** Vanhustyön Keskusliitosta, erikoisasiantuntija Eevaliisa **Virnes** Suomen Kuntaliitosta ja kehittämisspäällikkö Aino-Maija **Luukkonen** Turun kaupungin sosiaalikeskuksesta.

Työryhmän sihteereinä toimivat ylitarkastaja Tony **Silander** (16.11.2000 asti) ja ylitarkastaja Anne **Raassina**, molemmat sosiaali- ja terveysministeriöstä sekä Vakuutusyhtiö-

öiden Keskusliiton asiamies Vesa **Rantahalvari**, joka siirtyi 15.1.2001 alkaen sosiaali- poliittiseksi asiamieheksi Palvelutyönantajat ry:n palvelukseen.

Työryhmän tuli saada tehtävänsä valmiiksi 30.11.2000 mennessä. Työryhmän määräaika pidennettiin 28.2.2001 asti.

Työryhmä kokoontui yhteensä 24 kertaa.

Työryhmän suunnitteli kunnille kohdistetun kyselyn, joka koski vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden palveluja. Yliaktuaari Tuula **Melkas** Tilastokeskuksesta vastasi kyselyn toteuttamisesta ja taulukkoraportin laadinnasta. Tilastokeskus selvitti työryhmän toimeksiannosta myös vanhempien ja lasten maantieteellistä välimatkaa.

Työryhmän tuli työnsä aikana kuulla työmarkkinaosapuolia, yksityisiä palveluntuottajia sekä muita tarpeellisia asiantuntijatahoja.

Työryhmä on kuullut seuraavia asiantuntijoita:

Toiminnanjohtaja Bjarne **Bolin** Terveys- ja sosiaalialan yrittäjät ry TESO, sosiaalipoliittinen sihteeri Mirja **Janérus** Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK, erikoistutkija Timo **Karjalainen** Stakes, lääketieteellinen asiantuntija **Kari Kaukinen** Teollisuuden ja Työnantajain Keskusliitto TT, toimitusjohtaja Jukka **Kivekäs** Vakuutuskuntoutus VKK, professori Sirkka-Liisa **Kivelä** Oulun yliopisto, asiamies Mikko **Martikainen** Palvelutyönantajat ry, tutkimuspäällikkö Pekka **Parkkinen** Valton taloudellinen tutkimuskeskus VATT, toimialapäällikkö Ismo **Partanen** kauppa- ja teollisuusministeriö, professori Kari **Salavuo** Turun yliopisto, erikoistutkija Pekka **Sirén** sosiaali- ja terveysministeriö, ylijohdaja Hannu **Uusitalo** Stakes, tutkimuspäällikkö Marja **Vaarama** Stakes, työmarkkinalakimies Tarja **Tuominen** Kunnallinen työmarkkinalaitos ja asiantuntijalääkäri Riitta **Työläjärvi** Toimihenkilökeskusjärjestö STTK. Suomen Yrittäjiltä on saatu kirjallinen kannanotto.

Muistioon sisältyy täydentävä lausuma.

Saatuaan työnsä valmiiksi työryhmä jättää kunnioittavasti muistionsa sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä 28. helmikuuta 2001

Tarmo Pukkila

Viveca Arrhenius

Tuulikki Haikarainen

Matti Halén

Tiina Hellgrén

Ilkka Oksala

Risto Pomoell

Tuula Taskula

Pertti Tuhkanen

Kari Välimäki

Reijo Väärälä

Anne Raassina

Vesa Rantahalvari

SISÄLLYS

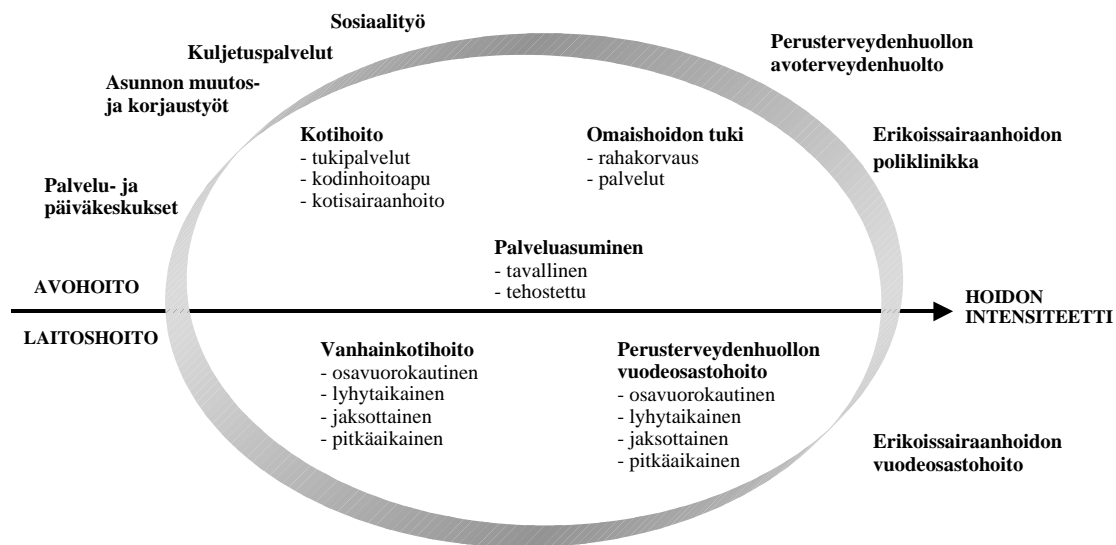
1. VANHUSTEN PITKÄAIKAISHOIDON PALVELUJEN NYKYTILA	17
1.1. Palvelumuodot	17
1.2. Palvelujen järjestäminen, rahoitus, käyttö ja kustannukset.....	19
1.2.1. <i>Julkiset palvelut</i>	19
1.3.2. <i>Yksityiset palvelut</i>	26
1.2.3. <i>Epäviralliset palvelut</i>	27
1.3. Arvioita palvelujen saatavuudesta ja laadusta.....	28
1.3.1. <i>Palvelujen saatavuuden kehitys</i>	28
1.5.2. <i>Palvelujen laatu</i>	33
2. VÄESTÖRAKENTEEN MUUTOSTEN VAIKUTUKSET PALVELUTARPEESEEN JA JULKISTEN PALVELUJEN KUSTANNUKSIIN.....	35
2.1. Väestön ikärakenteen kehitys.....	35
2.2. Palvelujen tarpeeseen ja julkisten palvelujen kysynnän muutoksiin vaikuttavia tekijöitä.....	37
2.3. Vanhuspalvelujen julkisten kustannusten kehitys	42
2.4. Julkisten sosiaalimenojen kokonaiskehitys.....	46
3. VANHUSTEN HOIDON VAKUUTTAMINEN.....	49
3.1. Mikä on hoitovakuutus?.....	49
3.2. Esimerkkejä muista maista	50
3.2.1. <i>Saksan pakollinen hoitovakuutus</i>	50
3.2.2. <i>Japanin pakollinen hoitovakuutus</i>	52
3.2.3. <i>Luxemburgin pakollinen hoitovakuutus</i>	54
3.2.4. <i>Britannian vapaaehtoinen hoitovakuutus</i>	55
3.2.5. <i>Ranskan vapaaehtoinen hoitovakuutus</i>	56
3.2.6. <i>Tanskan vapaaehtoinen hoitovakuutus</i>	57
4. HOITOVAKUUTUKSEN ROOLI JA MAHDOLLISUUDET VANHUSPALVELUISSA.....	59
4.1. Hoitovakuutuksen perusmallit sekä niiden vahvuuksia ja heikkouksia.....	59
4.2. Hoitovakuutuksen suhde julkisiin palveluihin ja etuuksiin	61
4.2.1. <i>Julkisen pitkäaikaishoidon tuki</i>	61
4.2.2. <i>Hoitovakuutuksen vakuutustapahtuman kriteerit, arviointi ja ratkaiseminen</i> 63	
4.2.3. <i>Korvattavat palvelut ja korvausmuodot</i>	63
4.2.4. <i>Vakuutetun oikeus julkisiin palveluihin ja etuuksiin</i>	64
4.2.5. <i>Hoitovakuutuksen mahdollisia julkisen tuen muotoja</i>	65
5. TYÖRYHMÄN EHDOTUS	66
TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA	68
LÄHTEET	77
LIITETAULUKOT.....	80
LIITEKUVIOT	85

1. VANHUSTEN PITKÄAIKAISHOIDON PALVELUJEN NYKYTILA

1.1. Palvelumuodot

Vanhusten pitkäaikaishoidon palveluiksi voidaan määritellä sosiaali- ja terveystalvet, jotka kohdennetaan avun tai hoivan tarpeessa olevien vanhusten päivittäisen selviytymisen tukemiseen. Palvelut ovat kotiin annettavia ja muita avopalveluja sekä laitoshoidon palveluja. Keskeisimmät vanhusten käyttämät sosiaalipalvelut ovat kotipalvelu, asumis- palvelut, omaishoidon tuki, eräät vammaispalvelut ja vanhainkotihoito. Tärkeimmät terveydenhuollon pitkäaikaishoidon palvelut ovat kotisairaanhoido ja hoito terveystal- kusten vuodeosastoilla. (Kuvio 1)

Kuvio 1. Keskeiset vanhusten käyttämät sosiaali- ja terveystalvet



Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä erilaiseen tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista ja niissä avustamista. Kotipalveluja ovat kodinhoitoavun lisäksi tukipalvelut, kuten ateria-, vaatehuolto-, siivous-, kylvytys-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Arkipäivän askareissa auttamisen ja henkilökohtaisen avun lisäksi kotipalveluissa tarkkaillaan asiakkaan vointia sekä ohjataan ja neuvotaan palveluihin liittyvissä asioissa.

Kotisairaanhoido kuuluu hoitotoimia sekä näyttöiden ja kokeiden ottoa. Hoitotoimia ovat esimerkiksi leikkausten jälkihoito ja saattohoito. Tavallisimpia kotisairaanhoidon pitkäaikaisia asiakkaita ovat aivohalvauspotilaat, dementoituneet vanhukset, psykiatriset potilaat, diabeetikot ja etenkin sellaiset potilaat, jotka tarvitsevat erityisiä apuvälineitä ja niiden toiminnan seurantaa ja huoltoa.

Asumispalveluilla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä. Palveluasumiseen kuuluu sekä asunnon että palveluiden järjestäminen. Asumispalveluja annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä. Asumispalveluja järjestetään palvelutaloissa, palveluasuntoryhmissä sekä yksittäisissä palvelu- tai tukiasunnoissa. Palveluasumisen erityispiirteinä ovat asunnon esteettömyyttä edistävät rakenteelliset ratkaisut sekä tarjolla olevat turva-, koti- ja muut palvelut. Asukas maksaa asunnosta vuokran tai vastikkeen, valitsee tarvitsemansa palvelut ja maksaa niistä erikseen käytön mukaan. Palveluasuminen perustuu tavallisimmin vuokrasuhteeseen.

Kunta voi tukea sairaan henkilön, vammaisen tai vanhuksen kotona tapahtuvaa hoitoa tai muuta huolenpitoa maksamalla hoitajalle hoitopalkkiota ja järjestämällä sosiaali- ja terveystalouksia. Kunta ja hoitaja tekevät **omaishoidon tuesta** sopimuksen, johon liittyy hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoitaja voi olla hoidettavan henkilön omainen tai muu henkilö. Vuonna 2001 alin omaishoidon tuen hoitopalkkio on 1 256 markkaa kuukaudessa ellei hoidon sitovuus ole vähäistä tai ellei alempaan hoitopalkkioon ole jotakin muuta erityistä syytä. Hoitopalkkio on veronalaista tuloa. Omaishoidon tuen saajalla on oikeus saada vähintään yksi vapaapäivä sellaista kuukautta kohti, jonka aikana hoitotyö on luonteeltaan erittäin sitovaa. Kunta huolehtii hoidon järjestämisestä lakisääteisen vapaan ajaksi.

Vammaispalvelut perustuvat lakiin vammaisuuden perusteella annettavista palveluista ja tukitoimista, joka on toissijainen sosiaalihuoltolakiin nähden. Sen mukaisia palveluja järjestetään, mikäli vammaisen henkilö ei saa riittäviä hänelle sopivia palveluja muun lain nojalla. Vammaispalvelulain mukaan osa vaikeavammaisille tarkoitetuista palveluista kuuluu erityisen järjestämisvelvollisuuden piiriin. Näitä ovat kohtuulliset kuljetuspalvelut niihin liittyvine saattajapalveluineen, tulkkipalvelut ja palveluasuminen, jos henkilö tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista. Lisäksi vaikeavammaiselle henkilölle korvataan asunnon muutostöistä ja asuntoon kuuluvista välineistä ja laitteista aiheutuvat kustannukset. Vammaispalvelulaissa on mainittu myös palveluja ja tukitoimia, joita kunta järjestää talousarvioonsa varattujen määrärahojen rajoissa (esimerkiksi henkilökohtaisen avustajan kustannusten korvaaminen). Myös vanhukset kuuluvat vammaispalvelujen piiriin.

Laitoshoidolla tarkoitetaan hoidon, ylläpidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa toimintayksikössä. Laitoshoitoa annetaan henkilölle, joka tarvitsee apua, hoitoa tai muuta huolenpitoa, jota ei voida tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan muita sosiaalipalveluita hyväksi käyttäen. Pitkäaikaiseen laitoshoitoon sisältyy hoidon lisäksi täysi ylläpito kuten ruoka, lääkkeet ja puhtaus. Vanhusten laitoshoidon järjestetään vanhainkotien lisäksi erilaissa hoito- ja hoivakodeissa. Lisäksi merkittävä osa vanhusten pitkäaikaisesta laitoshoidosta tapahtuu sairaaloissa, lähinnä terveyskeskusten vuodeosastoilla. Laitoshoito voi olla myös osavuorokautista, lyhytaikaista tai jaksottaista. Näillä hoitomuodoilla tuetaan vanhuksen kotona selviytymistä ja mahdollisen hoitavan omaisen jaksamista. Samalla ehkäistään pysyvän laitoshoidon tarvetta. Lyhytaikaishoitajaksot voivat olla säännöllisiä, jolloin ne vuorottelevat kotona asumisen kanssa.

Apuvälinehuollosta vastaavat kunnat, sairaanhoitopiirit ja Kansaneläkelaitos. Vanhusten apuvälinehuolto on pääasiassa terveyskeskusten vastuulla. Ne ylläpitävät hoito- ja liikuntavälineiden varastoa. Apuvälineet ovat maksuttomia.

Vanhusten merkittävin **kuntoutuksen** muoto on kuntien terveydenhuollon järjestämä lääkinnällinen kuntoutus. Perusterveydenhuollossa annetaan ryhmä- ja yksilökuntoutusta. Terveyskeskuksen kuntoutusryhmät valitsevat ulkopuoliseen kuntoutukseen lähetettävät potilaat ja päättävät kalliiden apuvälineiden hankinnasta. Vanhukset voivat saada myös Kansaneläkelaitoksen rahoittamaa harkinnanvaraista kuntoutusta. Veteraaneilla on oikeus valtion rahoittamaan rintamaveteraanien tai sotainvalidien kuntoutukseen.

1.2. Palvelujen järjestäminen, rahoitus, käyttö ja kustannukset

Sosiaali- ja terveystalvet voidaan luokitella julkisiin palveluihin, yksityisiin voittoa tavoittelemattomien yleishyödyllisten yhteisöjen palveluihin ja kaupallisiin palveluihin sekä epävirallisiin palveluihin. Julkisilla palveluilla tarkoitetaan palveluja, joissa julkinen sektori vastaa palvelujen järjestämisestä ja kohdentamisesta. Yksityisiksi palveluiksi katsotaan palvelut, jotka kuluttaja hankkii yksityiseltä sektorilta eli yrityksiltä tai järjestöiltä. Epävirallisiksi palveluiksi voidaan määritellä tuki ja apu, jota henkilö saa maksutta omaisiltaan ilman kunnallista omaishoidon tukea sekä muu tuki ja apu läheisiltä, vapaaehtoistyöntekijöiltä, naapureilta jne.

1.2.1. Julkiset palvelut

Julkisten palvelujen lähtökohtana ovat maassa asuvien lailla säädetyt oikeudet sosiaaliturvaan. Perustuslain 19 §:n mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Sosiaali- ja terveystalvet ovat toimeentuloturvaetuksien rinnalla yksi keino tämän oikeuden turvaamiseksi. Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä.

Julkisten palvelujen järjestämisvastuu on annettu kunnille. Kunta on velvollinen järjestämään vanhustalvet riittävässä laajuudessa ja kuntalaisten tarpeita vastaavalla tavalla. Vanhustalvet laajuus on jätetty yksityiskohtaisesti määrittelemättä, jolloin kunnalla on harkintavalta palvelujen laajuuden suhteen. Kunnan on kuitenkin joka tapauksessa osoitettava voimavaroja vanhustalvet järjestämiseen. Palvelujen järjestämiseen osoitettavien voimavarojen tulisi mahdollistaa asukkaille tasavertaiset perustalvet asuinpaikasta ja sosiaalisesta asemasta riippumatta. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982; Kansanterveyslaki 66/1972; Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 773/1992)

Toisin kuin esimerkiksi pienten lasten päivähoitossa ja tietyissä vaikeavammaisille tarkoitetuissa vammaistalvetuissa, apua tarvitsevilla vanhuksilla ei ole subjektiivista oikeutta vanhustalvet saamiseen. Kunta voi ottaa palveluja tarvitsevien yksilölliset ja kuntakohtaiset olosuhteet huomioon päättäessään vanhustalvetu kohdentamisesta (ks. kappale 1.3.1.)

Kunta voi järjestää talvet tuottamalla ne itse. Kunta voi myös olla jäsen toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä tai hankkia talvet toiselta kunnalta tai kuntayhtymältä, valtiolta tai muulta julkiselta palvelujen tuottajalta. Kunta voi ostaa talvet myös yk-

sityisiltä, liikeperiaatteella toimivilta yrittäjiltä ja voittoa tavoittelemattomilta yleis-
hyödyllisiltä yhteisöiltä. Vuonna 1998 ostopalvelujen osuus kuntien järjestämien palve-
lujen käyttökustannuksista oli vanhainkotihoitossa 9 prosenttia, kotipalvelussa 5 pro-
senttia ja muissa vanhusten ja vammaisten sosiaalipalveluissa 26 prosenttia (sisältää
palveluasumisen). Perusterveydenhuollossa vastaava osuus oli 2 prosenttia. Kunnan on
varmistuttava siitä, että sen hankkiessa palveluja yksityiseltä tuottajalta palvelun tuotta-
jan toimintaperiaatteet, toimintatavat, henkilökunta ja tilat vastaavat sitä tasoa, jota edel-
lytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suun-
nittelusta ja valtiosuudesta 773/1992)

Julkisten vanhuspalvelujen yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja
terveysministeriölle. Läänien alueella suunnittelu, ohjaus ja valvonta on säädetty lää-
ninhallitusten tehtäväksi. Lääninhallitus voi sakon uhalla määrätä kunnan tai kuntayh-
tymän noudattamaan laissa tai lain nojalla säädettyä velvoitetta. Valtiosuusuudistuk-
sen yhteydessä 1993 valtiolta pitkälti luopui roolistaan kuntien palvelujen ennakoit-
sena valvojana ja valvonnan painopiste siirtyi kuntiin.

Kunnan järjestämisvastuulla olevien vanhuspalvelujen laatua ei ole määritelty yksityis-
kohtaisesti. Tilanne on siis tältä osin samantyyppinen kuin palvelujen laajuudessa. Pal-
velujen käyttäjien aseman ja palvelujen laadun turvaamiseksi julkisia vanhuspalveluja
antavalla henkilökunnalla on koulutus- ja ammattitaitovaatimukset. Lisäksi palveluissa
on kiinnitettävä erityistä huomiota asiakaslähtöisyyteen, asiakassuhteen luottamukselli-
suuteen, hoidon laatuun, asiakkaan ohjaukseen ja informointiin sekä asiakkaan omiin
toivomuksiin ja mahdollisuuksiin osallistua häntä koskevaan päätöksentekoon. Vanhus-
palvelujen valtakunnallisia laatusuosituksia viimeistellään parhaillaan sosiaali- ja ter-
veysministeriössä. (Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista
804/1992; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Laki potilaan asemasta
ja oikeuksista 785/1992; Laki sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista 812/2000)

Asiakkaan aseman turvaamiseksi yksityisten vanhuspalvelujen ohjaus ja valvonta on
annettu lääninhallitusten tehtäväksi. Niiden tehtävänä on muun muassa valvoa palveluja
tuottavien yksiköiden toimintaedellytysten, kuten esimerkiksi toimitilojen, henkilöstön
lukumäärän ja kelpoisuusedellytysten täyttymistä. Palveluhenkilöstön on esimerkiksi
täytettävä samat kelpoisuusvaatimukset kuin julkisten vanhuspalvelujen henkilökunnal-
takin edellytetään. Lääninhallitukset valvovat myös muun muassa sitä, että asiakkaalle
annettavat palvelut perustuvat sopimukseen, johon tarvittaessa liittyy asiakkaan tai tä-
män edustajan kanssa laadittu hoitosuunnitelma. (Laki yksityisten sosiaalipalvelujen
valvonnasta 603/1996.) Lääninhallitusten ohjauksen ja valvonnan lisäksi yksityisten
vanhuspalvelujen asiakkaiden turvana on yleinen kuluttajalainsäädäntö.

Tilastokeskuksen (2000) selvityksen mukaan valtaosassa kunnista ei ole kirjallisia oh-
jeita palvelujen myöntämisestä. Yleisimmin, 27 prosentissa kunnista, ohjeita on laadittu
vammaispalvelujen myöntämisestä. Toiseksi yleisimpiä ovat ohjeet omaishoidon tuesta.
Kotipalvelusta on annettu ohjeet 15 prosentissa kunnista ja kotisairaanhoidosta vain
joka kymmenennessä kunnassa. Palvelujen tarvitsija tekee yleisimmin itse aloitteen ko-
tipalvelun saamiseksi. Myös lasten, puolison ja viranomaisten rooli palvelualoitteiden
tekemisessä on huomattava. Kolmasosa kunnista ilmoitti kirjaavansa hylätyt palveluha-
kemukset tai -pyynnöt.

Kuntien järjestämisvastuulla oleviin vanhushuolteisiin liittyvistä viranhaltioiden tekemistä ratkaisuista ei saa hakea muutosta valittamalla. Kunnan ratkaisuun tyytymättömällä on oikeus saada asiansa kuntansa sosiaalihuollon toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä huolehtivan toimielimen käsiteltäväksi. Toimielimen käsittelyn pohjalta tehtyyn päätökseen haetaan muutosta valittamalla hallinto-oikeuteen. Hallinto-oikeuden päätökseen, joka koskee sosiaalipalvelun antamista tai siitä määrätyn maksun suuruutta, ei saa hakea muutosta valittamalla. Vammaispalvelulain mukaisesti subjektiivisiin oikeuksiin kuuluvia palveluja koskevista päätöksistä voi kuitenkin hakea muutosta korkeimmasta hallinto-oikeudesta.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoituksessa on kolme päämallia, jotka ovat yleinen verorahoitus (kunnallis- ja valtionverotuksen tuotto), käyttäjämaksut ja palvelujen käyttäjien omavastuuosuudet sekä vakuutusmuotoinen rahoitus joko pakollisen sosiaalivakuutuksen tai yksityisten vakuutusten kautta. Suomessa julkiset vanhushuolteet rahoitetaan kuntien saamien yleiskatteisin verovaroin, valtionosuuksien ja asiakasmaksuilla. Vanhushuolteiden rahoitus on osa yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää.

Valtionosuus on keskimäärin 24 prosenttia lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttökustannuksista. Valtionosuuden suuruus määräytyy palvelujen järjestämisen kustannuksiin vaikuttavista tekijöistä kuvaavien perusteiden mukaan. Tällaisia perusteita ovat muun muassa kunnan asukasluku, ikärakenne, asukkaiden sairastavuus, asukkaiden työttömyys ja kunnan syrjäisyys. Lisäksi kunnat voivat saada erillistä valtionosuutta perustamishankkeiden toteuttamiseksi. Kunnalla ei ole velvoitetta käyttää tiettyä osuutta valtionosuudesta vanhushuolteisiin, vaan se voi käyttää valtionosuuden haluamallaan tavalla. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 773/1992)

Keskeisten sosiaali- ja terveyspalvelujen enimmäismaksuista säädetään maksulaisissa ja -asetuksissa. Kunnilla on näiden säännösten sallimissa rajoissa mahdollisuus päättää maksujen suuruudesta. Maksut ovat joko kiinteitä tai maksukyvyyn (tulojen) mukaan määräytyviä. Osa palveluista on säädetty maksuttomiksi (mm. ennaltaehkäisevä työ, sosiaalityö, apuvälineet, osa vammaispalveluista). Maksua voidaan tarvittaessa alentaa tai se voidaan jättää perimättä. Maksut eivät saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992; Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992)

Jatkuvasta ja säännöllisestä kodinhoitoavusta ja kotisairaanhoidosta perittävä maksu määräytyy bruttotulojen ohella palvelun määrän ja laadun sekä palvelun saajan perheen koon mukaan. Esimerkiksi yhden hengen taloudelle kodinhoitoavun ja kotisairaanhoidon enimmäismaksu on 35 prosenttia bruttotuloista, jotka ylittävät 2 500 markkaa. Tiettyjä tulolajeja, kuten asumistukea ja rintamalisää ei oteta huomioon maksua määritettäessä. Palveluasumisen ja tukipalvelujen maksuja ei ole säännelty erikseen, joten kunnat voivat päättää niistä varsin vapaasti.

Pitkäaikaisen laitoshoidon maksu voi olla enintään 80 prosenttia hoidossa olevan henkilön nettotulosta. Hoidettavalle on siis jätettävä henkilökohtaisiksi käyttövaroiksi kuukausittain vähintään 20 prosenttia nettotuloista, kuitenkin vähintään 460 markkaa. Tuloina otetaan huomioon muun muassa eläkkeet ja niihin rinnastettavat jatkuvat etuudet, elinkorot sekä muut jatkuvat henkilökohtaiset tulot. Maksu tulee tarvittaessa määrätä

alemmaksi siten, että ennen laitoshoidon alkamista hoidettavan kanssa yhteistaloudessa eläneen henkilön ja alaikäisten lasten elatus tulee asianmukaisesti turvatuksi.

Kun kunta järjestää vanhuspalveluja ostamalla niitä yksityiseltä palveluntuottajalta, asiakkaalta on perittävä samat asiakasmaksut kuin vastaavista kunnan tuottamista palveluista.

Kokonaisuutena julkisten vanhuspalvelujen tarjonta väheni ja sen seurauksena käyttö supistui 1990-luvulla (taulukko 1). Kodinhoitoavun saajien määrän väheneminen lähes kolmanneksella on seurausta palvelujen kohdentamisesta vanhimille ja heikkokuntoisimmille vanhuksille. Tukipalvelujen asiakasmäärä laski 1990-luvun alussa huomattavasti, kääntyi välillä kasvuun, mutta uusimmat tiedot osoittavat jälleen asiakasmäärän laskua. Omaishoidon tuen saajien määrä on kasvanut hieman viime vuosina. Vanhusten palvelujen kehittäminen keskittyi 1990-luvulla erityisesti palveluasumisen laajentamiseen, palveluasunnoissa asuvien vanhusten määrä kasvoi yli kaksinkertaiseksi. Palveluasumisyksiköissä on omaa henkilöstöä, minkä lisäksi noin 30 prosenttia kuntien kotipalvelujen henkilöstöstä työskentelee palveluasumisessa. Vanhainkotihoidon asiakkaat vähentyivät 1990-luvulla vajaalla viidenneksellä. Vanhusten pitkäaikaisessa hoidossa terveydenhuollon laitoksissa ei ole tapahtunut määrällisesti suuria muutoksia. Sen sijaan hoidon porrastus on muuttunut niin, että pitkäaikaista hoitoa erikoissairaanhoidossa on korvattu perusterveydenhuollon laitoshoidolla. Vanhusten pitkäaikaishoito erikoissairaanhoidossa on enää hyvin vähäistä.

Taulukko 1. Vanhusten julkisten palvelujen käyttö 1990 – 1999

Palvelumuoto	1990	1992	1994	1996	1998	1999	muutos 1990-1999
Kodinhoitoapu ¹	121 931	103 778	87 747	87 407	84 816	84 283	-31 %
Tukipalvelut ¹		127 999	93 952	99 213	105 621	103 423	-19 % ²
Omaishoidon tuki ¹	13 230	11 530	10 668	12 156	12 779	13 172	0 %
Palveluasuminen ³	7 440	10 090	10 976	15 493	17 985	19 620	164 %
Vanhainkotihoido ³	25 186	24 496	22 593	22 370	20 973	20 604	-18 %
Perusterveydenhuollon pitkäaikaishoito ³			11 092	11 175	11 306	11 030	- 1 % ⁴
Erikoissairaanhoidon pitkäaikaishoito ³			1 873	1 239	689	694	- 163 % ⁴

¹ asiakkaat vuoden aikana

² 1992 - 1999

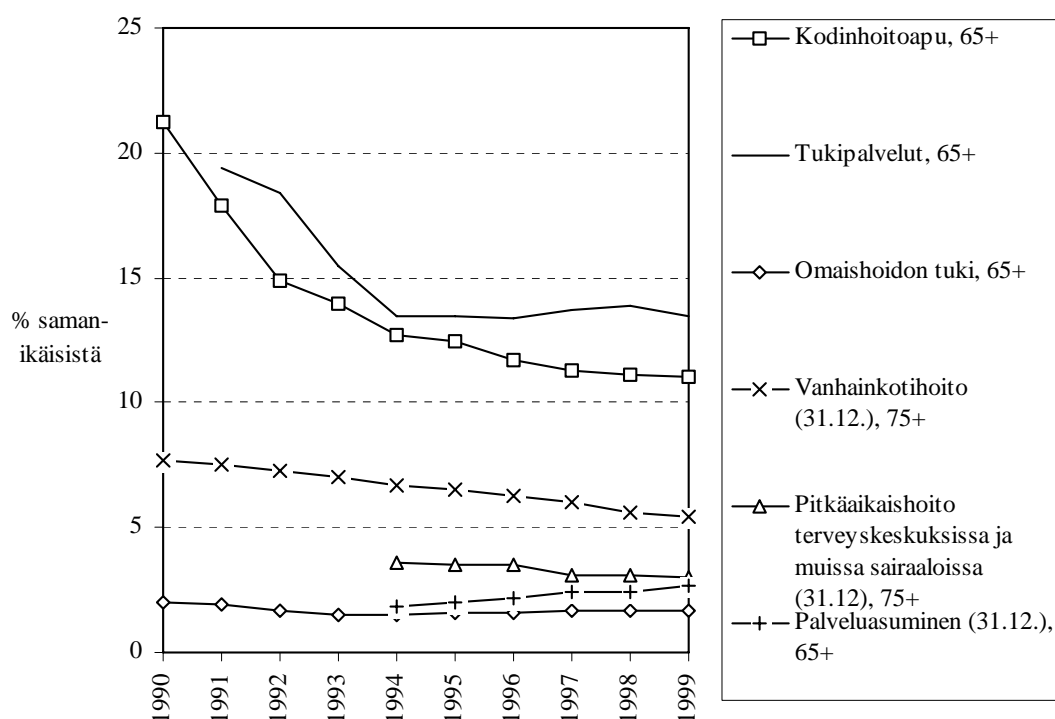
³ asiakkaat 31.12.

⁴ 1994 - 1999

Lähde: STM

Julkisten vanhushpalvelujen tarjonta suhteessa vanhusväestön määrään niukentui selvästi 1990-luvulla (kuvio 2). Niukentuminen johtui asiakasmäärien pienentymisestä ja vanhusväestön määrän kasvusta. Kodinhoitoapua saaneiden henkilöiden osuus puolittui noin 11 prosenttiin ja tukipalveluja saaneiden osuus laski vajaaseen 14 prosenttiin 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä. Vanhainkotihoidossa olleiden osuus supistui parilla prosenttiyksiköllä runsaaseen 5 prosenttiin 75 vuotta täyttäneistä. Palvelujen kattavuus laajeni vain palveluasumisessa.

Kuvio 2. Julkisten vanhushpalvelujen saajien prosentiosuuksia 1990 – 1999



Lähde: STM

Asiakasmäärien ja kattavuuden ohella julkisten vanhushpalvelujen käyttöä voidaan kuvata palvelujen intensiteetin avulla. Kotona annettavien palvelujen intensiteettiä voidaan kuvata käyntikerroilla. Säännöllisessä kotihoidossa olevat henkilöt saavat kotipalveluja tai kotisairaanhoidoa käytännössä keskimäärin pari kertaa viikossa (taulukko 2). Kotipalvelujen intensiteetti näyttää jonkin verran nousseen 1990-luvun lopulla, kun kotipalveluja kohdennettiin eniten apua tarvitseville.

Taulukko 2. Julkisten kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon säännölliset asiakkaat käyntimäärän ja saadun palvelun mukaan vuosina 1995, 1997 ja 1999

Käyntikerrat kuukaudessa	Kotipalvelu 1995	Kotipalvelu 1997	Kotipalvelu 1999	Kotisairaanhoido 1999
1 – 3 kertaa	*)	19 %	8 %	53 %
4 – 8 kertaa	50 %	33 %	34 %	32 %
9 – 16 kertaa	18 %	16 %	21 %	7 %
17 – 20 kertaa	4 %	4 %	4 %	1 %
21 – 40 kertaa	16 %	13 %	15 %	5 %
41 kertaa tai useammin	13 %	15 %	18 %	2 %
Yhteensä	100 %	100 %	100 %	100 %

*) vuonna 1995 käyntikertojen luokituksen alin luokka oli 1 – 8 kertaa

Lähde: Stakes

Vanhusten käyttämien julkisten palvelujen kustannuksia ei voida esittää tarkasti, koska tilastoissa on vähän palvelumuoto- ja ikäryhmäkohtaisia kustannustietoja. Suuntaa-antavien laskelmien mukaan vanhuspalvelujen asiakasmaksut sisältävät bruttokustannukset olivat vuonna 2000 noin 10,2 miljardia markkaa ja nettomääräiset kustannukset noin 8,5 miljardia markkaa (taulukko 3). Vuoteen 1990 verrattuna kustannukset kasvoivat vuoden 2000 rahassa tarkasteltuna vajaalla viidenneksellä, vaikka palvelujen kattavuus on kokonaisuutena supistunut. Yksikkökustannusten kasvua selittänee eniten työvoimakustannusten ja intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden lukumäärän kasvu. Palvelumuodoittain tarkasteltuna eniten kasvoivat palveluasumisen ja kotipalvelujen järjestämiskustannukset. Laitoshoidon osuus kokonaiskustannuksista oli vuonna 2000 noin 67 prosenttia. Vanhuspalveluissa asiakasmaksujen osuus palvelujen kokonaisrahoituksesta on suurempi kuin sosiaali- ja terveystalouksissa keskimäärin. Palvelumuodoittain tarkasteltuna asiakasmaksujen osuus on suurin vanhankotihoidossa.

Taulukko 3. Julkisten vanhuspalvelujen järjestämiskustannukset vuosina 1990 – 1999 vuoden 2000 rahassa

Palvelumuoto		1990	1995	2000	muutos 1990-2000
Kotipalvelut	Bruttokustannukset, mmk	1 550	1 922	1 877	21 %
	Mk/asiakas	12 713	22 158	21 822	72 %
	Nettokustannukset, mmk	1 323	1 402	1 578	19 %
	Asiakasmaksujen osuus	15 %	27 %	16 %	
Omaishoidon tuki	Bruttokustannukset, mmk	330	345	239	-28 %
	Mk/asiakas	24 948	30 521	18 102	-27 %
Palveluasuminen*	Bruttokustannukset, mmk	423	809	1 344	218 %
	Mk/asiakas	48 333	55 154	68 978	43 %
	Nettokustannukset, mmk	330	621	1 107	236 %
	Asiakasmaksujen osuus	22 %	23 %	18 %	
Vanhainkotihoito	Bruttokustannukset, mmk	3 594	3 851	3 619	1 %
	Mk/asiakas	135 010	166 790	167 114	24 %
	Nettokustannukset, mmk	2 908	3 077	2 856	-2 %
	Asiakasmaksujen osuus	19 %	20 %	21 %	
Terveystenhuollon pitkäaikaishoito	Bruttokustannukset, mmk	2 901	3 152	3 167	9 %
	Mk/asiakas	174 715	205 879	225 212	29 %
	Nettokustannukset, mmk	2 467	2 638	2 673	8 %
	Asiakasmaksujen osuus	15 %	16 %	16 %	
Yhteensä	Bruttokustannukset, mmk	8 798	10 079	10 246	17 %
	Nettokustannukset, mmk	7 028	7 738	8 214	17 %
	Asiakasmaksujen osuus	20 %	23 %	20 %	

*) vuokrat mukaan lukien

Lähde: STM

Palvelujen järjestämiskustannusten erot kunta- ja yksikötasolla ovat suuria. Kotipalvelun käyttökustannukset käyntiä kohti vaihtelivat vuonna 1995 tutkituissa 28 kunnassa 84 markasta 449 markkaan (keskiarvo 177 mk) ja tuntia kohti 101 markasta 205 markkaan (keskiarvo 144 mk). Vanhainkotihoitossa käyttömenot hoitopäivää kohti olivat 223 – 477 markkaa (keskiarvo 339 mk). (Sjöblom 1999)

Käsitykset vaihtelevat siitä, missä määrin kustannuserot johtuvat vaikeasti muutettavissa olevista tekijöistä ja missä määrin ne liittyvät toiminnallisiin tehokkuuseroihin, joihin kunta tai toimintayksikkö pystyisi vaikuttamaan. Erot vanhustenhuollon laitoshoidon kustannuksissa näyttäisivät selittyvän tarvetekijöiden ohella taloudellisilla tekijöillä sekä palvelutuotannon tehokkuudella ja palvelurakenteella. Häkkisen ja Laukkasen (1999) tutkimuksen mukaan tarvevakioitujen menojen perusteella voidaan arvioida, että yhä vielä useat kunnat voisivat palvelujen tuottavuutta lisäämällä ja palvelurakennetta muuttamalla hillitä kustannusten kasvua ja tehostaa palvelutuotantoa. Kotipalveluista ei ole saatavilla erikseen vanhusten kotipalvelujen kustannustietoja, mutta näyttäisi siltä, että kustannustietojen puuttuminen ei vaikuta olennaisesti edellä mainittuihin johtopäätöksiin.

1.3.2. Yksityiset palvelut

Yksityisten vanhuspalvelujen kysynnälle ja tarjonnalle on useita syitä. Yritysten ja voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen palvelujen kysyntä muodostuu kuntien ostamien palvelujen lisäksi asiakkaiden palvelutarpeesta, jota ei tyydytetä esimerkiksi julkisilla palveluilla tai omaisavulla.

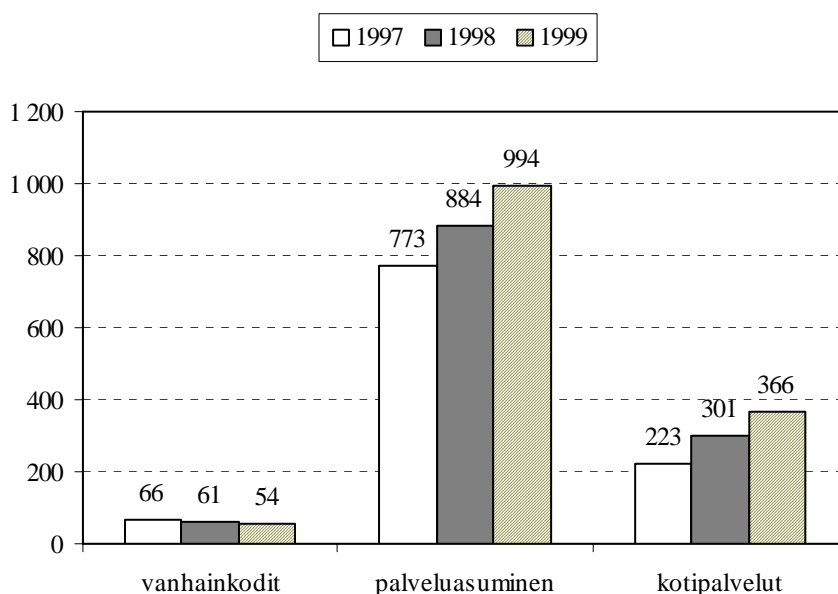
Yksityiset palvelut kustantavat niitä käyttävät asiakkaat. Joissakin tilanteissa kunnat myöntävät vanhuksille toimeentulotukea yksityisten vanhuspalvelujen, lähinnä palveluasumisen, käytöstä aiheutuviin kustannuksiin. Vuonna 1997 yksityisissä palveluasunnoissa, vanhainkodeissa tai vastaavissa asuville henkilöille myönnettiin toimeentulotukea runsaassa kolmasosassa kunnista.

Yksityisiä järjestömuodossa tuotettavia vanhuspalveluja tuetaan Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) voittovaroin. RAY:n avustukset vanhustenhuoltoon, joita myönnetään nykyisin lähinnä palvelujen kehittämistoimintaan ja palveluasumiseen, vaihtelivat 1990-luvulla 208 miljoonasta 360 miljoonaan markkaan vuodessa. Vuonna 2000 RAY:n jakamista avustuksista myönnettiin vanhustenhuollon toimialalle 287 miljoonaa markkaa.

Yksityisten vanhuspalvelujen laajuudesta, käytöstä ja kustannuksista ei ole käytettävissä yksityiskohtaista tietoa. Olemassa olevan tiedon hyödyntämistä vaikeuttaa se, että merkittävä osa toimintayksiköistä myy palvelunsa joko kokonaan tai osittain kunnille. Kuntien ostamien palvelujen osuus vaihtelee palvelumuodoittain (liitekuvio 1).

Kuntien ostopalvelut mukaan lukien Suomessa toimi vuonna 1999 runsaat 1 400 vanhuspalveluja tarjoavaa yksityistä toimintayksikköä (kuviot 3). Toimintayksiköiden lukumäärä nousi nopeasti 1990-luvulla. Tähän ovat vaikuttaneet kuntien ostopalvelujen lisääntyminen ja toisaalta julkisten vanhuspalvelujen tarjonnan supistuminen ja yksityisten palvelujen kysynnän lisääntyminen. Palveluasumista ja kotipalvelua tarjoavat yksiköt sijoittuvat varsin tasaisesti ympäri maata. Väestön määrään verrattuna näitä palveluja on suhteellisesti eniten tarjolla maaseutumaisissa kunnissa. Yksityisiä vanhainkoteja on lähinnä suurissa kaupungeissa. Yksityisissä toimintayksiköissä työskenteli vuonna 1999 arviolta 10 000 työntekijää. Valtaosa vanhuspalveluja tarjoavista yksiköistä on pieniä, enintään 10 henkilöä työllistäviä yksiköjä.

Kuvio 3. Yksityisten sosiaalipalvelujen toimintayksiköiden lukumäärä pääpalvelu-aloilla vuosina 1997 - 1999



Lähde: Stakes

Yksityisten toimintayksiköiden tuottamaa kodinhoitoapua käyttäneitä vanhustalouksia oli vuonna 1999 runsaat 21 000. Kun verrataan yksityisten palveluntuottajien kodinhoitoavun asiakkaiden määrää kuntien ostopalveluihin, joita käyttämällä kunnat järjestivät kodinhoitoapua noin 3 000 vanhustaloudelle, näyttäisi kodinhoitoapua hankkineen yksityisesti ilman kunnan tukea runsaat 18 000 vanhustaloutta. Yksityisten tarjoamissa vanhusten palveluasunnoissa oli vuoden 1999 lopussa asukkaita noin 13 600. Yksityisiä asumispalveluja käytti vuonna 1999 arviolta 5 000 henkilöä ja yksityistä vanhainkotihoitoa noin 2 000 henkilöä.

1.2.3. Epäviralliset palvelut

Julkiset pitkäaikaishoidon sosiaalipalvelut ovat Suomessa ja muissa Pohjoismaissa laajemmat kuin muissa maissa. Tästä huolimatta epävirallisella palkattomalla hoidolla ja huolenpidolla on säilynyt suuri rooli vanhusten hoidossa ja huolenpidossa. On arvioitu, että Suomessa vanhusten saamista avusta suurin osa, noin 70 prosenttia, on omaisilta, ystäviltä ja naapureilta saatua palkatonta apua. Näyttää siltä, että sen osuus on jopa kasvanut vuoden 1994 jälkeen (Vaarama ym. 1999a). Vanhusten epäviralliset auttajat ja hoitajat ovat usein itsekin iäkkäitä hoidettavien puolisoita tai hoidettavien aikuisia lapsia ja heidän puolisoitaan, harvemmin naapureita tai ystäviä. Epävirallisen avun ja hoidon laajuus luonnollisesti vaihtelee paljonkin, mutta säännöllinen ja jatkuvakin hoito voi tapahtua kokonaan epävirallisena hoitona ilman julkisten palvelujen tukea.

1.3. Arvioita palvelujen saatavuudesta ja laadusta

1.3.1. Palvelujen saatavuuden kehitys

Palvelujen saatavuus voidaan määritellä asukkaiden mahdollisuudeksi saada heidän tarvitsemiaan palveluja kohtuullisin kustannuksin.

1980-luvun lopulla ja erityisesti 1990-luvulla julkisissa vanhuspalveluissa pyrittiin rakennemuutokseen. Tarkoituksena on ollut luoda palvelujärjestelmä, joka on entistä avopalvelupainotteisempi ja kotona asumista tukeva. Tavoitteena on ollut muun muassa parantaa vanhusten elämänlaatua lisäämällä kotiin annettavia ja kuntouttavia palveluja. Samalla on tavoiteltu palvelujen taloudellisuutta ja tehokkuutta.

Tutkimustulokset viittaavat siihen, että tehokkuus- ja säästötavoitteet ovat toteutuneet, mutta palvelujen saatavuuden kannalta rakennemuutoksen on katsottu onnistuneen heikosti. Stakesissa vuonna 2000 laaditun arvion mukaan julkiset palvelut kattavat vanhusten palvelutarpeesta kaksi kolmasosaa. Julkisen laitoshoidon ja palveluasumisen katsotaan kutakuinkin vastaavan palvelutarpeita, mutta puutteita on kotihoidon palvelujen saatavuudessa siitä huolimatta, että avohoidon voimavaroja on viime vuosina lisätty. Saatavuuden ohella ongelmia on myös palvelujen intensiteetissä: esimerkiksi vuonna 1999 asiakkaan luona käytiin keskimäärin kaksi kertaa viikossa, kun tarve olisi ollut runsaasti apua tarvitsevien asiakkaiden osuuden kasvun takia olennaisesti tätä suurempi. Tyydyttymättömän avun tarve näyttää koskevan erityisesti toisaalta nuorimpia ja toisaalta runsaasti apua tarvitsevia vanhuksia ja alueellisesti tarkasteltuna erityisesti kaupungeissa asuvia vanhuksia. (Vaarama ym. 2000)

Myös Tilastokeskuksen (2000) selvityksen mukaan kotona annettavien palvelujen kohdentamiskriteerit ovat kiristyneet ja palvelut keskitetään huonokuntoisimmille vanhuksille. Tämän seurauksena parempikuntoiset, mutta silti apua tarvitsevat vanhukset jäävät usein julkisten vanhuspalvelujen ulkopuolelle. Tärkein kotipalvelujen asiakkaaksi ottamisen kriteeri on lähes kaikissa kunnissa terveydentila ja toimintakyky (ks. liitekuviot 2-3). Toiseksi tärkeimmän kriteerin suhteen kunnat hajaantuvat; useimmiten mainitaan kuntoutuksen tarve ja omaishoidon mahdollisuudet. Muita merkittäviä tekijöitä ovat muun muassa asumisolot ja samassa taloudessa asuvien mahdollisuudet auttaa. Kunnan taloudellisilla voimavaroilla on 37 prosentissa kunnista vähintään melko tärkeä vaikutus kotipalvelujen saamiseen. Myös kotitalouden tulot ja varallisuus vaikuttavat joissakin kunnissa palvelujen saantiin.

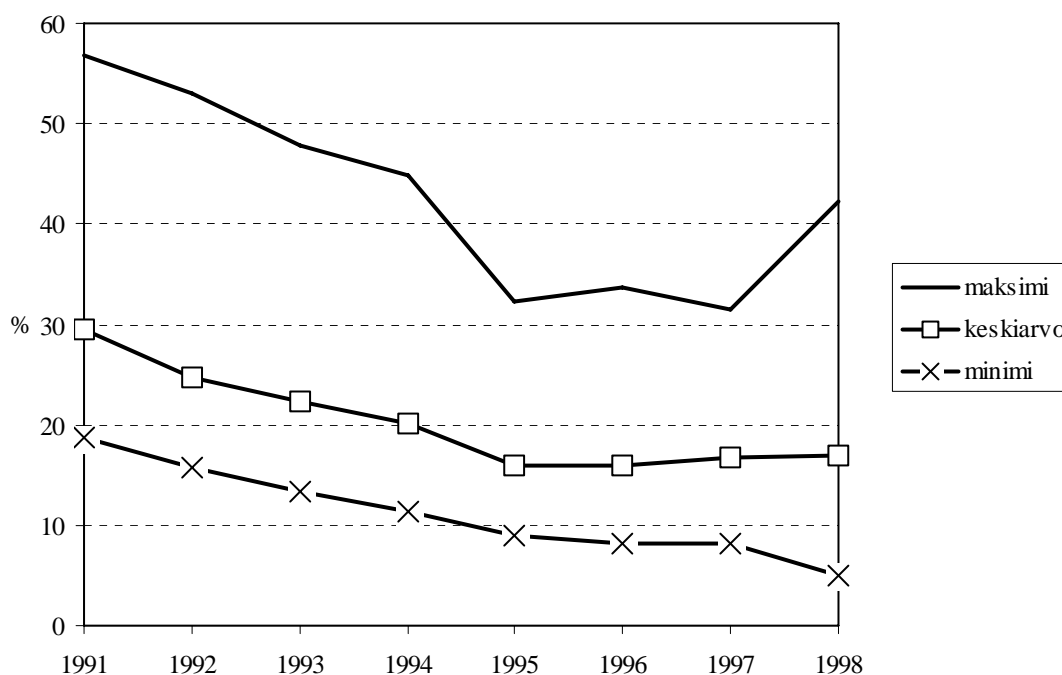
Tilastokeskuksen selvityksen mukaan kodinhoitoapua annetaan yksin asuville suhteellisen heikkokuntoisillekin vanhuksille melko vähän ja merkittävä osa palveluja tarvitsevista ei saa lainkaan siivousapua ja kuljetuspalveluja (liitetaulukko 2). Kunnat ohjaavat jonkin verran asiakkaitaan käyttämään yksityisiä palveluja. Ohjaaminen liittyy tavallisesti palveluihin, joita kunta ei järjestä.

Kansalaiset odottavat kunnilta määrällisesti ja laadullisesti riittäviä palveluja. Monet suomalaiset näyttävät olevan sitä mieltä, että sosiaalipalveluja on kokonaisuutena liian vähän ja vain harva katsoo palveluja olevan liikaa. Suurimpia puutteita palvelujen saatavuudessa koetaan olevan kotipalveluissa. (Sihvo 1997; Vaarama ym. 1999a)

Vuoden 2000 sosiaali- ja terveystietomuksessa sosiaali- ja terveysministeriö katsoi, että vanhusten hoitopalvelujen muutokset ovat toteutuneet kuntakohtaisesti hyvin eri tavoin. Arvion mukaan palvelujen tarjonta ei ole kaikkialla kyennyt vastaamaan lisääntyneeseen tarpeeseen ja vanhusväestön määrän kasvuun. Erityisesti kotiin annettavia palveluja arvioitiin olevan liian vähän.

Kuntakohtaisia eroja palvelujen saatavuudessa voidaan tarkastella vertailemalla palveluja saaneiden kotitalouksien osuutta kunnan vanhuskotitalouksista. Kodinhoitoavussa erot palvelujen kattavuudessa ovat huomattavat: vuonna 1998 palveluja sai enimmillään 42 prosenttia ja vähimmillään 5 prosenttia kunnan vanhustalouksista (kuvio 4). Palvelusumisessa, vanhainkotihoitossa ja osavuorokautisessa hoidossa vaihtelu on ollut vielä suurempaa kuin kodinhoitoavussa.

Kuvio 4. Julkista kodinhoitoapua saaneiden vanhuskotitalouksien osuus vanhuskotitalouksista, kunnittainen minimi, keskiarvo ja maksimi vuosina 1991 - 1998



Lähde: Stakes

Yksityisten palvelujen saatavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla markkinoilla tarjolla olevien palvelujen määrällistä riittävyyttä suhteessa niiden tarpeeseen sekä palveluja tarvitsevien taloudellisia mahdollisuuksia hankkia yksityisiä palveluja. Kotitalouksien taloudelliset yksityisten palvelujen hankintaedellytykset muodostuvat lähinnä kotitalouden tuloista ja varallisuudesta.

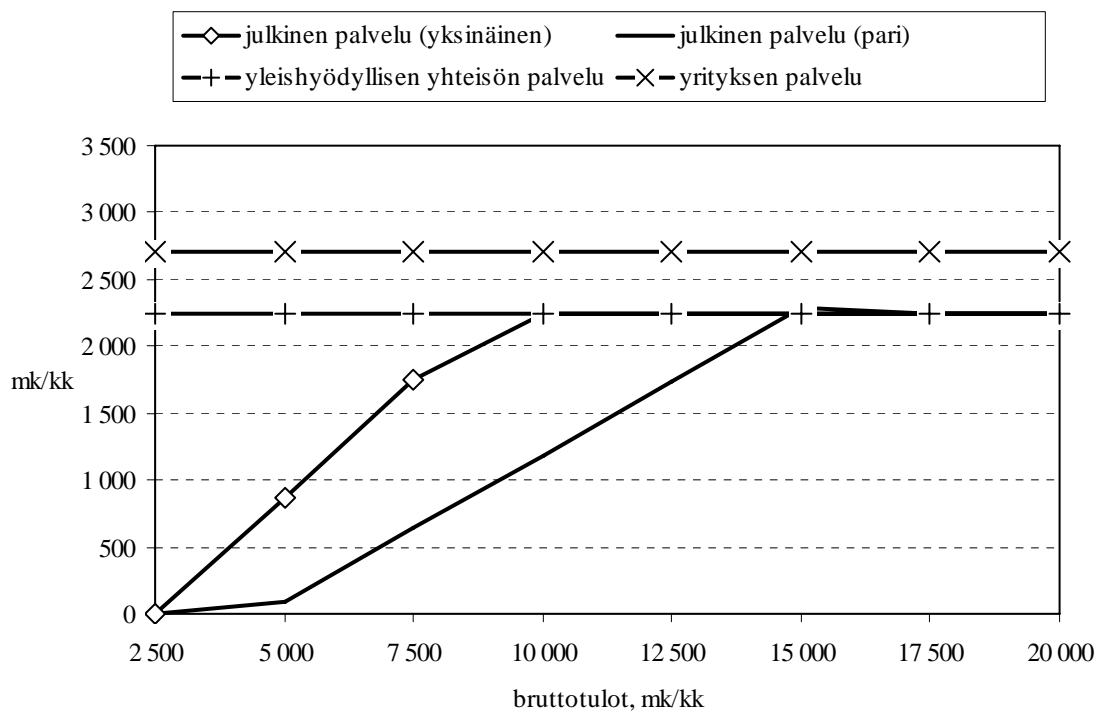
Yksityisiä vanhuksille suunnattuja palveluja on tarjolla enenevästi (ks. luku 1.3.2). Tarjonta sisältää kotipalveluja, palveluasumista ja vanhainkotihoitoa. Yksityinen sektori ei tällä hetkellä juuri tarjoa sairaalatasoista pitkäaikaishoitoa. Palvelutarjonnan kokonaisuudessa suhteessa palvelujen tarpeeseen maanlaajuisesti tai alueellisesti on vaikea arvioida tarkasti. Todennäköistä lienee se, että alueelliset ja palvelumuotokohtaiset erot palvelujen saatavuudessa ovat suurehkot.

Kauppa- ja teollisuusministeriön (2000) teettämän kyselytutkimuksen mukaan kaksi kolmasosaa suomalaisista katsoo, että heillä on mahdollisuus valita, käyttävätkö he julkista vai yksityistä sosiaalipalvelua ja että yksityiset sosiaalipalvelut ovat riittäviä. Terveyspalvelujen osalta vastaavat osuudet olivat jonkin verran suurempia. Kartoituksessa palvelumuotoja ei eritelty esitettyä tarkemmin. Kuopiolaisia ikääntyneitä ihmisiä ja heidän omaisiaan koskeneen selvityksen mukaan yksityisten sosiaalipalvelujen hinta on suuri ja tärkein este niiden käytölle (Rissanen ym. 1999).

Apua tarvitsevien taloudellisia mahdollisuuksia hankkia yksityisiä palveluja voidaan tarkastella vertaamalla palvelujen hankinnasta avuntarvitsijalle koituvia kustannuksia hänen käyttäessään julkisia tai yksityisiä palveluita. Julkisen palvelun asiakasmaksun oletetaan olevan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen mukainen kodinhoitoavun enimmäismaksu. Yritysten tarjoaman palvelun hinta määräytyy liiketaloudellisin perustein ja yleishyödyllisten yhteisöjen palvelujen hinta kustannusvastaavuuden periaatteella.

Eläkeläisparin hankkiessa kodinhoitoapua palvelun hankintahinta on kotitaloudelle kuttuunkin sama riippumatta siitä, mistä palvelu hankintaan, mikäli kotitalouden yhteensä lasketut bruttotulot ovat vähintään 15 000 markkaa kuukaudessa (kuvio 5). Yksin asuvalla avun tarvitsijalla vastaava tuloraja on 10 000 markkaa kuukaudessa.

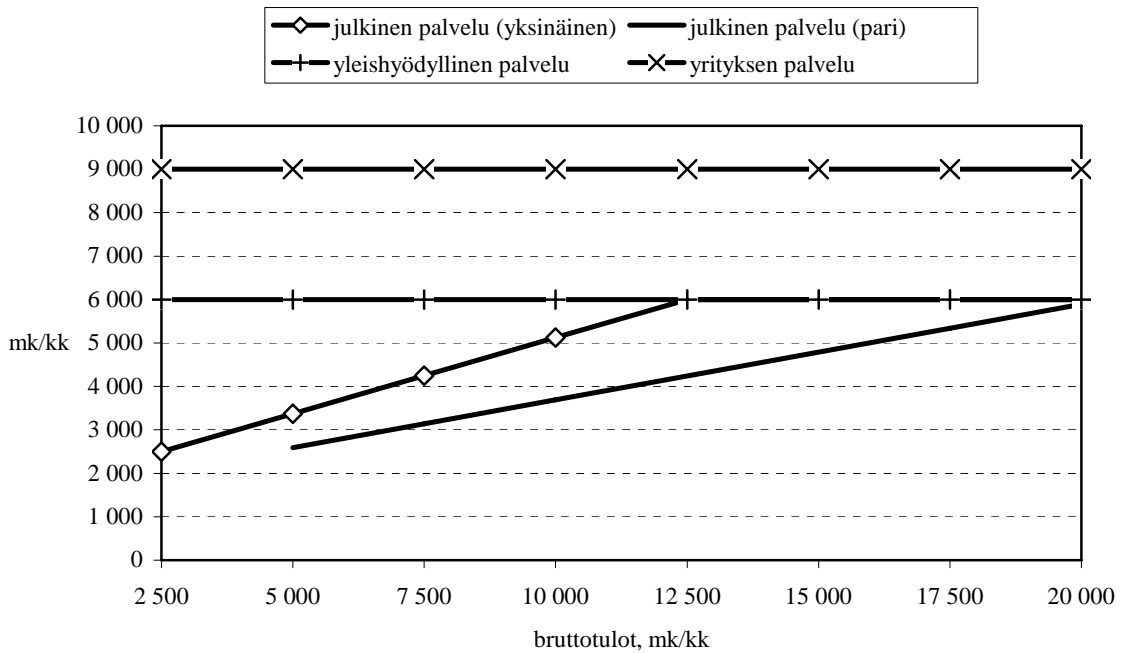
Kuvio 5. Esimerkkilaskelma kotipalvelun hankintakustannuksista kotitalouden bruttotulojen mukaan



Oletukset: Hankittavan palvelun määrä on 5 tuntia viikossa, kotipalvelutunti maksaa yleishyödylliseltä yhteisöltä ostettuna 100 markkaa ja yritykseltä ostettuna 120 markkaa. Julkisesta kodinhoitoavusta peritään enimmäismaksu.

Yleishyödyllisen yhteisön tarjoamat asumispalvelut ovat yksin asuvalle palvelun tarvit-sijalle samanhintaisia kuin julkinen palvelu, jos hänen bruttotulonsa ovat kuukaudessa vähintään 12 500 markkaa (kuvio 6). Kahden hengen kotitaloudella vastaava tuloraja on noin 20 000 markkaa kuukaudessa. Palveluasumisessa yritysten tarjoama palvelu on esimerkin mukaan palvelun hankkijalle julkista ja yleishyödyllisen yhteisön tarjoamaa palvelua kalliimpaa. Tämä johtunee osittain siitä, että toisin kuin yleishyödylliset yhteisöt, yritykset eivät voi hyödyntää eräitä tukimuotoja, minkä takia esimerkiksi yritysten tarjoamien palvelujen kiinteät kustannukset ovat korkeammat kuin muilla tuottajilla. Toisaalta on muistettava, että yritykset voivat saada tukia, joita järjestömuotoiset tuottajat eivät saa.

Kuvio 6. Esimerkkilaskelma samansisältöisen palveluasumisen hankintakustannuksista kotitalouden bruttotulojen mukaan



Oletukset: Palvelu sisältää julkisella sektorilla ja yleishyödyllisen yhteisön palvelussa vuokra-asunnon, jossa vuokra on 50 markkaa neliöltä ja kotipalvelua 30 tuntia viikossa, yleishyödyllisen yhteisön kotipalvelutunnin hinta on 100 markkaa ja julkisesta kodinhoitoavusta peritään enimmäismaksu, palveluasumisvuorokauden hinta yrityksen palvelussa on 300 mk/vrk, bruttotulot eivät sisällä asumistukea

Yksityisen vanhainkotihoiton hankinta maksaa asiakkaalle yleensä vähintään 20 000 markkaa kuukaudessa. Julkinen vanhainkotihoito maksaa asiakkaalle 20 000 markan nettokuukausituloihin saakka huomattavasti yksityistä vanhainkotihoitoa vähemmän.

Tilastokeskuksen mukaan 65 vuotta täyttäneistä 15 prosentilla oli valtionveronalaisia tuloja¹ vähintään runsaat 8 300 markkaa ja joka kymmenen valtionveronalaiset tulot olivat vähintään noin 10 500 markkaa kuukaudessa vuonna 1998 (liitekuvio 4). Yksityisen palveluasumisen ja laitoshoidon palvelujen käyttö edellyttäne monilta asiakkailta säästöjen käyttöä tai varallisuuden realisointia. On mahdollista, että palvelujen hankintakustannusten kattamiseen osallistuvat joissakin tapauksissa myös käyttäjien lapset.

Laskelmien perusteella voidaan karkeasti arvioida, että joka kymmenennelle palvelujen tarvitsijalle ei ole taloudellista merkitystä sillä, käyttävätkö he julkista vai yksityistä

¹ Valtionveronalaisia tuloja ovat pääsääntöisesti kaikki raha tai rahanarvoisena etuutena saadut tulot. Verovapaita tuloja ovat esim. lapsilisät, asumistuet, toimeentulotuki, kansaneläkkeiden lisäosat. Veronalaiset tulot jaetaan ansiotuloihin ja pääomatuloihin. Esitetyt luvut sisältävät kaikki muut veronalaiset tulot paitsi verottomien talletusten ja obligaatioiden ja muiden lähdeveronalaisen tulojen korot.

palvelua. Osalle vanhuksista yksityisten palvelujen hinta ei ole esteenä niiden käytölle. Yksityisten asumispalvelujen ja etenkin yksityisen laitoshoidon käyttöön on taloudellisia mahdollisuuksia vain pienellä osalla vanhuksista.

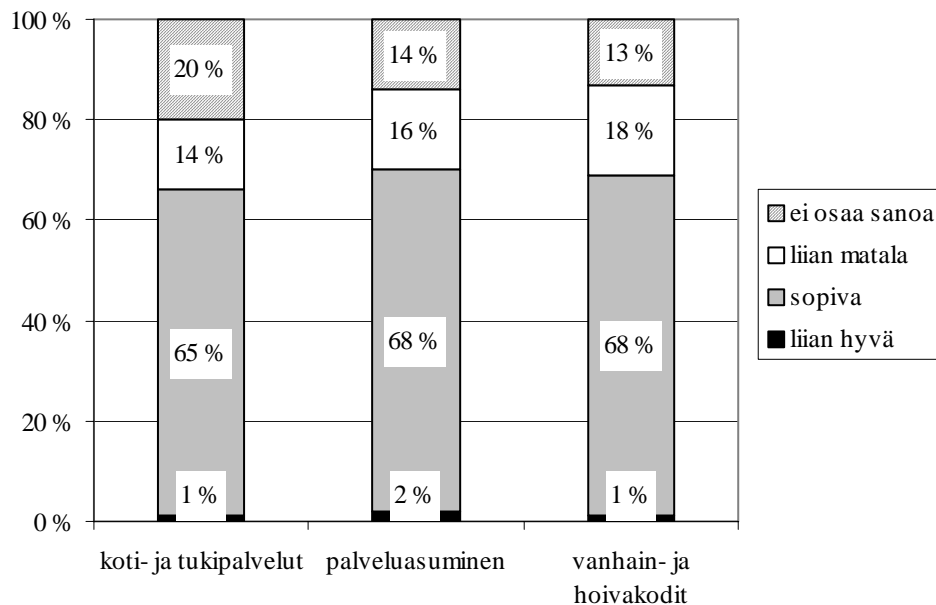
1.5.2. Palvelujen laatu

Sosiaali- ja terveystalvelujen laatu voidaan määrittellä niistä ominaisuuksista koostuvaksi kokonaisuudeksi, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset. Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatu voidaan myös määrittellä kyvyksi tyydyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaitoisesti, edullisin kustannuksin ja lakien, asetusten ja määräysten mukaan.

Vanhuspalvelujen laatua on tutkittu varsin vähän, minkä takia systemaattiset tiedot palvelujen laadun kehityksestä puuttuvat. On kuitenkin oletettu, että laatu on osittain riippuvainen henkilötyöpanoksesta asiakasta kohti. Luotettavia aineistoja asiakasta kohti käytettävästä työpanoksesta ja sen muutoksesta ei ole käytettävissä, koska esimerkiksi kotona annettavien palvelujen asiakaskohtaisia tuntimääriä ei tilastoida.

Kansalaiset ovat tutkimusten mukaan jonkin verran tyytyväisempiä palvelujen laatuun kuin niiden määrään. Vuonna 1996 kaksi kolmasosaa suomalaisista näki vanhuksille tarkoitettujen julkisten palvelujen sopivan laadukkaina (kuvio 7).

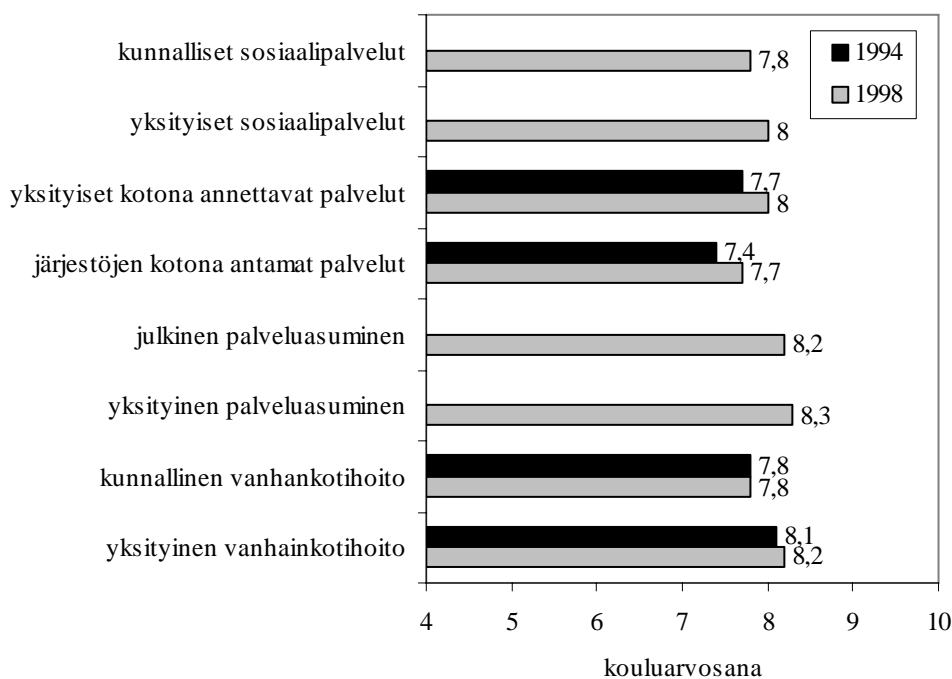
Kuvio 7. Kansalaisten käsitykset julkisten sosiaalipalvelujen laadusta vuonna 1996



Lähde: Sihvo 1997

60 vuotta täyttäneille suomalaisille tehtyjen kyselyjen mukaan julkiset sosiaalipalvelut saavat tyydyttävän kouluarvosanan. Vanhusbarometrissa 1998 he antoivat yksityisille sosiaalipalveluille hieman paremman kouluarvosanan kuin vastaaville julkisille palveluille (kuvio 8).

Kuvio 8. 60 vuotta täyttäneiden antamat kouluarvosanat julkisille ja yksityisille sosiaalipalveluille vuosina 1994 ja 1998



Lähde: Vaarama ym. 1999a

Vuonna 1999 tehdyn vanhusten pitkäaikaista ympärivuorokautista hoitoa antavia yksiköitä koskeneen tutkimuksen mukaan palvelujen laatu vaihtelee suuresti, vaikkakin kohtuullinen yleistaso oli kyetty säilyttämään. Omaisten arvion mukaan vanukset ovat keskimääräistä elämäänsä tyytyväisempiä ja kokevat hoidon laadun paremmaksi palvelutaloissa, sekä yksityisissä että julkisissa, kuin muun tyyppisissä yksiköissä. Hoito ja apu koetaan riittävimäksi yksityisissä palvelutaloissa. Riittämättömimmäksi arvioitiin hoito terveyskeskusten vuodeosastoilla, missä hoidetaan huonokuntoisimpia vanhuksia. Julkisissa laitoksissa hoidetaan keskimäärin huonompikuntoisia vanhuksia kuin yksityisellä sektorilla. Henkilöstön riittämättömyys ja osin kouluttamattomuus on selvä laatuongelmia aiheuttava tekijä julkisella sektorilla. Laitoksissa esiintyy asukkaiden huonoa kohtelua, muttei kovin yleisesti. Huonosta kohtelusta tyypillisintä on hoidotta jättäminen; vanhuksia katsottiin jätettävän yksin vastaamatta avunpyyntöihin ja pidettävän tarpeettomasti määrisä vaipoissa. Omaisista 10 – 20 prosenttia oli havainnut jotain huonon kohtelun muotoa päivittäin tai viikoittain. Tutkimuksessa arvioitiin, että 4 000 – 5 000 vanhusta jää laitoshoidossa vaille tarvitsemaansa hoitoa ja huolenpitoa. (Vaarama ym. 1999b.)

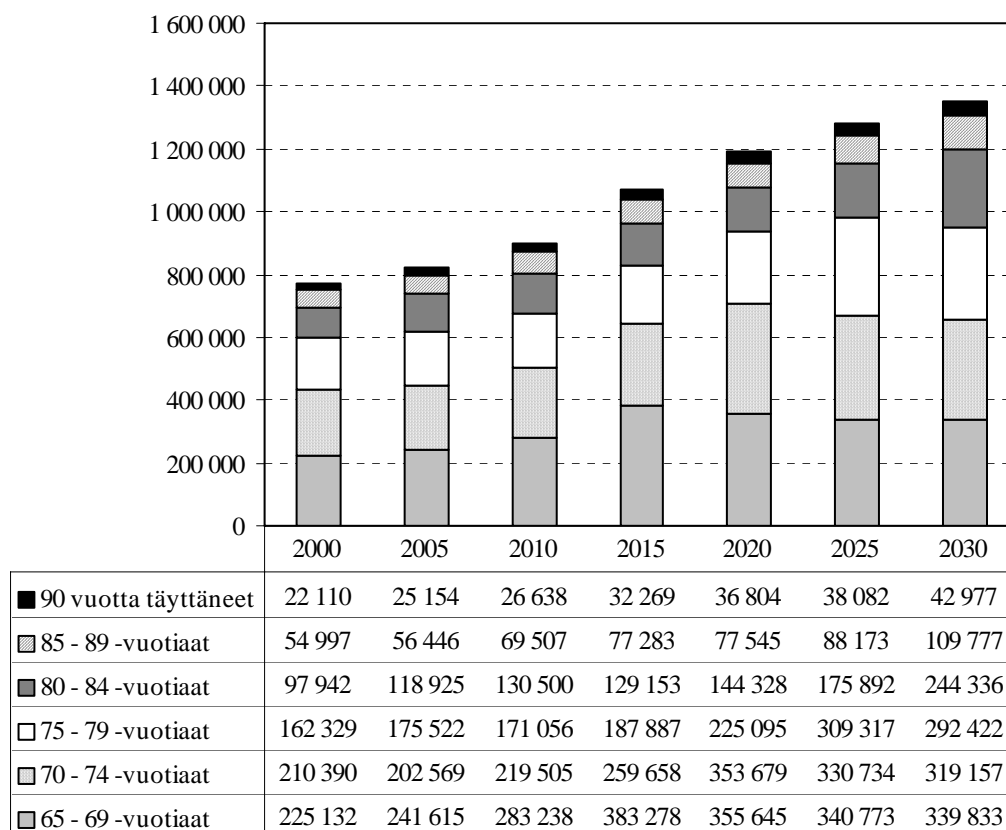
2. VÄESTÖRAKENTEEN MUUTOSTEN VAIKUTUKSET PALVELUTARPEESEEN JA JULKISTEN PALVELUJEN KUSTANNUKSIIN

2.1. Väestön ikärakenteen kehitys

Väestön ikärakenteen muutokseen vaikuttavat syntyvyys, elinajanodote sekä maasta- ja maahanmuuton erotus. Tilastokeskuksen tuoreimmassa väestöennusteessa syntyvyyden oletetaan pysyvän nykyisenä eli 1,75 lapsena tuhatta hedelmällisyysikäistä naista kohti vuodessa. Seuraavan kolmenkymmenen vuoden aikana 65-vuotiaiden miesten keskimääräisen jäljellä olevan elinajan ennustetaan nousevan nykyisestä 15 vuodesta 18 vuoteen ja samanikäisten naisten nykyisestä 19 vuodesta 21½ vuoteen (liitekuvio 5). Nettoaahanmuutoksi ennusteessa arvioidaan keskimäärin 4 000 henkilöä vuodessa.

Vuonna 2000 Suomessa arvioitiin olevan 65 vuotta täyttäneitä 773 000 (kuvio 9). Eläkeikäisen väestön määrä alkaa kasvaa olennaisesti vuoden 2005 jälkeen. Vuonna 2020 yli 65-vuotiaita on 420 000 (44 prosenttia) enemmän kuin vuonna 2000 eli vajaa 1,2 miljoonaa. Vuonna 2030 yli 65-vuotiaita on 1,35 miljoonaa, mikä on 74 prosenttia ja 528 000 henkilöä enemmän kuin vuonna 2000.

Kuvio 9. 65 vuotta täyttäneiden määrän kehitys kumulatiivisesti ikäryhmittäin 1990 – 2030



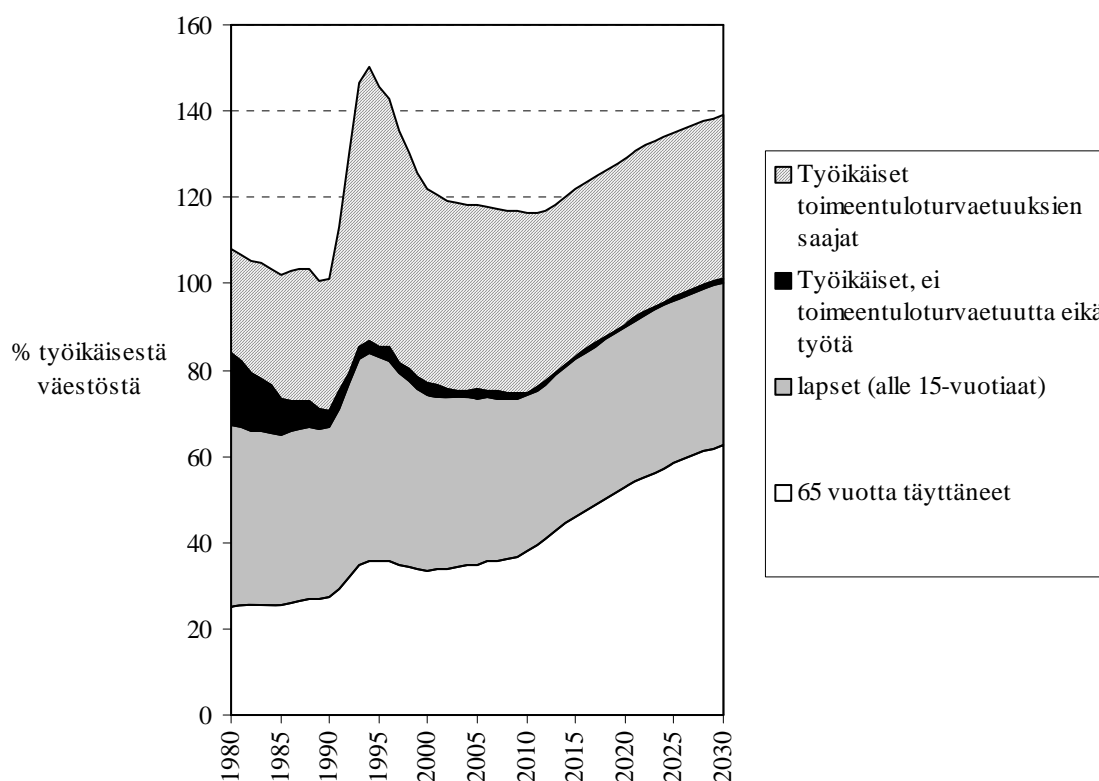
Lähde: Tilastokeskus

Vanhusväestön osuus kokonaisväestöstä lähes kaksinkertaistuu seuraavan kolmenkymmenen vuoden aikana. Kun vuonna 2000 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 15 prosenttia, se on 26 prosenttia vuonna 2030. Työikäisen väestön eli 15 - 64 -vuotiaiden väestöosuuden ennustetaan laskevan samalla aikavälillä 67 prosentista 59 prosenttiin.

Huoltosuhteella tarkoitetaan alle 15-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden yhteismäärän suhdetta työikäisen eli 15 – 64 –vuotiaan väestön määrään. Suomessa huoltosuhte on ollut 1960-luvulta alkaen edullinen eli työikäisiä on ollut paljon eläkeikäisiin ja lapsiin verrattuna. Kuntakohtaiset erot huoltosuhteessa ovat kuitenkin merkittäviä (liitekuviot 6). Vuonna 2000 huoltosuhte oli edullisimmillaan 41 prosenttia ja epäedullisimmillaan 91 prosenttia. Huoltosuhte oli 18 prosentissa kunnista alle 50 prosenttia ja 37 prosentissa kunnista yli 60 prosenttia. Kuntakohtaisten erojen ennustetaan säilyvän kutakuinkin ennallaan, sillä vuoteen 2030 mennessä kunnan huoltosuhteen ennustetaan olevan pienimmillään 55 prosenttia ja suurimmillaan 108 prosenttia. Vuonna 2030 huoltosuhteen ennustetaan olevan 60 prosentissa kunnista alle 70 prosenttia ja lähes joka viidennessä kunnassa yli 90 prosenttia.

Suomen huoltosuhte pysyy lähellä EU-maiden keskimääräistä tasoa siihen asti, kun suuret ikäluokat tulevat eläkeikään vuoden 2010 jälkeen. 2010-luvulla Suomen ikään-tymiskehitys on erityisen nopeaa – nopeampaa kuin EU-maissa keskimäärin. Suomen huoltosuhte on OECD-maiden huonoin vuosina 2020 – 2030.

Elatussuhteella tarkoitetaan lasten, vanhusten ja ei-työllisten työikäisten (15 – 64 –vuotiaat) yhteismäärän suhdetta työlliseen työikäiseen väestöön. Elatussuhteella on suuri merkitys sosiaaliturvan rahoituksen kannalta, sillä yksinkertaistaen voidaan sanoa, että elatussuhte ilmaisee, kuinka monen henkilön toimeentulo ja palvelut ovat riippuvaisia yhden työllisen aikaansaamasta tuotoksesta. Suomessa elatussuhte parantui 1990-luvun jälkipuoliskolla työllisyyden kohentumisen myötä (kuviot 10). Vaikka taloudellinen kasvu säilyisi hyvänä, 65 vuotta täyttäneiden määrän kasvu kääntää elatussuhteen jälleen nousuun vuoden 2010 jälkeen. Vuonna 2030 jokaisella työllisellä on huollettavanaan itsensä lisäksi arviolta 1,4 ihmistä nykyisen 1,2 ihmisen sijasta.

Kuvio 10. Elatussuhde vuosina 1980-1998 sekä projektio vuoteen 2030

Lähde: STM

Yli 65-vuotiaiden osuus kuntien väestöstä vaihtelee nykyisin noin 5 prosentista 30 prosenttiin. Eläkeikäisten osuus väestöstä kasvaa tulevaisuudessa useimmissa kunnissa, mutta alueelliset erot pysyvät huomattavina. Kunnan asukasrakenteen vanheneminen vaikuttaa kunnan talouteen. Yksipuolistuva ikärakenne voi aiheuttaa verotulojen pienemistä samanaikaisesti kun vanhusten palvelujen tarve kasvaa. Uhkana on, että eri puolilla maata asuvat vanhukset ovat palvelujen tarvitsijoina entistä eriarvoisemmassa asemassa. Lasten tarvitsemien palvelujen tarpeen väheneminen kompensoi jonkin verran vanhustalvuluista tulevia lisämenoja.

2.2. Palvelujen tarpeeseen ja julkisten palvelujen kysynnän muutoksiin vaikuttavia tekijöitä

Vanhusten pitkäaikaishoidon palvelujen tarve liittyy tilanteisiin, joissa vanhuksilla on rajoitteita päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa. Palvelutarpeen kokonaisuuteen vaikuttaa toisaalta se, kuinka moni vanhus tarvitsee palveluja ja toisaalta se, miten paljon ja millaisia palveluja vanhukset tarvitsevat.

Väestön palvelutarpeen kehitykseen vaikuttavat monet tekijät. Osan näistä tekijöistä voidaan odottaa lisäävän ja osan vähentävän palvelutarvetta. Vanhusten pitkäaikaishoidon palvelujen tarpeeseen vaikuttavat pitkällä aikavälillä erityisesti:

- vanhusväestön määrän muutos
- vanhusten terveydentilan ja toimintakyvyn kehitys
- asuin- ja elinympäristön kehitys
- vanhusten palveluodotusten muutos
- epävirallisen avun suhteellisen osuuden kehitys.

Eläkeikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn mahdolliset kohorttien väliset erot ovat keskeinen vanhusten palvelutarpeeseen vaikuttava tekijä. Suurissa väestöryhmissä pienetkin erot suuntaan tai toiseen saattavat aiheuttaa merkittäviä muutoksia palvelujen tarpeessa. Käytettävissä olevat ennusteet, jotka perustuvat väestöennusteisiin ja kuolleisuustilastoihin sekä niihin yhdistettyihin sairastavuustietoihin, viittaavat terveyden ja toimintakyvyn vähäiseen paranemiseen uusissa eläkeiän saavuttavissa väestöryhmissä. Toisaalta toimintakykyä koskevat tiedot ovat väestötasolla riittämättömiä, jotta niiden perusteella voitaisiin arvioida luotettavasti esimerkiksi arkipäivän toiminnoista selviytymistä ja avun tarvetta. Toistaiseksi ei ole varmuutta siitä, miten suuri kohorttien syntymäaikojen eron pitää olla, jotta niiden toimintakyvyssä voitaisiin havaita merkittäviä eroja. (Heikkinen ym. 1999)

Helsinkiläisiä 75-, 80- ja 85-vuotiaita koskeneet tutkimukset tukevat sitä näkemystä, että vanhuusikäluokkien toimintakyky on paranemassa ja avuntarve vähenemässä (Pitkälä ym. 2000). Myös jyväskyläläisen 65 – 69 -vuotiaan kohortin haastattelutiedot näyttävät osoittavan, että myöhemmin syntyneet henkilöt ovat terveempiä ja toimintakykyisempiä kuin aiemmin syntyneet eläkeikäiset, joskaan kohorttien välillä ei ollut suuria eroja. (Heikkinen ym. 1999)

Monet geriatrician asiantuntijat pitävät vanhusten terveydentilan ja yleisen toimintakyvyn paranemista seuraavien vuosikymmenten aikana todennäköisenä. Nämä arviot perustuvat entistä terveellisempien elintapojen omaksumiseen, lääketieteen kehitykseen ja nykyistä tehokkaampiin hoito- ja kuntoutusmuotoihin. Joissakin tutkimuksissa on myös saatu viitteitä siitä, että elinajan pidentyminen ei pidennä heikkokuntoisena elettyä aikaa, vaan sairaudet pakkautuvat eteenpäin ja heikentyneen toimintakyvyn ajanjakso lyhenee. Kaikki tutkijat eivät kuitenkaan jaa tätä näkemystä, vaan arvioivat avuntarpeen lisääntyvän väistämättä väestön ikääntymisen myötä. (Ks. esim. Heikkinen 1999; Tilvis 2000) Myös suurimmassa osassa Suomen kunnista uskotaan vanhusten toimintakykyisten elinvuosien osuuden kasvuun (Tilastokeskus 2000).

Toisaalta väestön ikärakenteen vanheneminen tuo palvelujärjestelmälle myös eräitä kasvavia haasteita, joista merkittävimpiin kuuluu dementia. Keskivaikeaan tai vaikeaan vaiheeseen edennyttä dementiaa sairastaa nykyisin noin 80 000 henkilöä. Lisäksi on noin 40 000 henkilöä, joilla on lievä dementia. Kolmen vuosikymmenen kuluttua vähintään keskivaikea dementia on arvioilta 110 000 henkilöllä (Sulkava 2000). Dementian ilmaantuvuus ei ilmeisesti ole viime aikoina olennaisesti muuttunut, mutta vanhusväestön kasvu lisää huomattavasti dementiaa sairastavien lukumäärää.

Dementiaa sairastavien määrän lisääntyminen kasvattaa paljon avo- ja omaishoitoa sekä sairauden loppuvaiheessa laitoshoidon vaativan sairauden palvelujärjestelmälle aiheuttamaa kuormitusta. Dementian etenemistä hidastavia lääkkeitä on jo käytössä, mutta dementian syytekijöistä tiedetään kuitenkin vielä riittämättömästi, jotta tehokkaita ehkäisytoimenpiteitä voitaisiin suunnitella.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi asuin- ja elinympäristön soveltuvuus vaikuttaa vanhusten mahdollisuuksiin selviytyä itsenäisesti. Asunto-olojen parantumisen ansiosta laitoshoidon tarpeen voidaan olettaa supistuvan, sillä entistä suurempaa osaa vanhuksista voidaan hoitaa avohoidossa. Asuntojen parempi soveltuvuus vanhuksille ja apuvälineiden ja muun niin sanotun sosiaaliteknologian hyödyntäminen voivat vähentää myös avopalvelujen tarvetta. Tietotekniikan hyödyntäminen on jo alkanut esimerkiksi kauppa- ja asiointipalveluissa. Myös pitkäaikaissairauksien seurannassa hyödynnetään tietoliikenneyhteyksiä. Toisaalta voidaan olettaa, että vanhan asuntokannan ongelmat (lähinnä hissittömyys) aiheuttavat tulevaisuudessakin avun tarvetta.

Tulevien vanhusten ja heidän omaistensa palveluodotukset ja -vaatimukset ovat todennäköisesti erilaisia kuin tämän päivän vanhusten ja heidän omaistensa. Lähivuosikymmeninä vanhuspalveluja tarvitsevat ihmiset ovat koulutetumpia ja omaavat siten entistä paremmat tiedolliset ja taidolliset valmiudet omien asioidensa hoitamiseen. Tulevaisuuden vanhukset ovat myös tottuneet korkeampaan elintasoon kuin edeltäjänsä. On mahdollista, että he asettavat palveluille sekä määrällisesti että laadullisesti suurempia vaatimuksia kuin nykyvanhukset.

Perheiden ja sukulaisten antamaan tukeen suuresti perustuvan epävirallisen avun suhteellisen osuuden ennakoidaan laskevan. Tällainen kehitys voi olla tulos muun muassa yksinasumisen yleistymisestä ja siitä, että tulevilla vanhuksilla on vähemmän lapsia kuin nykyisillä vanhuksilla (liitekuvio 7). Lapset voivat asua maantieteellisesti kauempana kuin nykyisten vanhusten lapset (liitetaulukko 3). Talouden ja työllisyyden muutokset ovat kasvattaneet työikäisen väestön muuttoliikettä, joka suuntautuu pääasiassa suurimpiin kaupunkeihin - päinvastaista suuntaa ei ole toistaiseksi näköpiirissä. Yli puolessa kunnista omaishoidon suhteellisen merkityksen arvioidaan pienentyvän (Tilastokeskus 2000). Toisaalta on myös mahdollista, että iäkkäät muuttavat entistä useammin haja-asutusalueilta taajamiin ja kaupunkeihin lähemmäksi lapsiaan. Mahdollinen etätyö eli työn siirtyminen työpaikoilta kotiin saattaa parantaa edellytyksiä hoivan ja työn yhteensovittamiseen.

Ystävien ja naapurien antama tuki ei näyttäisi olevan ainakaan kasvussa (Vaarama ym. 1999a). Epävirallisen avun kehitys on myös arvo- ja asennekysymys. Mikäli epävirallisen avun suhteellinen osuus laskee, entistä suurempi osuus palvelutarpeesta kanavoituu julkisten vanhuspalvelujen kysynnäksi.

Vanhuuseläkeläisten keskimääräinen eläketaso nousee jatkuvasti. Myös eläkeikäisten varallisuus kasvaa. Tulevaisuuden eläkeikäisten voidaan olettaa nykyisiä vanhussukupolia kulutussuuntautuneempia, sillä aiemmat kulutustottumukset näyttävät jatkuvan eläkeiässä (Tennilä 1994). Taloudellisen aseman paraneminen ja kulutustottumukset vaikuttavat muun muassa valmiuksiin käyttää erilaisia palveluita ja maksaa niistä. Toisaalta esimerkiksi suuriin ikäluokkiin kuuluvista huomattava osa arvioitiin syrjäytyneiksi jo 1990-luvun alussa, joten tulevaisuuden vanhuksissa on olettavasti myös merkittävä

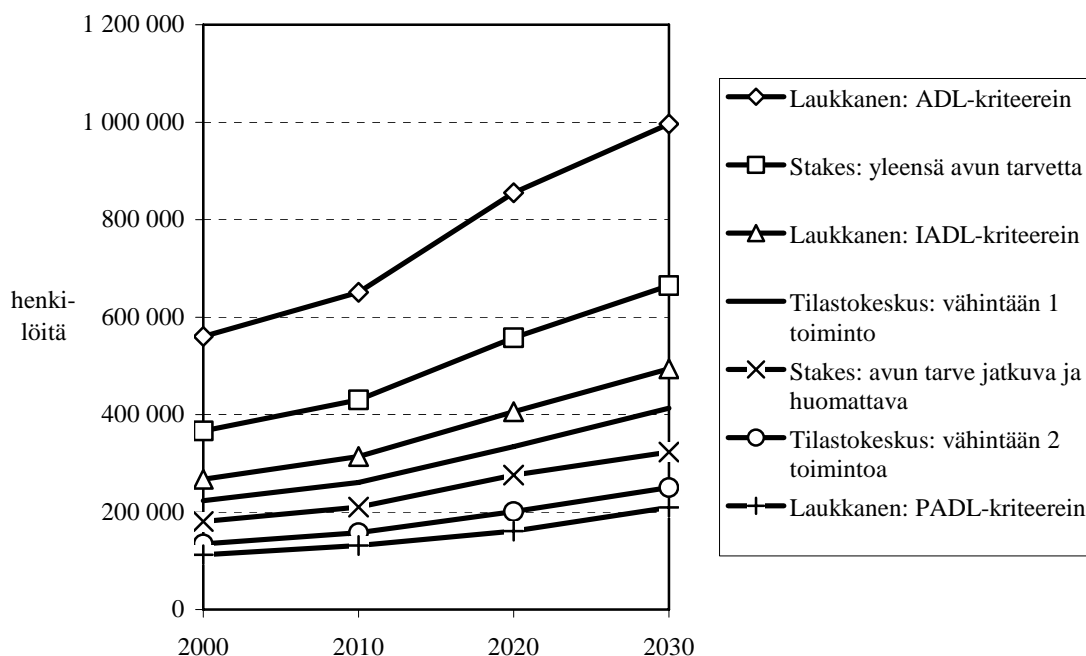
taloudellisesti, sosiaalisesti ja terveydellisesti vähäosaisten vähemmistö (Komiteanmietintö 1996).

Vanhusten palvelujen tarpeen kehitystä voidaan arvioida kaavamaisesti ottamalla huomioon vain vanhusväestön määrän muutos ja olettamalla, että vanhusten toimintakyky pysyy ennallaan. Näin saadaan karkea kuva kehityksestä, josta todellinen tilanne tulee todennäköisesti poikkeamaan suuntaan tai toiseen edellä kuvattujen toimintakyvyn, asuin- ja elinympäristöjen, omaisavun sekä muiden tekijöiden muutosten johdosta. Seuraavassa kuvattavat toimintarajoitteisten tai apua tarvitsevien vanhusten ikäryhmittäiset osuudet perustuvat Tilastokeskuksen vuoden 1994 elinolotutkimuksen tuloksiin, suomalaiseen väitöskirjatutkimukseen (Laukkanen 1998) ja Stakesin useiden tutkimusten pohjalta tekemiin arvioihin (liitekuviot 8 - 11).

Kaavamaiset laskelmat antavat erilaisen arvion vanhusten tulevasta palvelutarpeesta sen mukaan, mihin tutkimusmenetelmiin laskelmien perustana olevat tutkimukset perustuvat ja mitä niissä on käytetty arvioinnin kriteerinä (liitetaulukko 4). Kriteeristä riippuen toimintarajoitteisia tai avuntarpeessa olevia 65 vuotta täyttäneitä on nykyisin 112 000 – 560 000 (kuvio 11). Vuonna 2030 vastaavat luvut olisivat vanhusten määrän kasvun johdosta 210 000 – 996 000.

Toimintarajoitteisuutta koskevien lukujen merkitystä avun tarpeen kannalta arvioitaessa on huomattava, että toimintakyvyn rajoitukset eivät läheskään aina aiheuta ulkopuolisen avun tarvetta (Kela ja Stakes 2000). Osa kykenee selviytymään toiminnoistaan esimerkiksi käyttämällä niihin enemmän aikaa tai ottamalla käyttöön muita toimintakyvyn alenemisen kompensatiotapoja.

Kuvio 11. Apua tarvitsevat tai toimintarajoitteiset yli 65-vuotiaat henkilöt kaavamais-
ten laskelmien mukaan vuosina 2000 – 2030 olettaen, että ikäryhmittäiset
osuudet säilyvät ennallaan



Vanhusväestön pitkäaikaisen hoidon tarvetta voidaan arvioida myös olettamalla, että toimintakyvyn parantuminen vähentää palvelutarvetta joko alentamalla apua tarvitsevien osuuksia tai myöhentämällä avun tarpeen ilmentymistä. Mikäli apua tarvitsevien osuuksien oletetaan laskevan toimintakyvyn parantumisen ansiosta 10 prosenttia kussakin ikäryhmässä palvelutarpeessa olevien määräkin olisi luonnollisesti 10 prosenttia alempi kuin ilman paranemista (taulukko 4). Jos avun tarpeen oletetaan siirtyvän kahdella vuodella eteenpäin, apua tarvitsisi vajaa kymmenesosa vähemmän kuin ilman siirtymää.

Taulukko 4. Apua tarvitsevien vanhusten lukumäärä vuosina 2000 ja 2030

	2030			
	2000	Toimintakyky säilyy ennallaan	Apua tarvitsevien osuudet laskevat 10 %	Avun tarpeen toteutuminen siirtyy 2 vuodella
Tilastokeskus (vaikeuksia vähintään 1 toiminnossa)	223 000	413 000	372 000	389 000
Laukkanen (adl)	560 000	996 000	896 000	921 000
Stakes (jatkuva avun tarve)	216 000	408 000	367 000	381 000

Yhteenvedona voidaan todeta, että vanhusten pitkäaikaishoidon palvelujen tarve lisääntyy joka tapauksessa merkittävästi. Palvelujen tarvetta lisää ennen muuta vanhusten määrän kasvu. Sen ohella palvelutarvetta ja palvelujen kysyntää voivat lisätä myös vanhusväestön ikärakenteen vanhenemiseen kytkeytyvä dementiaa sairastavien vanhusten osuuden kasvu sekä eläkeikäisten vaatimukset ja odotukset määrällisesti ja laadullisesti entistä paremmista palveluista. Palvelutarvetta vähentävät puolestaan vanhusten todennäköinen toimintakyvyn parantuminen ja asuin- ja elinympäristöjen parempi soveltuvuus vanhuksille. Joidenkin arvioiden mukaan palvelutarve kehittyy suurin piirtein samassa suhteessa kuin vanhusten määrä kasvaa, koska palvelutarvetta vähentävien seikkojen merkitys on yhtä suuri kuin muiden palvelutarvetta lisäävien tekijöiden vaikutus (Kivelä 2000).

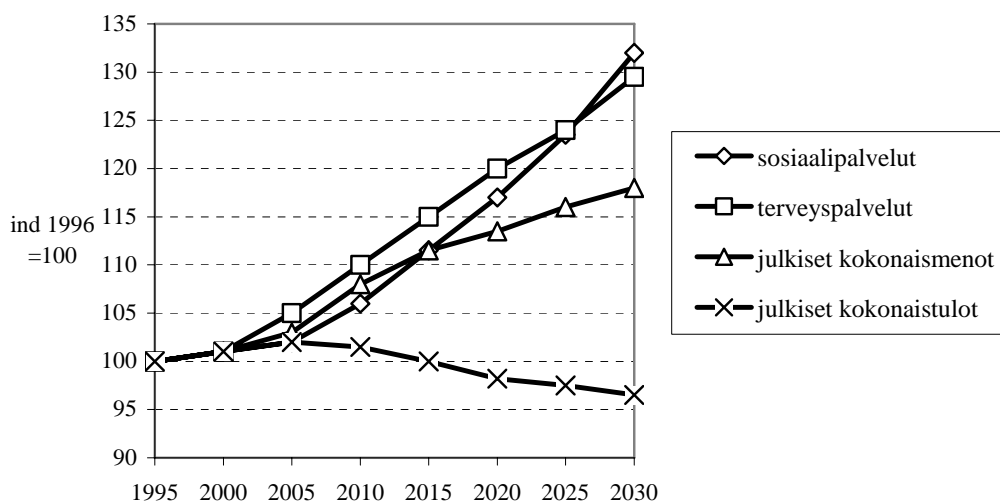
2.3. Vanhuspalvelujen julkisten kustannusten kehitys

Vanhusten palvelujen kustannuksiin vaikuttavat etenkin kuntien palvelutarjonnan eli kuntien itse tuottamien ja ostopalveluina järjestämien palvelujen kustannukset. Tässä yhteydessä on syytä muistaa, että julkisten palvelujen tarjonta ei ole sama asia kuin palvelutarve tai julkisten palvelujen kysyntä. Osa palvelutarpeesta kanavoituu julkisten palvelujen kysynnäksi ja osa tästä kysynnästä tyydytetään julkisten palvelujen tarjonnalla (ks. luku 1).

Valtion taloudellisessa tutkimuskeskuksessa (VATT) laaditun laskelman perustana olivat Tilastokeskuksen väestöennuste, kotitaloustiedustelu, tulojakotutkimus ja kansantalouden tilinpidon tiedot (Parkkinen 1997). Julkiset kulutusmenot kohdennettiin laskelmassa kullekin ikäkohortille tehtäväryhmittäin (liitekuvio 12). Väestön ikääntymisen oletettiin heijastuvan julkisten palvelujen tarjontaan siten, että palvelujen kattavuus pysyisi samana kuin vuonna 1993 (Parkkinen ym. 1996).

VATT:n laskelman mukaan julkisten sosiaalipalvelujen kustannukset kasvavat väestön ikääntymisen seurauksena aina vuoteen 2040 saakka (kuvio 12). Sosiaalipalvelujen kustannukset olisivat vuonna 2030 reaalisesti noin kolmanneksen suuremmat kuin vuonna 1996. Sosiaalipalvelumenot sisältävät vanhuksille tarkoitettujen palvelujen lisäksi tässä myös muun muassa lasten päivähoidon ja eräiden muiden palvelujen kustannukset. Samalla aikavälillä terveystalouden kustannusten arvioidaan kasvavan noin kolmanneksella. Kaikkiaan julkiset kokonaismenot kasvavat laskelman mukaan runsaat 15 prosenttia seuraavan kolmen vuosikymmenen aikana. Väestön ikääntyessä julkiset kokonaistulot laskevat muun muassa siksi, että palkkatuloja matalampien eläketulojen osuus verotuloista kasvaa. Julkisten kokonaistulojen ennakoidaan laskelmassa laskevan siten, että ne olisivat vuosina 2030 - 2050 noin 5 - 10 prosenttia alemmat kuin vuonna 1996.

Kuvio 12. Väestömuutosten vaikutus julkisiin menoihin ja tuloihin vuosina 1996 – 2030, vuosi 1996=100



Lähde: Parkkinen 1997

Talousneuvoston (1998) asettama asiantuntijatyöryhmä arvioi julkisen talouden pitkän aikavälin kehitysnäkymiä tarkastelevassa raportissaan muun muassa väestötekijöiden vaikutuksia julkiseen talouteen. Työryhmä oletti, että julkisten palvelujen käyttäjien ja etuuksien saajien osuudet eri ikäryhmissä pysyvät nykyisinä ja että väestön määrä ja ikärakenne muuttuvat Tilastokeskuksen vuoden 1998 ennusteen mukaisesti.

Koska oletukset ovat lähes identtiset VATT:n laskelman oletusten kanssa, työryhmä päätyi lähes samoin tuloksiin kuin VATT (taulukko 5). Koko väestölle suunnattujen terveyspalvelumenojen laskettiin kasvavan noin kolmanneksella ja kaikkien sosiaalipalvelumenojen noin 30 prosentilla. Väestön ikärakenteen muuttuessa lapsille ja nuorille tarkoitettujen sosiaalipalvelujen kustannukset alenevat jonkin verran. Vanhuksille suunnattujen sosiaalipalvelumenojen työryhmä ennusti sitä vastoin lähes kaksinkertaistuvan vuodesta 1997 vuoteen 2030 mennessä.

Taulukko 5. Väestötekijöiden vaikutus julkisiin sosiaali- ja terveyspalvelumenoihin pitkällä aikavälillä, vuosi 1997=100

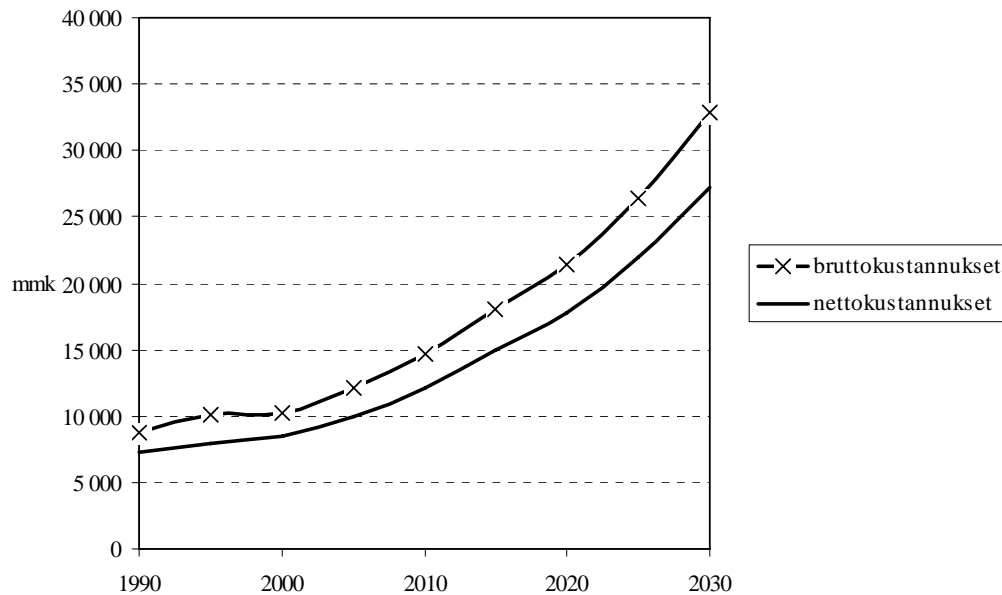
	1997	2010	2030
terveyspalvelut yhteensä	100	112	134
- terveyskeskukset	100	113	140
- erikoissairaanhoido	100	112	134
sosiaalipalvelut yhteensä	100	105	128
- lasten päivähoito	100	89	84
- vanhainkodit ja kotipalvelut	100	123	185
- muut sosiaalipalvelut	100	97	91

Lähde: Talousneuvosto 1998

Hoitovakuutusta selvittävää työryhmää varten laadittiin vanhusten palvelujen kustannuksia koskeva pohjalaskelma. Laskelmassa vanhusten julkisten palvelujen tarjonnan ja käytön suhteessa vanhusten määrään oletettiin säilyvän vuoden 1999 tasolla. Palvelujen kattavuuden, henkilöstömitoituksen, intensiteetin yms. oletettiin siis pysyvän ennallaan. Nettokustannusten kannalta olennaisen asiakasmaksulainsäädännön oletettiin myös pysyvän nykyisenä. Toisin kuin edellä kuvatuissa VATT:n ja Talousneuvoston laskelmissa, palvelujen järjestämiskustannusten ennakoitiin nousevan keskimäärin hieman yli 3½ prosenttia vuodessa. Inflaatioksi oletettiin keskimäärin vajaat 2 prosenttia vuodessa. Järjestämiskustannusten oletettiin nousevan inflaatiota nopeammin, koska palkkakustannukset muodostavat suurimman osan järjestämiskuluista ja palkat nousevat inflaatiota nopeammin. Laskelmassa vanhusten palveluiksi katsottiin virallisen sosiaalimenotilaston mukaiset palvelut (kotipalvelu, omaishoidon tuki, palveluasuminen, vanhusten laitoshuolto sekä pitkäaikainen laitoshoido terveyskeskusten sairaaloissa ja erikoissairaanhoidossa).

Laskelman mukaan bruttomääräiset eli asiakasmaksut sisältävät järjestämiskustannukset ovat nykyrahassa mitattuna vuonna 2030 vajaat 33 miljardia markkaa eli yli kolminkertaiset nykyisiin verrattuna (kuvio 13). Eniten nousevat kotipalvelujen ja laitoshoidon järjestämiskustannukset (liitetaulukko 5). Nettomääräisesti eli asiakasmaksut pois luki- en järjestämiskustannukset hieman yli kolminkertaistuvat runsaaseen 27 miljardiin markkaan.

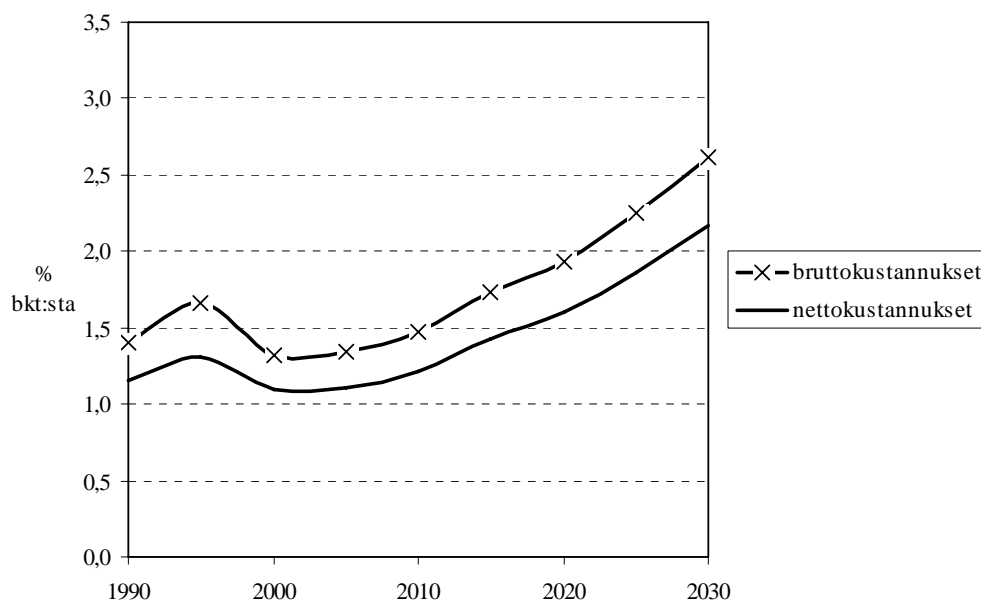
Kuvio 13. Vanhusten julkisten palvelujen järjestämiskustannukset vuosina 1990 - 2030 vuoden 2000 rahassa



Laskelman mukaan asiakasmaksutuotto lähes kolminkertaistuu nykyisestä 1,8 miljardista markasta 5,6 miljardiin markkaan vuosina 2000 – 2030. Vaikka asiakasmaksuja kerättäisiin 3,8 miljardia markkaa nykyistä enemmän, asiakasmaksujen osuus bruttomääräisistä kokonaiskustannuksista säilyisi kutakuinkin nykyisenä eli 17,5 prosenttina. Asiakasmaksujen osuus ei nousisi, koska palvelujen bruttomääräiset kustannukset nousisivat hieman nopeammin kuin vanhusten tulojen odotetaan kasvavan (liitekuvio 13).

Pohjalaskelmien mukaan bruttomääräisten järjestämiskustannusten bruttokansantuoteosuus kaksinkertaistuu nykyistä 1,3 prosentista 2,6 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä olettaen, että talous kasvaa keskimäärin runsaat 1½ prosenttia vuodessa (kuvio 14). Menot kaksinkertaistuvat myös nettomääräisesti tarkasteltuina 1,1 prosentista 2,2 prosenttiin bruttokansantuotteesta.

Kuvio 14. Vanhusten julkisten palvelujen järjestämiskustannukset suhteessa bruttokansantuotteeseen vuosina 1990 - 2030 vuoden 2000 rahassa



Yhteenvedon edellä esitettyistä laskelmista voidaan todeta, että vanhusten julkisten palvelujen järjestämiskustannukset kolminkertaistuisivat vuosina 2000 – 2030, jos väestönkehityksen oletetaan heijastuvan sellaisenaan palvelujen tarjontaan. Kolminkertaisiin lukuihin päästään myös, kun VATT:n ja Talousneuvoston sihteeristön laskelmia 'korjataan' ottamalla huomioon järjestämiskustannusten nousu samalla tavalla kuin pohjalaskelmissa otettiin. Bruttokansantuotteeseen suhteutettuina järjestämiskustannukset kaksinkertaistuisivat.

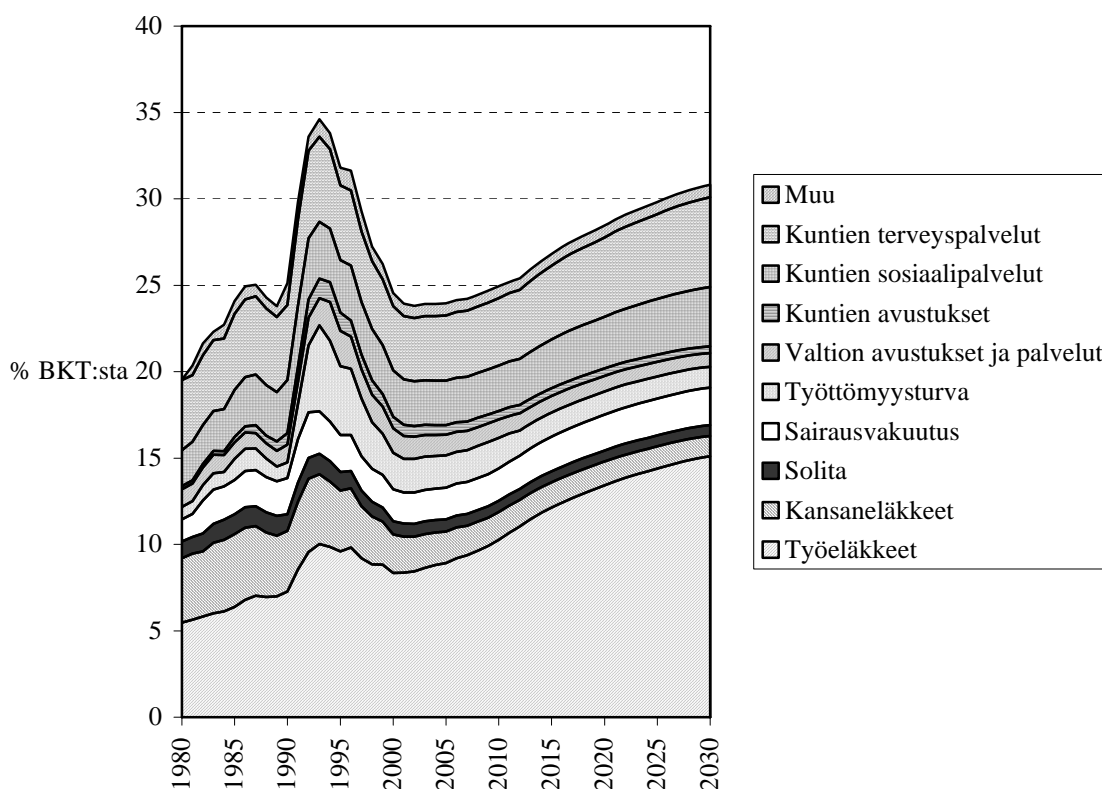
Näitä arvioita tarkasteltaessa on muistettava, että laskelmissa palvelujärjestelmän ja palvelujen käytön on oletettu säilyvän ennallaan. Tiivistäen voidaan todeta, että järjestämiskustannukset ovat todettuja suuremmat, jos palvelujen tarjontaa lisätään nostamalla palvelujen kattavuutta tai intensiteettiä (palvelun määrä/palvelun saaja) tai jos kalliimpien palvelumuotojen osuutta koko palvelutarjonnasta nostetaan. Järjestämiskustannusten bruttokansantuoteosuus on esitettyä suurempi, jos kansantalouden kasvu on oletettua hitaampaa. Päinvastaisissa tapauksissa kustannukset ja niiden bruttokansantuoteosuus ovat luonnollisesti esitettyjä pienemmät.

2.4. Julkisten sosiaalimenojen kokonaiskehitys

Tarkasteltaessa vanhuspalvelujen julkisten järjestämiskustannusten merkitystä tulee ottaa huomioon myös muiden sosiaalimenojen kehitys. Keskeinen kysymys tässä yhteydessä on se, supistavatko väestörakenteen tai työllisyyden muutokset tai muut tekijät muita julkisia sosiaalimenoja tai julkisia menoja kokonaisuutena, mikä helpottaisi julkisten vanhuspalvelujen rahoittamista.

Vuonna 2000 sosiaalimenojen arvioidaan olleen nettomääräisesti eli asiakasmaksut pois lukien noin neljänneksen bruttokansantuotteesta (kuvio 15). Tämä alittaa EU-maiden keskiarvon ja on kutakuinkin lamaa edeltäneellä tasolla. Sosiaalimenojen bkt-osuuden ennakoidaan pysyvän lähellä nykytasoa vuoteen 2010 saakka. Tämän jälkeen väestön ikääntyminen alkaa lisätä erityisesti työeläkemenojen bkt-osuutta. Muista menoeristä osuuttaan kasvattavat sairausvakuutus ja sosiaali- ja terveystalvet. Näiden tekijöiden bkt-osuutta kasvattava vaikutus on vajaa 10 prosenttiyksikköä seuraavan kolmen vuosikymmenen aikana. Eräiden muiden menoerien – lähinnä kansaneläkkeiden, niin sanottujen SOLITA-etuuksien ja työttömyysturvan – osuus kansantuotteesta laskee yhteensä pari prosenttiyksikköä. Kokonaisuudessaan sosiaalimenojen bkt-osuuden arvioidaan nousevan runsaalla 6 %-yksiköllä noin 31 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä.

Kuvio 15. Sosiaalimenojen (ilman käyttäjämaksuja) kehitys 1980 – 1999 sekä projektiio vuoteen 2030



Lähde: STM

Talousneuvoston sihteeristön laatiman laskelman mukaan julkisten kokonaismenojen bruttokansantuoteosuus kasvaa seuraavan 30 vuoden aikana nykyisestä noin 49 prosentista noin 53 prosenttiin bruttokansantuotteesta (liitekuvio 14). Valtaosa menolisäyksestä aiheutuu edellä kuvatusta sosiaalimenojen kasvusta. Eräiden menoerien, etenkin työttömyysturvan ja joidenkin muiden toimeentuloturvaetuuksien osuuden pieneneminen, korvaksi osan väestön ikääntymisestä aiheutuvasta julkisten menojen kasvusta.

Edellä esitettyjen laskelmien perusteella voidaan sanoa, että sosiaalimenoissa tai julkisessa taloudessa kokonaisuudessaan ei ole odotettavissa kehitystä, joka korvaisi vanhus-ten pitkäaikaishoidon palvelutarpeen kasvun julkisia menoja kasvattavan vaikutuksen.

Kaavamaisesti arvioituna palvelutarpeen kasvun voidaan ennakoida kiristävän veroas-tetta runsaalla prosenttiyksiköllä vuoteen 2030 mennessä, jos vanhuspalvelujen kustan-nusten muutos heijastuisi sellaisenaan veroasteeseen. Muiden julkisten hyvinvointipal-velujen ja toimeentuloturvan ylläpitämisen takia veroastetta tulisi nostaa pitkällä aikavälillä useilla prosenttiyksiköillä, mikäli palvelut ja etuudet halutaan säilyttää ennallaan.

Toisaalta on huomattava, että esimerkiksi vuosina 1988 – 1999 tapahtuneet muutokset terveydenhuollon vuodeosastotoiminnan voimavaroissa ja suoritteissa ovat esimerkki siitä, että toiminnan tehostamisella on aiemmin kyetty saamaan mittavia tuloksia. Vuodeosastotoiminnan hoitajaksojen määrä kasvoi vuosina 1988 –1999 noin 25 prosenttia ja väestöä hoidettiin vuonna 1999 noin 20 prosenttia pienemmällä hoitopäivien määrällä kuin 10 vuotta aikaisemmin. Keskimääräinen hoitoaika lyhentyi 45 prosenttia. Täysin ongelmatonta tämä kehitys ei ole ollut, vaan se on aiheuttanut muun muassa jatkohoi-don laatuun liittyviä ongelmia.

On mahdollista, että myös vanhuspalveluissa voidaan tarkoituksenmukaisella palvelujen porrastamisella ja erityyppisellä ehkäisevällä ja kuntouttavalla toiminnalla saada kus-tannusten kasvua hillitseviä tuloksia. Toisaalta on selvää, että väestön vanhetessa van-husten palveluissa on valmistauduttava kasvaviin menoihin ja uudenlaisiin palvelutar-peisiin. Vanhuspalveluihin tarvitaan lisää henkilöstö- ja muita voimavaroja. Suurin osa kustannusten kasvusta johtuu lisähenkilöstön tarpeesta, sillä valtaosa vanhuspalvelujen kustannuksista on työvoimakustannuksia.

Vanhuspalvelujen rahoitus ja rahoitusvastuiden jakaminen valtion, kuntien, Kansanelä-kelaitoksen ja palvelun käyttäjien kesken on arvioitava. Hoitovakuutus on noussut Suomessakin esiin yhtenä pitkäaikaishoidon palvelujen mahdollisena rahoitusmuotona.

3. VANHUSTEN HOIDON VAKUUTTAMINEN

3.1. Mikä on hoitovakuutus?

Hellmanin (1999) määritelmän mukaan ”vanhusten hoitovakuutuksesta korvataan kustannukset, joita syntyy, kun vakuutettu ei enää suoriudu vakuutuksen määrittelyn mukaisella tavalla jokapäiväisestä elämästään”. Vakuutuksen tarkoituksena on tarjota vakuutetuille vanhuksille apua, jonka ansiosta he pystyvät asumaan mahdollisimman pitkään kotonaan tai kodinomaisissa olosuhteissa tai saamaan tarvitsemiaan palveluja laitoshoidossa.

Vakuutus otetaan turvaamaan vakuutettua ennalta määrätyn riskin eli vakuutustapahtuman toteutumisen varalta. Hoitovakuutuksessa vakuutustapahtuman katsotaan toteutuneen, kun vakuutetun itsenäinen toimintakyky on heikentynyt riittävästi fyysisistä tai henkisistä syistä. Fyysistä toimintakyvyn heikentymistä arvioidaan toimintakykykriteereillä, joista tavallisimpia ovat peseytyminen, liikkuminen, pukeutuminen, riisuutuminen, syöminen ja WC:ssä käynti. Henkisistä perusteista vakuutustapahtuman laukaisee orgaanisperäinen dementia, jonka seurauksena vakuutettu on vaaraksi itselleen tai ympäristölleen.

Vakuutuksesta korvataan tyypillisesti vanhuksille tarkoitettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä aiheutuvia kustannuksia. Näitä ovat lähinnä kotona tai palveluasunnossa saatavan avun, asumispalvelujen ja laitoshoidon kustannukset. Vakuutuksesta korvataan tavallisesti myös itsenäistä elämistä helpottavien kodinparannustöiden ja apuvälineiden hankintakuluja. Korvausmuotoja ovat toteutuneiden kustannusten korvaaminen, palvelujen järjestäminen, elinkorko, kertakorvaus ja neuvonta.

Hoitovakuutuksen vakuutusteknisiä perustyypppejä ovat riskivakuutus ja säästövakuutus. Riskivakuutuksessa vuotuiset korvauskulut kustannetaan vuosittaisilla maksuilla, jotka jaetaan vakuutuksenottajien kesken. Vakuutusmaksu määräytyy vakuutettujen henkilökohtaisen riskin mukaan. Säästövakuutuksessa vakuutettu säästää ennen vakuutustapahtuman toteutumista ja saa säästönsä ja niille kertyneen tuoton vakuutustapahtuman toteututtua. Vakuutusmaksut määräytyvät vakuutuksenottajan tavoitteleman turvan tason mukaan. Riskivakuutuksen ja säästövakuutuksen yhdistelmässä eli rahastoivassa riskivakuutuksessa riski tasataan sekä vuositasolla riskivakuutuksen tapaan että vakuutettujen elinkaaren aikana kuten säästövakuutuksessa.

Kiinnostus hoitovakuutusta kohtaan on lisääntynyt monissa länsimaissa vanhusten määrän ja väestöosuuden kasvun myötä. Vapaaehtoisia hoitovakuutuksia myydään useimmissa länsimaissa. Pakollinen vakuutus on käytössä Saksassa, Japanissa ja Luxemburgissa. Pääosa järjestelyistä on uusia. Suomessa hoitovakuutuksia ei ole kaupan.

Vakuutusmaksujen suuruutta kuvaavana esimerkkinä Tanskan, Belgian, Britannian ja Ranskan vapaaehtoisten riskimuotoisten hoitovakuutusten, jotka korvaavat, kun luvussa 3 kuvatut ADL:t toteutuvat, vakuutusmaksut olisivat 7 500 markan kuukausiturvan takaavalle vakuutukselle 45-vuotiaille suuruusluokkaa 4 000 – 6 000 markkaa ja 55-vuotiaille 5 000 - 7 000 markkaa vuodessa.

3.2. Esimerkkejä muista maista

3.2.1. Saksan pakollinen hoitovakuutus

Pakollinen hoitovakuutus otettiin Saksassa käyttöön vuonna 1995. Hoitovakuutuksen käyttöönottoa perusteltiin erityisesti vanhuspalvelujen rahoituksen turvaamisella ja palvelujen saatavuuden parantamisella. Hoitovakuutuksen muita tavoitteita ovat muun muassa avohoidon osuuden lisääminen, palvelujen laadun parantaminen ja palvelujen hankkimisesta johtuvan toimeentulotukiriippuvuuden ja köyhyyden vähentäminen. Hoitovakuutuksen käyttöönoton taustalla vaikutti myös se, että omaishoidolla on Saksassa Pohjoismaita merkittävämpi osuus, mikä on osin seurausta lasten lakisääteisestä velvollisuudesta huolehtia vanhemmistaan. Saksassa julkisella sektorilla ei ole lakisääteistä vanhuspalvelujen järjestämisvelvollisuutta. Kuntien asema palvelujen tuottamisessa on viimesijainen. Hoitovakuutuslain mukaan kunta saa tuottaa palveluja vain, jos järjestöt tai yrittäjät eivät tuota niitä. (Häkkinen 1999)

Pakollinen hoitovakuutus jakautuu julkiseen ja yksityiseen osaan. Julkisessa osassa vakuutettuina ovat vakuuttautumisvelvollisten palkansaajien ja heidän perheidensä lisäksi myös eläkeläiset ja opiskelijat. Julkiseen järjestelmään kuuluu noin 90 prosenttia saksalaisista. Yksityisen osan vakuutettuina on noin 10 prosenttia väestöstä. Tämä osa koostuu noin 8 miljoonasta henkilöstä, jotka voivat korkean palkkatasonsa takia jättäytyä lakisääteisen sairausvakuutuksen ulkopuolelle ja ottaa sen tilalle vapaaehtoisen sairausvakuutuksen. Julkisen ja yksityisen hoitovakuutuksen ulkopuolella on noin 0,2 prosenttia väestöstä. Tähän ryhmään kuuluvat muun muassa yrittäjät, paluumuuttajat ja pakolaiset.

Hoitovakuutuksessa palvelutarvetta arvioidaan neljällä toimintakykymittarilla (ADL-kriteereillä, ADL = *Activities of Daily Living*):

- henkilökohtainen hygienia: kyky peseytyä, harjata hampaita, kammata hiuksia, ajaa partaa, ulostaa ja virtsata
- ravinto: suoriutuminen ravinnon pienentämisestä syömäkelpoiseksi ja varsinaisesta syömisestä
- liikkuminen: kyky nousta sängystä ja siirtyä sänkyyn, tarpeellinen asennon vaihtaminen sängyssä, pukeutuminen ja riisuminen, kävely, seisominen, portaissa liikkuminen ja tarpeellinen asiointi muun muassa lääkärissä ja apteekissa
- kotityöt: kyky käydä kaupassa, valmistaa ruokaa, siivota, pestä astioita ja pyykkiä, silittää ja lämmittää asunto.

Mikäli vakuutettu ei kohtuudella suoriudu näistä tehtävistä, hoidon tarve katsotaan toteutuneeksi. Hoidon tarvitsijat jaetaan kolmeen hoitoisuusluokkaan sen mukaan, kuinka paljon he tarvitsevat apua. Ensimmäisessä luokassa vakuutettu ei suoriudu vähintään kahdesta ADL-toiminnosta, jolloin apua katsotaan tarvittavan vähintään 1½ tuntia päivässä. Toisessa luokassa selviytymiskykyä on ainakin kolmessa ADL-toiminnossa ja apua tarvitaan vähintään 3 tuntia päivässä. Kolmannessa luokassa apua tarvitaan jat-

kuvasti, vähintään 5 tuntia päivässä. Selviytymiskyvyn arvioivat lakisääteisen sairausvakuutuksen lääketieteellisen palvelun asiantuntijat.

Saksan hoitovakuutus on maan sosiaalivakuutuksen historiassa ensimmäinen vakuutuslaji, joka ei lähtökohtaisesti pyri kattamaan kaikkia kustannuksia. Vakuutuksen kattamattoman osan kustannuksista maksavat palvelujen käyttäjät tai kunnat.

Avohoidossa hoitovakuutuksen vaihtoehtoiset korvausmuodot ovat hoitoraha, hoitopalvelut ja niiden yhdistelmä. Hoitoisuusluokan mukaan määräytyvää hoitorahaa (1 240 – 4 030 mk/kk) maksetaan omaishoitajalle. Omaishoitajalle maksetaan vakuutuksesta lisäksi eläke- ja työtaturmavakuutusmaksut. Ammattihenkilöstön palveluja vakuutettu voi ostaa hoitoisuusluokkansa mukaan 2 325 – 8 680 markalla kuukaudessa. Hoitorahan ja palvelujen yhdistelmässä vakuutettu voi saada osan avusta omaishoitona ja osan ostettuna palveluna. Tällöin hoitorahasta ja palveluista maksetaan osittainen korvaus, esimerkiksi 50 prosenttia. Lisäksi vakuutuksesta korvataan hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden hankintakuluja sekä asunnon muutostöiden kustannuksia enimmillään noin 15 000 markkaa muutostyötä kohti.

Mikäli kotihoito ei riitä vakuutetulle, hän voi saada hoitovakuutuksesta päivä- tai yöhoitoa, joihin liittyvät etuudet ovat hoitoisuusluokan mukaan 2 325, 4 650 tai 6 510 markkaa kuukaudessa. Lyhytaikaista laitoshoidoa voidaan korvata, kun omaishoitaja vapautetaan tai hoidettavan tila heikkenee väliaikaisesti. Hoitovakuutuksesta maksetaan korvauksia lyhytaikaisessa, enintään neljä viikkoa hoidossa olevalle vakuutetulle hoitoisuusluokan mukaan siten, että korvaus on enintään 8 680 markkaa vuodessa. Samansuuruisen korvauksen saa myös ajalta, jolloin omaishoitajan loman tai sairauden ajaksi palveluja hankitaan muualta.

Laitoshoidossa olevalle vakuutetulle maksettavat hoitoisuusluokan mukaan määräytyvät korvaukset ovat 6 200, 7 750 ja 8 680 markkaa kuukaudessa eli hieman suuremmat kuin avohoitopalveluja ulkopuolisilta hankittaessa. Erityistapauksissa korvausta voi saada runsaat 10 000 markkaa kuukaudessa. Laitoshoidossa oleva kustantaa itse asumis- ja ravintokulunsa ja eräissä osavaltioissa myös investointikustannuksia.

Pakollisen hoitovakuutuksen korvaukset rahoitetaan vakuutetulta ja työnantajilta perittäville pakollisilla vakuutusmaksuilla. Maksu on vakuutetulle palkansaajalle ja eläkeläiselle 0,85 prosenttia palkasta tai eläkkeestä. Työnantajien hoitovakuutusmaksu on 0,85 prosenttia palkkasummasta ja eläkelaitokset maksavat myös maksamistaan eläkkeistä 0,85 prosentin hoitovakuutusmaksua. Eräät julkiset laitokset maksavat muun muassa työttömien, paluumuuttajien, kuntoutettavien, vammaisten ja eräiden muiden vakuutusmaksut. Vuonna 2000 hoitovakuutusmaksujen perusteena on vajaan 20 000 markan kuukausitulokatto, jonka ylittävältä osalta maksua ei makseta.

Saksan pakollisesta hoitovakuutuksesta maksettiin korvauksia noin 1,7 miljoonalle henkilölle (2 prosenttia väestöstä) vuonna 1998. Heistä avohoidossa olevia oli noin 1,2 miljoonaa eli 72 prosenttia. Korvauksia saaneista 77 prosenttia oli 65 vuotta täyttäneitä ja 68 prosenttia naisia. Etuuksista hieman yli puolet maksettiin hoitorahana ja neljännes laitoshoidon kustannuskorvauksina. Kymmenesosa korvauksista oli hoitorahojen ja palvelujen yhdistelmäkorvauksia ja jonkin verran alle kymmenesosa hoitopalvelukorvauksia.

Saksan hoitovakuutus rahoitetaan jakojärjestelmäperiaatteella eli kunakin vuonna tulo-rahoitusta kerätään yhtä paljon kuin järjestelmästä aiheutuu menoja. Hoitovakuutusjärjestelmä keräsi tuloja vuonna 1999 hieman alle 99 miljardia markkaa ja menot olivat hieman yli 99 miljardia markkaa.

Vakuutuslaitoksina Saksan hoitovakuutuksessa toimivat hieman alle 500 sairauskassan yhteyteen perustetut hoitokassat. Valitessaan sairausvakuutuskassan vakuutettu valitsee samalla myös hoitovakuutuskassan. Hoitokassat eivät käytännössä kilpaile keskenään.

Saksan hoitovakuutuksessa palvelun järjestäjän ja tuottajan roolit on erotettu. Hoitovakuutuslaki kieltää hoitokassoja tuottamasta palveluja, mikäli yritykset ja yleishyödylliset yhteisöt tuottavat niitä riittävästi. Hajautetun järjestelyn tarkoituksena on muun muassa luoda palveluilla toimivat markkinat ja parantaa palvelujen laatua ja tehokkuutta. Vanhuspalveluissa yleishyödylliset yhteisöt ovat merkittävien palvelujen tuottajaryhmä. Vakuutetut saavat itse valita, miltä palvelujen tuottajalta he avun hankkivat.

Hoitovakuutuksesta saadut ensimmäiset kokemukset ovat osin myönteisiä ja osin kielteisiä. Myönteisiä kokemuksia ovat olleet pitkäaikaishoidon rahoituksen turvaaminen ainakin lyhyellä aikavälillä, avohoidon osuuden lisääntyminen, laitoshoidon kysynnän vähentyminen, palvelujen tuottajien monipuolistuminen, omaishoitajien aseman parantuminen sekä vanhusten toimeentulotukiriippuvuuden ja toimeentulotuen käytön vähentyminen. Pulmina esiin ovat nousseet muun muassa rahoituksen kestävyys pitkällä aikavälillä (maksuja pitäisi nostaa parilla prosenttiyksiköllä), vakuutusturvan riittämättömyys suhteessa palvelujen hankintakustannuksiin, dementiaa sairastavien tilanteen riittämätön huomioon ottaminen hoidon tarvetta arvioitaessa, työnjako sairaus- ja hoitovakuutuksen kesken esimerkiksi kuntoutuksessa ja toimenpidehoidon korvaamisessa, palvelujen laadun varmistaminen sekä järjestelmän byrokraattisuus. (Häkkinen 2000; Rothgang 2000)

3.2.2. Japanin pakollinen hoitovakuutus

Japanin pakollisen hoitovakuutuksen taustalla ovat väestön ikääntymisen aiheuttamat haasteet vanhuspalvelujen järjestämisessä. Riittämättömän rahoituksen takia pitkäaikaishoidon palvelujen tarjonta ei ole vastannut palvelutarvetta ja palvelujen kysyntää. Tämän seurauksena palveluja on kohdennettu erityisesti pienituloisille ja perheettömille vanhuksille. Muun muassa julkisten palvelujen tarveharkinnan takia omaishoidolla on ollut merkittävä rooli japanilaisessa vanhustenhuollossa. Lähivuosikymmeninä Japani kuuluu maailman nopeimmin vanheneviin maihin.

Pakollinen hoitovakuutus otettiin käyttöön vuonna 2000. Sen keskeisenä tarkoituksena on painopisteen siirtäminen perhekeskeisestä vanhustenhoidosta lainsäädännöllisesti ja rahoituksellisesti selkeään sosiaalivakuutustyyppiseen järjestelmään, joka mahdollistaa kaikille palveluja tarvitseville tuloista, varallisuudesta ja perhetilanteesta riippumattoman riittävän hoidon. Tähän pyritään keräämällä lisää varoja vanhuspalvelujen rahoittamiseen. Muita tavoitteita ovat palveluja tarvitsevien valinnanvapauden lisääminen, palvelumarkkinoiden synnyttäminen, palvelujen monipuolistaminen ja järjestämisvastuun siirtäminen paikalliselle tasolle.

Japanissa vakuutetut on jaettu kahteen ryhmään: etuuksiin ovat oikeutettuja 40 - 64-vuotiaat tiettyjen sairauksien tai tapaturmien perusteella apua tarvitsevat ja 65 vuotta täyttäneet. Vakuutuksen ulkopuolelle on suljettu vammaiset, joita varten on oma hoitojärjestelmänsä.

Japanissa avun tarvitsijoiksi todetut jaetaan kuuteen luokkaan avun tarpeen mukaan. Vakuutuksesta järjestettävän avun määrä ja laatu riippuvat avun tarpeen suuruudesta. Avun tarpeen toteavat hoitovakuutuksen vakuutuslaitoksina toimivat kunnat. Avun tarvetta arvioidaan vakuutetun fyysisen ja henkisen suoriutumiskyvyn perusteella. Itsenäisen suoriutumiskyvyn arvioinnin kriteerejä ovat ainakin peseytyminen, syöminen, siivoaminen, pyykinpesu ja kaupassa käynti.

Japanin pakollinen hoitovakuutus korvaa toteutuneita kustannuksia. Tämän katsotaan takaavan sen, että korvauksilla hankitaan palveluja eikä niitä käytetä muihin tarkoituksiin. Vakuutuksesta korvataan erilaisten palvelumuotojen (kotipalvelu, päivähoito, kotisairaanhoido, kuntoutus, ryhmäkotiasuminen, vanhainkotipalvelut ja pitkäaikaishoito sairaalassa) ja apuvälineiden hankintakustannuksia sekä kodin muutostöiden kuluja. Toisin kuin monissa muissa sosiaalivakuutuksen muodoissa, hoitovakuutuksen korvauksissa vakuutetun tuloja ja perhesuhteita ei oteta korvauksia määritettäessä huomioon. Yhtenä korvausmuotona sovelletaan myös neuvontapalveluja, joilla vanhuksia ja heidän omaisiaan opastetaan hankkimiaan tarvitsemiaan palveluja. Tämä on merkittävä korvausmuoto, sillä Japanissa vakuutetut valitsevat itse palvelujen tuottajan.

Hoitovakuutuskorvauksilla pyritään kattamaan vain noin 40 prosenttia palvelujen kokonaiskustannuksista. Puolet kustannuksista maksetaan julkista varoista (valtio 25 prosenttia sekä läänit ja kunnat molemmat 12,5 prosenttia) ja 10 prosenttia asiakasmaksuilla.

Hoitovakuutuksessa 65 vuotta täyttäneet maksavat vakuutusmaksun suoraan eläkkeestään. Maksun suuruus määräytyy eläkkeen tason mukaan. Pienituloisilta eläkeläisiltä (noin 30 prosenttia kaikista eläkeläistä) maksu peritään erikseen kuntien yksilöllisen harkinnan mukaan. Eläkeläisten odotetaan rahoittavan vakuutusmaksuin vakuutusturvasta 17 prosenttia. Muilta vakuutetuilta eli 40 – 64 -vuotiailta vakuutusmaksu peritään lakisääteisen sairausvakuutusmaksun yhteydessä ja maksutulolla pyritään kattamaan kolmannes kokonaiskustannuksista. Vakuutusmaksutuottoja ei rahastoida vaan hoitovakuutus perustuu ns. jakojärjestelmärahoitukseen.

Japanissa palveluja tuottavat kunnat, yritykset ja yleishyödylliset yhteisöt. Mitään niistä ei ole asetettu ensisijaiseksi palvelujen tuottajaksi.

Japanin pakollinen hoitovakuutus on vasta käynnistysvaiheessa, minkä takia kokemuksia vakuutusmuodosta ei merkittävässä määrin ole. Tässä vaiheessa järjestelmän merkittävimpinä pulmina pidetään palvelutuotannon (yksityisen ja julkisen) määrän ja laadun vähyyttä suhteessa palvelujen tarpeeseen ja yksilöllisiin vaatimuksiin sekä vakuutuslaitoksina toimivien kuntien kykyä toteuttaa vakuutusta tavoitellulla tavalla. (Kemporen 1998; Matshuda 2000; HWBE 1994, Yamasaki 1998)

3.2.3. Luxemburgin pakollinen hoitovakuutus

Myös Luxemburgissa vanhusten pitkäaikaishoidon palvelujen ongelmaksi on nähty riittävän rahoituksen turvaaminen palvelutarpeiden kasvaessa. Palvelujen saatavuuden ja rahoituksen turvaamiseksi Luxemburgissa otettiin vuoden 1999 alussa käyttöön pakollinen hoitovakuutus (*Assurance Dependance*). Sillä pyritään ensisijaisesti keräämään varat, joilla kaikille apua tarvitseville kyetään järjestämään riittävät palvelut. Palvelujen rahoituksen ja saatavuuden turvaamisen ohella vakuutuksen käyttöönotolla pyritään lisäämään kotona annettavien palvelujen osuutta.

Pakollisen hoitovakuutuksen vakuutettuina ovat lakisääteisessä sairausvakuutuksessa vakuutetut henkilöt. Heitä ovat palkansaajat, yrittäjät, työttömät, toimeentuloturvaetuksia saavat ja henkilöt, joilla on lakisääteisestä sairausvakuutusturvaa vastaava yksityinen sairausvakuutus. Käytännössä vakuutus kattaa koko väestön.

Hoitovakuutuksessa hoitoa tarvitseva katsotaan henkilö, joka fyysisen tai henkisen sairauden tai vajavaisuuden takia tarvitsee säännöllisesti ulkopuolista apua päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa. Itsenäistä suoriutumista päivittäisistä toiminnoista tarkastellaan kolmella kriteerikokonaisuudella: kyvyllä ylläpitää henkilökohtaista hygieniaa (mm. peseytyminen ja ulostaminen), ravinnon saannilla (ruoan valmistaminen ja syöminen) ja kyvyllä liikkua (mm. liikkua kodissa ja kodin ulkopuolella, pukeutua ja riisua). Apua tarvitsevat henkilöt luokitellaan kolmeen ryhmään: vähän, melko paljon ja hyvin paljon apua tarvitseviin.

Luxemburgin pakollisen hoitovakuutuksen korvausmuodot ovat hoidon hankintakustannusten korvaaminen, rahakorvaukset sekä kodin muutostöiden teettämisen ja apuvälineiden hankintakustannusten korvaaminen. Hoidon hankintakustannusten korvausten ja rahakorvausten taso määräytyy avun tarpeen määrän ja valtion vuosittain päättämän taksan perusteella. Korvauksia maksetaan samalla tavalla riippumatta siitä, hoidetaanko vakuutettua kotona tai laitoksessa.

Hoitovakuutusturvaa hallinnoi sairausvakuutuskassojen liitto. Sen yhteyteen on perustettu erityinen arviointi- ja neuvontayksikkö, jonka tehtävänä on muun muassa ratkaista avun tarpeen toteutuminen, päättää annettavan avun määrästä ja tiedottaa hoitovakuutuksen etuuksista.

Hoitovakuutuksen tarkoittamia palveluja voivat periaatteessa tuottaa kaikki yksityiset ja julkiset yhteisöt, jotka ovat tehneet sairausvakuutuskassojen liiton kanssa sopimuksen palvelujen tuottamisesta.

Korvaukset rahoitetaan kaikilta yksityishenkilöiltä perittävällä veronluonteisella maksulla, valtion rahoitusosuudella (45 prosenttia kokonaiskustannuksista), sähköntuotantoon liittyvällä erityisverolla ja sijoitustoiminnan tuotoilla. Yksityishenkilöiden maksama maksu on 1 prosenttia veronalaisesta tulosta. Veronlaiseksi tuloksi katsotaan ansiotulojen lisäksi myös omaisuustulot. Yksityishenkilöiden vakuutusmaksut kerätään lakisääteisen sairausvakuutusmaksun yhteydessä.

Hoitovakuutuksen ei pyritä rahastointiin, mutta laki pakottaa vakuutusjärjestelmän ylläpitämään 'ylimääräistä' rahastoa, jonka koko on 10 – 20 prosenttia vuotuisesta korvausmenosta. Vakuutusjärjestelmän on sijoitettava tämä rahasto lyhytaikaisiin sijoituskoh-

teisiin. Valtio määrittää vuosittain sijoituskohteet, joihin varoja voidaan sijoittaa. (Mis-soc 1999)

3.2.4. Britannian vapaaehtoinen hoitovakuutus

Britanniassa julkisen sektorin velvollisuutena on järjestää kotona asumista tukevat sosiaalipalvelut ja huolehtia tarvittavan laitoshoidon saamisesta. Kuntien velvollisuutena ei ole tuottaa palveluja itse, vaan niiden pääasiallisena tehtävänä on palvelujen rahoittaminen sekä hoidon suunnittelu ja koordinointi. Kunnilla on oikeus ottaa vanhuspalveluja tarvitsevien tulot ja varallisuus huomioon päättäessään palvelujen järjestämisestä. Kunnat voivat myös periä asiakasmaksuja palvelujen käyttäjiltä. Mikäli asiakkaan tulot eivät riitä palvelumaksuihin, hän voi joutua myymään omaisuuttaan rahoittaakseen palvelunsa.

Julkisten palvelujen tarveharkinta sekä palvelun tarvitsijoiden tulojen ja varallisuuden huomioon ottaminen asiakasmaksuissa ovat aiheuttaneet sen, että osa väestöstä on omaehtoisesti varautunut tulevaan avun tarpeeseen. Tätä tarkoitusta varten vakuutusyhtiöt alkoivat 1990-luvun alussa markkinoida vapaaehtoista hoitovakuutusta. Vuoden 1999 lopussa vapaaehtoisella hoitovakuutuksella vakuutettuja oli Britanniassa vajaa 34 000 eli alle 1 prosenttia maan väestöstä.

Markkinoilla tarjotaan yleisimmin tasa- ja kertamaksuisia riskivakuutuksia. Kertamaksuiset riskivakuutukset ovat pääsääntöisesti niin sanottuja *point-of-need* -vakuutuksia, jotka otetaan vasta vakuutustapahtuman toteututtua ja joissa vakuutettavana riskinä on hoitotarpeen kesto. Tarjolla on myös sijoitussidonnaisia säästövakuutuksia ja vakuutuksia, joissa vakuutusyhtiö saa vakuutetun kuoltua tämän omaisuutta vastikkeeksi antamastaan turvasta.

Britanniassa asiakasvalinnassa käytetään terveysarviointia vakuutettavan riskin arvioimiseksi. Arvioinnin lähtökohtana on asiakkaan käyttämän yleislääkärin arvio asiakkaan terveydentilasta ja sairauksista, jotka saattavat johtaa hoitovakuutuksen vakuutustapahtuman toteutumiseen. Kaikki asiakkaat saavat vakuutuksen, mutta kohonnut riski nostaa perittävää vakuutusmaksua.

Britanniassa hyödynnettävissä hoitovakuutuksissa vakuutustapahtuma katsotaan pääsääntöisesti toteutuneeksi, kun vakuutettu ei suoriudu ennalta sovitusta määrästä jokapäiväisiä toimintoja. Tyypillisimpiä toimintoja ovat peseytyminen (suihku ja kylpy) ja pidätyskyky (rakko ja suoli), pukeutuminen (vaatteet, keinojäsenet ja irto-osat), siirtyminen (sängystä tuoliin ja pyörätuoliin) ja liikkuminen huoneesta toiseen, ruokaileminen (keittäminen, syöminen ja juominen) sekä WC:ssä käynti. Näiden lisäksi orgaanisen dementian ja eräiden henkisten syiden katsotaan laukaisevan vakuutustapahtuman. Vakuutustapahtuman toteutumisen edellyttämien kriteerien määrä vaihtelee kahdesta useampaan ja joissakin yhtiöissä suoriutumiskyky arvioidaan kokonaisvaltaisesti tarkastelematta kriteerien lukumäärää. Vakuutustapahtuman toteutumisen toteaa vakuutusyhtiö.

Vapaaehtoisten hoitovakuutuksen ensisijaisina korvausmuotoina ovat kulukorvaukset sovittuun enimmäismäärään saakka ja eläke. Kulukorvauksia maksetaan muun muassa varsinaisesta hoidosta ja kodinparannustoista. Useimmilla hoitovakuutuksilla tarjoavilla

yhtiöillä korvausmuotona on myös palvelujen järjestäminen. Palvelujen järjestäminen koostuu puhelinpalvelusta (vakuutetun neuvontaa) ja palvelusta, jossa vakuutusyhtiö avustaa vakuutettua hoitosuunnitelman laadinnassa ja palvelujen hankinnassa.

Vapaaehtoisen hoitovakuutuksen vakuutusmaksut eivät ole verotuksessa vähennyskelpoisia. Vakuutuskorvaukset ovat saajalleen pääsääntöisesti verovapaata tuloa. Eläkkeenä maksettava korvaus on veronalainen. (Kautto & Kärkkäinen 1993; Hellman 1999; Scott 1998; Missoc 1999)

3.2.5. Ranskan vapaaehtoinen hoitovakuutus

Myös Ranskassa julkisella sektorilla on vanhuspalvelujen järjestämisvastuu. Muut kuin terveydenhuoltoon liittyvät palvelut ovat kuitenkin edelleen pääosin perheiden vastuulla. Vanhuspalvelujen kattavuudessa on suuria alueellisia eroja ja niiden kohdentamisessa käytetään taloudellista tarveharkintaa. (Rostgaard & Fridberg 1998.) Maakunnat rahoittavat ja koordinoivat palveluja, joiden tuottamisesta vastaavat tavallisimmin kunnat. Kunnat hankkivat palveluja myös ostopalveluina yleishyödyllisiltä yhteisöiltä. Palvelujen käyttäjät maksavat asiakasmaksut joko eläkkeestään tai muilla varoilla. Mikäli palvelujen käyttäjä ei kykene maksamaan maksuja, lähiomaiset ovat velvollisia maksamaan ne. Mikäli lähiomaiset puuttuvat, vanhus voi hakea sosiaalitoimistosta lainaa asiakasmaksujen maksamiseen. Laina peritään takaisin vanhuksen kuoltua hänen jälkeen jättämästään omaisuudesta. Vuoden 1997 alusta tuli voimaan sosiaalihuollon osana *prestation spécifique dépendance* -niminen tarveharkintainen etuus, jolla kustannetaan pitkäaikaista hoitoa niille, joilla ei ole mahdollisia maksaa itse hoidostaan.

Vanhusten ja heidän perheidensä suuri vastuu vanhuspalvelujen rahoituksesta oli yksi merkittävä syy vapaaehtoisten hoitovakuutusten markkinoille tulemiseen Ranskassa. Lisäksi hoitovakuutuksen käyttöönottoa on edistänyt se, että Ranskassa vapaaehtoinen vakuutautuminen on tavallisempaa kuin muualla Euroopassa.

Ensimmäiset vapaaehtoiset hoitovakuutukset tulivat markkinoille vuonna 1985. Vuoden 1998 lopussa vakuutettuja oli noin 550 000. Heistä noin 250 000 henkilöllä oli yksilöllinen vähintään kohtuullisen turvan tarjoava vakuutus ja lopuilla 300 000:lla oli vaatimatonta lisäturvaa takaava ryhmävakuutus. Vuoden 1999 lopussa vakuutettuja oli noin 1 miljoona.

Ranskassa asiakasvalinta perustuu tiiviiseen ja yksinkertaiseen terveystarkastukseen. Periaatteena on se, että vakuutus myönnetään vain terveille. Asiakasvalintaa rajoittaa se, että vakuutushakemusta käsiteltäessä esimerkiksi tietoja lähisukulaisten terveydentilasta ei saa kysyä. Vakuutuksia tarjoavat yhtiöt katsovat, ettei asiakkaiden valikoituminen ole merkittävä pulma, koska vakuutettujen määrät ovat riittävät tasaamaan kohtuullisesti vakuutettujen valikoitumisesta aiheutuvia riskejä.

Tarjolla olevat vapaaehtoiset yksilölliset hoitovakuutukset ovat pääsääntöisesti tasamaksuisia riskivakuutuksia. Vakuutusmaksut määräytyvät pääsääntöisesti vakuutetun iän ja turvan tason mukaan. Sukupuoli ei vaikuta vakuutusmaksun suuruuteen. Vakuutus otetaan tavallisimmin 50 - 70 vuoden iässä. Vakuutusmaksuvelvollisuus jatkuu vakuutustapahtuman toteutumiseen sakkaa.

Vakuutustapahtuman toteutumisen arvioinnissa tarkastellaan neljää päivittäistä toimintoa, jotka ovat peseytyminen ja pidätyskyky, pukeutuminen, siirtyminen ja liikkuminen ja ruokaileminen. Vakuutustapahtuma katsotaan lauenneeksi, kun vakuutettu ei kohtuudella suoriudu kolmesta edellä mainitusta toiminnosta ilman ulkopuolista apua. Näiden tekijöiden lisäksi vakuutustapahtuman laukaisee myös orgaanisen dementian aiheuttama avun ja valvonnan tarve. Vakuutustapahtuman toteutumisen todentaa julkisen vanhus-tenhuolto. Julkisissa vanhuspalveluissa käytetään samoja hoitotarpeen toteutumiskriteerejä kuin vapaaehtoisissa vakuutuksissa.

Ranskalaisissa hoitovakuutuksissa vakuutuskorvaukset maksetaan eläkkeenä. Eläkkeen suuruus sovitaan vakuutusta otettaessa. Eläkettä ei sidota palvelujen hankkimiseen eikä yhteensoviteta julkisen sektorin sosiaalietuuksien kanssa. Kuukausittain maksettava eläke on keskimäärin 2 000 – 3 000 frangia.

Ranskassa vakuutuksilla on tavallisesti odotusaika ennen kuin vakuutusturva tulee voimaan. ADL-perusteisilla vakuutustapahtumilla odotusaika on yksi vuosi ja dementiata-pauksissa kolme vuotta. Tapaturmien aiheuttamissa vakuutustapahtumissa odotusaikoja ei sovelleta.

Vapaaehtoisen hoitovakuutuksen vakuutusmaksut eivät ole verotuksessa vähennyskel- poisia ja korvaukset ovat saajalleen pääsääntöisesti verovapaata tuloa. (Hellman 1999; Scott 1998)

3.2.6. Tanskan vapaaehtoinen hoitovakuutus

Tanskassa julkisen vallan tehtävänä on pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskuntamallin mukaisesti järjestää kaikille apua tarvitseville vanhuksille riittävä hoito pääasiassa vero- varoin. Julkisten palvelujen kattavuus on varsin laaja (Häkkinen 1999). Tästä huolimatta vapaaehtoinen hoitovakuutus tuli Tanskassa markkinoille vuonna 1999.

Myynnissä oleva vapaaehtoinen hoitovakuutus on tasamaksuinen riskivakuutus. Vakuu- tusmaksun voi maksaa kuukausi- tai vuosimaksuna tai kertamaksulla. Vakuutusmaksut määräytyvät vakuutetun iän ja sukupuolen sekä tavoiteltavan turvan mukaan. Esimer- kiksi 50-vuotiaan naisen ottaman vakuutuksen maksu on vajaat 700 kruunua kuukau- dessa, kun vakuutuksesta saatava korvaus on 10 000 kruunua kuukaudessa.

Myös Tanskassa vakuutustapahtuman toteutumista arvioidaan ADL-kriteerein. Itsenäis- tä toimintakykyä mittaavina kriteereinä ovat kyky peseytyä, pukeutua, liikkua, ruokailla ja suoriutua wc-toiminnoista. Näiden kriteerien lisäksi vakuutustapahtuman laukaisee myös orgaaninen dementia sekä riittävän korkean iän (95/99 vuotta) saavuttaminen. Vakuutustapahtuman toteutuminen todetaan julkisten sektorin asiantuntijoiden (sosiaali- työntekijä ja lääkäri) ja vakuutusyhtiön edustajan yhteistyönä.

Pääasiallisena korvausmuotona on eläke, jonka suuruudesta sovitaan vakuutusta otetta- essa. Eläkkeen on oltava 10 000 – 40 000 kruunua kuukaudessa. Korvausta ei sidota palvelujen hankkimiseen eikä sitä pääsääntöisesti yhteensoviteta julkisen sektorin sosi- aalietuuksien kanssa. Poikkeuksena on vanhainkotiasuminen, jossa puolet hoitovakuu- tuksen maksamasta eläkkeestä otetaan asiakasmaksuna. Korvausta voidaan saada myös

osittaisena eläkkeenä osittaisen toimintakyvyn menetyksen takia (taulukko 6). Yhtenä korvausmuotona on myös neuvontapalvelu, jolla vakuutettua opastetaan valitsemaan julkisia ja yksityisiä sosiaali- ja terveystalvveluja.

Taulukko 6. Tanskalaisen vapaaehtoisen hoitovakuutuksen korvaukset erilaisissa toimintakykytilanteissa

Itsenäisen toimintakyvyn aste	Korvaus standarditurvassa	Korvaus laajassa turvassa
Yli 75 %	-	-
50 – 75 %	-	1/3 vakuutussummasta
25 – 49 %	1/2 vakuutussummasta	2/3 vakuutussummasta
alle 25 %	Vakuutussumma	Vakuutussumma
Vakuutettu hoitokodissa	1/2 vakuutussummasta	Vakuutussumma

Lähde: Hellman 1999

Tanskassa hoitovakuutuksen verokohtelu on samanlainen kuin vapaaehtoisella eläkevakuutuksella: maksut ovat vähennyskelpoisia ja korvaukset veronalaisia. Asiakas voi myös jättää verovähennykset tekemättä, jolloin eläke on verovapaata tuloa. Vuoden 2001 alkuun mennessä vapaaehtoisia hoitovakuutuksia oli voimassa noin 50 kappaletta. (Hellman 1999; Scott 1998)

4. HOITOVAKUUTUKSEN ROOLI JA MAHDOLLISUUDET VANHUSPALVELUISSA

4.1. Hoitovakuutuksen perusmallit sekä niiden vahvuuksia ja heikkouksia

Pohjoismaisella hyvinvointiyhteiskuntamallilla pyritään kansalaisten yleisen hyvinvoinnin edistämiseen. Olennaisimpia mallin perustana olevia arvoja ovat tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, vapaus, turvallisuus, yhteisvastuu, demokratia ja taloudellinen tehokkuus. Väestön hyvä terveys ja toimintakyky, riittävä toimeentulo, tasainen tulonjako ja omatoimisuus ovat keskeisiä tavoitteita.

Näihin tavoitteisiin pyritään hyvinvointipolitiikalla, jolle on tyypillistä julkisen sektorin keskeinen rooli, sosiaaliturvan laaja kattavuus (universaalisuus), koko väestön oikeus pääasiassa verovaroin kustannettaviin julkisiin sosiaali- ja terveystalouteihin sekä lakisääteinen vähimmäis- ja ansioturvasta koostuva toimeentuloturva. Perustuslain 19 §:n mukaan jokaiselle turvataan oikeus ihmisarvoisen elämän kannalta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloutet sekä edistettävä väestön terveyttä.

Sosiaalipoliittisten rakenteiden ja järjestelmien muutoksia suunniteltaessa on tärkeää arvioida, miten ne vaikuttaisivat hyvinvointipolitiikan tavoitteisiin. Hoitovakuutuksen Suomeen soveltuvuuden kannalta olennaisin pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan periaate on universaalisuus. Universaalisuudella tarkoitetaan sitä, että kaikilla asukkailla on tasavertaiset mahdollisuudet käyttää julkisia, pääasiassa verovaroin kustannettuja kuntien järjestämistä olevia sosiaali- ja terveystaloutet.

Pääministeri Paavo Lipposen II hallituksen ohjelman mukaan julkisen vallan järjestämistä olevien sosiaali- ja terveystaloutet on oltava kaikkien saatavilla ja ne tulee rahoittaa pääosin verovaroin. Yksityiset taloutet, kolmas sektori sekä omais- ja lähimmäistyö nähdään julkisten taloutet täydentäjinä. Valtioneuvoston eduskunnalle sosiaaliturvasta antamassa selonteossa (1996) sosiaaliturvan tavoitteeksi asetettiin hyvän kattavuuden ja kohtuullisen tason lisäksi omatoimisuuden tukeminen, sosiaaliturvan järjestämistä ja rahoitustaloutet selkeys ja toimivuus sekä sosiaaliturvan rahoitustaloutet kestävä perusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000 – 2003 (1999) korostetaan vanhusten kotona asumista tukevien taloutet riittävyttä ja taloutet laatua. Vanhuspoliittinen tavoite- ja strategiatoimikunta painotti julkisten taloutet kattavuuden lisäksi myös valinnanmahdollisuuksien ja muiden kuin julkisten voimavarojen lisäämistä vanhustaloutet (Komiteanmietintö 1996).

Työryhmän toimeksiannon mukaan Suomessa mahdollisesti käyttöön otettava hoitovakuutus olisi luonteeltaan julkisia taloutet täydentävä tapa rahoittaa pitkäaikaishoidon taloutet. Koko väestöllä säilyisi oikeus pääasiassa verovaroin rahoitettaviin, kuntien järjestämistä oleviin julkisiin sosiaali- ja terveystaloutet.

Lakisääteisen pakollisen hoitovakuutuksen (jäljempänä pakollinen hoitovakuutus) päätarkoituksena on tasata pitkäaikaishoidon taloutet kustannuksia (vrt. lakisääteinen sairausvakuutus). Sen tarkoituksena voidaan pitää myös vakuutettujen valinnanmahdollisuuksien lisäämistä taloutet hankinnassa. Yksi pakollisen hoitovakuutuksen sovelluksista on veronluonteinen vakuutus, jonka tarkoituksena on vahvistaa pitkäaikaishoidon taloutet rahoitustaloutet. Pakollisessa hoitovakuutuksessa vakuutusmaksuvelvol-

lisiä ovat yleensä työ- ja eläketuloja saavat henkilöt. Vakuutettuja voivat olla vakuutusmaksuvelvolliset tulonsaajat tai koko maassa asuva väestö (veronluonteinen vakuutus). Pakollisissa hoitovakuutuksissa vakuutusmaksut ovat yleensä tulosidonnaisia (vrt. lakisääteinen sairausvakuutus), mutta ne voivat olla myös tuloista riippumattomia (vrt. lakisääteinen liikennevakuutus). Pakollisessa vakuutuksessa maksujen ja etuuksien suhde ei ole välttämättä yhtä tiukka kuin vapaaehtoisessa vakuutuksessa. Veronluoteisessa vakuutuksessa vakuutusmaksutuotto kanavoitetaan suoraan julkisten palvelujen järjestäjille. Muissa pakollisen vakuutuksen muodoissa vakuutettu käyttää vakuutuskorvaukset palvelujen hankintaan.

Vapaaehtoiset hoitovakuutukset poikkeavat pakollisesta siinä, että niissä on kyse vauriutumismahdollisuuden tarjoamisesta. Vapaaehtoisuudesta seuraa vakuutuksenottajien ja vakuutettujen suurempi valikoituminen kuin pakollisessa hoitovakuutuksessa ja vakuutusmaksun määräytyminen tavoiteltavan turvan ja riskin (esim. vakuutetun iän ja terveydentilan) mukaan.

Vapaaehtoisen hoitovakuutuksen yksi sovellus on ryhmävakuutus, jonka vakuutuksenottajana voi olla esimerkiksi kunta tai työnantaja.

Pakollinen ja vapaaehtoinen hoitovakuutus voisivat lisätä palvelujen saatavuutta siinä tapauksessa, että edellytykset julkisten palvelujen järjestämiselle säilyisivät vähintään ennallaan. Vakuutuksenottajien määrä, vakuutuksen hinta ja vakuutusturvan taso ja julkinen tuki vaikuttavat palvelujen saatavuuden kehitykseen.

Nykyisin yksityisten palvelujen tarjonta vaihtelee alueellisesti huomattavasti ja etenkin harvaanasutuilla alueilla kannattavan yksityisen palvelutuotannon syntyminen saattaa olla vaikeaa myös tulevaisuudessa. Toisaalta yksityisten palvelujen tarjonnan kasvuun voidaan vaikuttaa hoitovakuutuksen lisäksi myös muilla toimenpiteillä, kuten esimerkiksi eläkkeensaajien hoitotuen kehittämällä (tasolla ja kohdentamisella) ja julkisten palvelujen tuotantorakennetta kehittämällä kuten lisäämällä yhteistyötä julkisen ja yksityisen palvelusektorin välillä (ostopalvelut, palvelusetelijärjestelmän kehittäminen).

Pakollinen ja vapaaehtoinen hoitovakuutus voisivat tietyin edellytyksin lisätä palvelujen tarjontaa ja parantaa kotitalouksien mahdollisuuksia valita niiden tarpeita parhaiten vastaavat palvelut ja palvelujen tuottajat.

Näkemykset hoitovakuutusten perusmallien vaikutuksista väestöryhmien väliseen tasarvoon vaihtelevat. Pakollisen hoitovakuutuksen vahvuutena suhteessa vapaaehtoiseen hoitovakuutukseen on sen kattavuus. Vapaaehtoisen vakuutuksen käyttöönotolla vahvuutena nähdään sen lisäämät vaihtoehdot pitkäaikaishoidon rahoittamisessa ja järjestämisessä.

Monikanavarahoituksella tarkoitetaan eri palvelumuotojen rahoitusta eri kanavien kautta tai saman palvelun rahoitusta usean kanavan kautta. Pakollisen ja vapaaehtoisen hoitovakuutuksen käyttöönotto toisi palvelujen rahoitukseen uuden kanavan. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän heikkouksina pidetään rahoituksen läpinäkymättömyyttä, ohjaus- ja koordinaatioongelmia ja tehottomuutta. Monikanavarahoitus saattaa myös lisätä kannustimia kustannusten siirtämisen yhdeltä rahoittajalta toiselle ilman, että merkittävää kokonaistaloudellista etua syntyy. Se voi myös synnyttää rahoittajien välistä kiistelystä palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuusta. Toisaalta on myös näkemyksiä, joiden

mukaan monikanavarahoitus lisää valinnanmahdollisuuksia ja vahvistaa palvelujen rahoitusta.

Pakollinen hoitovakuutus voidaan katsoa osaksi palvelujen julkista rahoitusta. Vapaaehtoinen hoitovakuutus voisi vähentää julkisten palvelujen kustannusten kasvua, jos sen ansiosta julkisia palveluja korvattaisiin yksityisillä palveluilla.

Palvelujen rahoituspohjalla tarkoitetaan palvelujen järjestämiseen käytettävissä olevien varojen määrää. Pitkällä aikavälillä pakollisen ja vapaaehtoisen hoitovakuutuksen voidaan katsoa vahvistavan vanhuspalvelujen rahoituspohjaa, jos niillä varataan varoja tulevia palveluja varten. Vakuutusmaksuvaiheessa julkista taloudellista kannustetta saavien hoitovakuutuksen perusmallien käyttöönotto heikentäisi julkisten palvelujen rahoituspohjaa, koska julkiset verotulomenetykset aiheutuisivat huomattavasti julkisia säästöjä ja tuloja aikaisemmin.

Legitimiteetillä tarkoitetaan järjestelmän kykyä tuottaa ja ylläpitää kansalaisten uskoa siihen, että olemassa oleva järjestelmä on yhteiskunnan kannalta hyödyllinen. Suomalaisen sosiaaliturvan legitimiteetti on korkea. Legitimiteetin merkitys korostuu ennen kaikkea rahoituksessa. Näkemykset vapaaehtoisen hoitovakuutuksen käyttöönoton vaikutuksista legitimiteettiin vaihtelevat suuresti. Yhden näkemyksen mukaan vapaaehtoinen vakuutus saattaa johtaa veronmaksuhalukkuuden heikkenemiseen, jos osa vakuutusnottajista katsoo, ettei heillä ole syytä samanaikaisesti maksaa vakuutusmaksuja ja rahoittaa veronmaksulla julkisia palveluita, joita he eivät itse käytä. Seurauksena voisivat olla paineet verotuksen keventämiseen, mikä rapauttaisi julkisten palvelujen rahoituspohjaa. Toisen näkemyksen mukaan vapaaehtoisella hoitovakuutuksella ei olisi merkitystä hyvinvointiyhteiskunnan hyväksyttävyyden kannalta, koska hyvinvointiyhteiskunta suhteellisen korkeine veroasteineen ja vapaaehtoinen sosiaaliturva eivät ole ristiriidassa. Suomessa ei ole toistaiseksi merkkejä siitä, että julkisesti tuetut yksityiset palvelumuodot ja vapaaehtoinen toimentuloturva olisivat vaikuttaneet hyvinvointiyhteiskunnan kannatukseen. Kolmannen näkemyksen mukaan julkisesti tuettu vapaaehtoinen vakuutus vahvistaisi sosiaaliturvan legitimiteettiä, koska yksityisiä järjestäjiä käyttävät kokisivat hyötyvänsä hyvinvointiyhteiskunnasta saamansa tuen muodossa.

Työryhmä katsoo, että edellä esitetyistä vaihtoehtoista on syytä keskittyä tarkastelemaan vapaaehtoista hoitovakuutusta, joka voisi tulla kyseeseen pääosin verorahoitteen julkisen palvelujärjestelmän täydentäjänä.

4.2. Hoitovakuutuksen suhde julkisiin palveluihin ja etuuksiin

4.2.1. Julkinen pitkäaikaishoidon tuki

Kuntien tehtävänä on järjestää asukkaidensa tarvitsemat sosiaali- ja terveystalvet. Kuntien järjestämissä pitkäaikaishoidon palveluissa ei ole käytössä yhtenäistä toimintakykyyn liittyvää palvelujen tarpeen mittaria. Palvelutarpeen arvioinnissa otetaan yleensä huomioon toimintakyvyn lisäksi muut yksilökohtaiset elinolot kuten omaisten mahdollisuus osallistua hoitoon.

Pitkäaikaishoitoa tuetaan myös lakisääteisten vakuutusjärjestelmien kautta. Eläkkeensaajien hoitotuessa, työtapaturmavakuutuksen haittalisissa ja liikennevakuutuksen hoitotuessa tuen tarpeen arvioinnissa käytetään yhtenäisiä kriteerejä (taulukko 7).

Eläkkeensaajien hoitotuki on kansaneläkejärjestelmään sisältyvä eläkkeenlisä, jonka yleiset perusteet on määritelty laissa. Tukea maksetaan muille kuin laitoshoidossa oleville eläkkeensaajille, joiden toimintakyky on alentunut sairauden tai vamman takia yhtäjaksoisesti ainakin vuoden ajan. Hoitotuki on porrastettu kolmeen luokkaan avun tarpeen ja erityiskustannusten perusteella. Mikäli henkilöllä on toimintakyvyn alenemisen tai erityiskustannusten perusteella oikeus saada korvausta eräiden muiden lakien perusteella, hänellä ei ole oikeutta eläkkeensaajien hoitotukeen saman vamman perusteella. Eläkkeensaajien hoitotukea maksettiin vuonna 2000 noin 153 000 henkilölle yhteensä noin 1,2 miljardia markkaa.

Työtapaturmavakuutuksen haittalisästä säädetään tapaturmavakuutuslaissa. Liikennevakuutuksen hoitotuki perustuu Liikennevahinkolautakunnan päätöksiin. Oikeuskäytäntö on vakiinnuttanut myös eläkkeensaajien hoitotuen kriteerien sisällön.

Taulukko 7. Eläkkeensaajien hoitotuen ja työtapaturma- ja liikennevakuutuksen hoitotukien luokat ja saantikriteerit vuonna 2001

Tukimuoto	Tukiluokka ja korvaus	Tukiluokan kriteerit
Eläkkeensaajien hoitotuki	Erityishoitotuki, 17 652 mk/v	- Henkilö on yhtämittaisen hoidon ja valvonnan tarpeessa, tai - Henkilölle aiheutuu sairaudesta tai vammasta huomattavia erityiskustannuksia
	Korotettu hoitotuki, 8 820 mk/v	- Henkilö tarvitse monissa henkilökohtaisissa toiminnoissaan jokapäiväistä aikaa vievää toisen henkilön apua, huomattavassa määrin säännöllistä ohjausta ja valvontaa, tai - Henkilölle aiheutuu sairaudesta tai vammasta huomattavia erityiskustannuksia
	Hoitotuki, 3 540 mk/v	- Henkilö tarvitsee henkilökohtaisissa toiminnoissaan, kotitaloustöissä ja asioinnissa kodin ulkopuolella säännöllisesti toistuvaa toisen henkilön apua tai ohjausta ja valvontaa, tai - Henkilölle aiheutuu sairaudesta tai vammasta erityiskustannuksia
Työtapaturma- ja liikennevakuutus	Luokka I, 44 895 mk/v	Henkilö on kaikissa tai lähes kaikissa jokapäiväisissä toiminnoissa autettava (vuoteeseen autettava)
	Luokka II, 35 916 mk/v	Henkilö tarvitsee monissa henkilökohtaisissa toiminnoissa jokapäiväistä toisen henkilön apua tai huomattavassa määrin säännöllistä ohjausta ja valvontaa
	Luokka III, 24 692 mk/v	Henkilö tarvitsee henkilökohtaisissa toiminnoissa säännöllisesti toistuvaa toisen henkilön apua, ohjausta tai valvontaa
	Luokka IV, 13 469 mk/v	Henkilö tarvitsee säännöllistä apua joissakin jokapäiväisissä toiminnoissa tai lähes säännöllistä valvontaa ja ohjausta

4.2.2. Hoitovakuutuksen vakuutustapahtuman kriteerit, arviointi ja ratkaiseminen

Jos vapaaehtoiselle hoitovakuutukselle annettaisiin julkista tukea esimerkiksi vakuutusmaksujen verovähennysoikeuden kautta, eri tavoin rahoitettujen tukien ja palvelujen yhteensovittaminen monimutkaistuisi. Yhteensovitusongelmat ovat pienemmät, jos hoitovakuutus on kokonaan julkisen tuen ulkopuolella. Jälkimmäinen ratkaisu mahdollistaisi myös sen, että vakuutuksenantaja ja -ottaja voisivat sopia vapaammin vakuutustapahtuman toteutumiskriteereistä. Tämä tukisi vakuutuksenottajan mahdollisuuksia valita, millaisia turvatarpeita varten hän ottaa hoitovakuutuksen. Vapaaehtoisen hoitovakuutuksen aseman selkiyttäminen (mm. verotuskohtelu) edellyttää kuitenkin, että sen yleiset kriteerit kuten vakuutustapahtuma ja korvausmuodot määritellään lainsäädännössä. Esimerkiksi tietyn iän saavuttamista ei voida pitää tarkoituksenmukaisena hoitovakuutuksen vakuutustapahtuman toteutumisen kriteerinä.

Vakuutustapahtuman toteutumisen arvioinnin lähtökohtana ovat objektiiviset arviointikriteerit. Käytännössä toteuttamiskelpoisin vaihtoehto lienee se, että vapaaehtoisessa hoitovakuutuksessa vakuutustapahtuman toteutumista arvioisi vakuutuksen myöntänyt vakuutuslaitos samalla tavalla kuin muissakin pakollisissa ja vapaaehtoisissa vakuutuksissa.

On mahdollista, että vapaaehtoisia hoitovakuutuksia tarjoavat vakuutuslaitokset hankkisivat vakuutustapahtuman arviointipalvelut esimerkiksi Vakuutuskuntoutus VKK:lta. Tällä ratkaisulla vakuutetut olisivat periaatteessa samassa asemassa riippumatta sitä, missä vakuutuslaitoksessa he ovat vakuutettuina. Nykyisin VKK toimii riippumattomana asiantuntijana ja alihankkijana vakuutusyhtiöille erityisesti kuntoutukseen liittyvissä kysymyksissä.

Vakuutustoiminnan yhtenä periaatteena on, että vakuutuskorvauksen myöntämisestä päättää vakuutuksenantaja ja että vakuutetulla ja vakuutuksenottajalla on toimivat muutoksenhakukanavat. Itseoikaisun lisäksi korvauspäätökseen tyytymätön voi valittaa vakuutuslautakuntaan, joka toimii Kuluttajien vakuutustoimiston yhteydessä. Sen käsittely on maksuton ja ratkaisu luonteeltaan suositus, jota kuitenkin käytännössä noudatetaan lähes aina. Viimesijaisina muutoksenhakukanavina ovat yleiset tuomioistuimet.

4.2.3. Korvattavat palvelut ja korvausmuodot

Vapaaehtoinen hoitovakuutus voisi korvata pitkäaikaisen toimintakyvyn alentumisen perusteella annettavia yksityisiä palveluja. Käytännössä tämä tarkoittaisi sitä, että hoitovakuutuksella voitaisiin hankkia erilaisia yksityisiä kotihoidon palveluja (kodinhoito, apu henkilökohtaisissa toiminnoissa, kotisairaanhoido, ateriapalvelu yms.), palveluasumista, pitkäaikaista laitoshoidoa ja kotona asumista tukevia apuvälineitä, kuntoutus- ja kuljetuspalveluja sekä teettää kodinparannustöitä. Hoitovakuutus voisi myös osaltaan edistää uudentyyppisten yksityisten palvelumuotojen kehittymistä.

Asumispalveluissa asumiskustannukset erotetaan yleensä muista asiakasmaksuista. Yksi mahdollisuus olisi kohdella yksityisissä asumispalveluyksilöissä asuvia vakuutettuja korvauksia myönnettäessä samoin kuin tavallisessa asunnossa asuvia vakuutettuja, jol-

loin asumiskustannukset olisivat hoitovakuutuksen ulkopuolella. Toinen mahdollisuus on korvata yksityisten asumispalvelujen kustannuksia osittain tai kokonaan.

Mahdollisina hoitovakuutuksen korvausmuotoina ovat olleet esillä:

- hoitopalvelujen järjestäminen: vakuutuksenantaja tuottaa itse tai hankkii palvelut vakuutetulle
- kulukorvaukset: vakuutuksenantaja korvaa vakuutetulle tai vakuutusentottajalle hoitopalvelujen, apuvälineiden, kodinparannustöiden yms. hankinnasta aiheutuneet kustannukset todellisten kustannusten mukaan, sovittuun enimmäismäärään saakka tai sovitun suuruisena
- rahakorvaukset (elinkorko tai kertasuoritus).

Palvelujen järjestämisen ja kulukorvausten etuna on varmistaa vakuutetulle itsenäistä suoriutumista tukevat palvelut ja hoito, joita varten vakuutus on otettu. Rahakorvausten vahvuutena on hallinnollinen yksinkertaisuus. Rahakorvausten etuna voidaan pitää myös vakuutetun mahdollisuutta käyttää korvauksia vakuutuksenantajasta riippumattomasti parhaiksi katsomiinsa kohteisiin. Tämä on samalla myös rahakorvausten heikkous, sillä rahakorvaukset voidaan käyttää esimerkiksi vakuutetun heikentyneen päätöksentekokyvyn seurauksena muihin tarkoituksiin kuin hoitovakuutus on alunperin tarkoitettu.

4.2.4. Vakuutetun oikeus julkisiin palveluihin ja etuuksiin

Vapaaehtoisen hoitovakuutuksen käyttöön ottaminen ei saa vaikuttaa vakuutettujen mahdollisuuksiin saada julkisia palveluja. Vakuutetulla tulee olla mahdollisuus valita, tyydyttääkö hän palvelutarpeensa julkisin vai yksityisin palveluin. Tätä ratkaisua puoltaa myös julkisten palvelujen universaalisuusperiaatteen säilyttäminen ja hoitovakuutuksen julkisia palveluja täydentävä luonne.

Yhteensovitusongelmien vähentämiseksi ja päällekkäisyyksien välttämiseksi olisi tarkoituksenmukaista, että hoitovakuutus rajattaisiin korvaamaan ainoastaan yksityisiä palveluja, jolloin siitä muodostuisi selkeästi yksityisten palvelujen rahoitusjärjestelmä. Vakuutettu olisi aina oikeutettu julkisiin palveluihin, mutta hänellä olisi ottamansa hoitovakuutuksen avulla mahdollisuus hankkia yksityisiä palveluja.

Nykyinen periaate vapaaehtoisten vakuutusten korvausten ja lakisääteisten etuuksien yhteensovituksessa on, että vapaaehtoisista vakuutuksista saatavat korvaukset eivät vaikuta lakisääteisiin etuuksiin. Tämä periaate perustuu lakisääteisen sosiaaliturvan ensisijaisuuteen ja vapaaehtoisen vakuutuksen sosiaaliturvaa täydentävään perusluonteeseen. Tämän periaatteen toteuttaminen edellyttää, että myöskään vapaaehtoisen hoitovakuutuksen korvaukset eivät vaikuttaisi lakisääteisten korvausten myöntämiseen.

4.2.5. Hoitovakuutuksen mahdollisia julkisen tuen muotoja

Hoitovakuutuksen julkisella tuella tarkoitetaan taloudellista tukea, jolla kotitalouksia mahdollisesti kannustettaisiin ottamaan vapaaehtoinen hoitovakuutus. Julkisen tuen perusteena voisi olla valinnanmahdollisuuksien tarjoaminen. Julkista tukea voitaisiin perustella myös sillä, että palvelujen kysynnän osittainen ohjautuminen yksityiselle sektorille voisi tuoda julkiselle sektorille jonkin verran säästöjä siinä vaiheessa, kun hoitovakuutuksesta aletaan korvata yksityisiä palveluja. Julkisen sektorin säästöjen määrä on vaikea arvioida tarkasti muun muassa ikääntyneen väestön toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten, palvelurakenteen muutoksen ja palvelujen tuotantotapojen uudistamisen takia.

Hoitovakuutuksen avulla järjestettävät palvelut eroavat nykyisistä julkisella kannusteella tuetuista yksityisistä palveluista aikajänteen ja palvelujen saantioikeuden kannalta. Lakisääteisen sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksilla, lakisääteisellä lasten yksityisen hoidon tuella ja kotitaloustyön verotuella korvataan toteutuneita menoja. Hoitovakuutuksessa ensimmäisen vakuutusmaksun maksamisen ja ensimmäisen vakuutuskorvauksen saamisen välinen aika voi olla vuosikymmeniä. Osa vakuutetuista ei tule koskaan tarvitsemaan ja saamaan hoitovakuutuksen korvaamia palveluita.

Koska julkisten vanhuspalvelujen voimavaroja ja laatua on syytä kehittää, julkisen sektorin mahdollisuuksia vanhuspalvelujen rahoittamiseen ei ole tarkoituksenmukaista heikentää esimerkiksi tukemalla hoitovakuutusta hoitovakuutusmaksujen verovähennysoikeuden kautta.

Jos hoitovakuutuksen vakuutusmaksut eivät ole verotuksessa vähennyskelpoisia, vakuutuskorvauksia voisi periaatteessa verottaa vain tuoton osalta. Vakuutusmaksujen ja vakuutuskorvausten välisen aikajänteen vuoksi tuoton osuus korvauksissa on merkittävä. Hoitovakuutuksen luonteen takia tuoton verottamatta jättämistä voidaan pitää perusteltuna, kun hoitovakuutus on aito riskivakuutus, joka perustuu poikkeuksellisten lisämenojen riskin toteutumiseen eikä omien säästöjen palautumiseen. Tällöin korvaus rinnastuu vahinkovakuutuksen korvauksiin, jotka ovat verovapaita. Tämä verokohtelu edellyttää vapaaehtoisen hoitovakuutuksen määrittelyä lainsäädännössä.

5. TYÖRYHMÄN EHDOTUS

Työryhmä katsoo, että hoitovakuutuksen eri muodoista Suomessa voitaisiin ottaa käyttöön vapaaehtoinen hoitovakuutus. Vapaaehtoinen hoitovakuutus tulisi rajata korvaamaan yksityisiä pitkäaikaishoidon palveluja. Tarkoituksena on, että vapaaehtoisesta hoitovakuutuksesta muodostuisi selkeästi julkisen sektorin palveluja täydentävä yksityisten palveluiden rahoitusjärjestelmä.

Vapaaehtoisen hoitovakuutuksen aseman selkiyttäminen edellyttää muutoksia verotus- ja muussa lainsäädännössä. Vapaaehtoinen yksityinen hoitovakuutus tulee määritellä selkeästi vahinkovakuutukseen rinnastettavaksi riskivakuutukseksi, josta maksetaan korvausta itsenäisen toimintakyvyn alentumisesta aiheutuvien, tavanomaisista elinkustannuksista poikkeavien lisämenojen perusteella. Itsenäisen toimintakyvyn katsottaisiin alentuneen, kun vakuutettu tarvitsee henkilökohtaisissa toiminnoissaan, kotitaloustöissä ja asioidessaan kodin ulkopuolella toisen henkilön säännöllistä apua vähintään kuuden kuukauden ajan.

Vapaaehtoisen yksityisen hoitovakuutuksen järjestämiä tai korvaamia palveluja olisivat kotona tai yksityisessä palveluasunnossa asuville henkilöille annettavat pitkäaikaiset hoitopalvelut, itsenäistä asumista helpottavat kodinparannustyöt ja apuvälineiden hankkiminen sekä yksityinen pitkäaikainen laitoshoido.

Vapaaehtoisessa hoitovakuutuksessa vakuutustapahtuman toteutumisen arvioisi vakuutuksen myöntänyt vakuutuslaitos samalla tavalla kuin muissakin pakollisissa ja vapaaehtoisissa vakuutuksissa. Myös muutoksenhakukanavat olisivat samat.

Kun vapaaehtoinen hoitovakuutus määritellään edellä esitetyllä tavalla aidoksi riskivakuutukseksi, verotuksessa sekä vapaaehtoisen hoitovakuutuksen ja muun sosiaaliturvan yhteensovituksessa voidaan noudattaa seuraavia periaatteita:

- vapaaehtoisesta hoitovakuutuksesta saatua korvausta ei katsota tuloksi lakisääteisiä pitkäaikaishoidon korvauksia myönnettäessä
- vapaaehtoinen hoitovakuutus ei vaikuta julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saamiseen eikä niistä perittäviin asiakasmaksuihin
- vapaaehtoisen hoitovakuutuksen vakuutusmaksut eivät ole verotuksessa vähennyskelpoisia
- vapaaehtoisen hoitovakuutuksen vakuutuskorvaukset eivät ole verotettavaa tuloa.

Näin toteutettuna vapaaehtoisen hoitovakuutuksen asema tulee määriteltyksi siten, että se ei heikennä julkisten vanhuspalvelujen rahoitusedellytyksiä lähivuosisikymmenien aikana. Sen sijaan se toisi vanhuspalveluihin uusia yksityisiä voimavaroja.

Lisäksi työryhmä katsoo, että vapaaehtoisen hoitovakuutuksen tukeminen esimerkiksi vakuutusmaksujen verovähennysoikeudella aiheuttaisi monimutkaisia eri tavoin rahoitettujen tukien ja palvelujen yhteensovittamisongelmia.

Työryhmän ehdottamassa muodossa hoitovakuutus lisäisi vaihtoehtoja oman turvan järjestämiseen pitkäaikaishoidon riskin toteutumisen varalta. Vanhuspalveluihin käytettävät kokonaisvoimavarat lisääntyisivät pitkällä aikavälillä henkilöiden vapaaehtoisen etukäteisvarautumisen kautta. Tähän varautumiseen vapaaehtoisen hoitovakuutuksen käyttöönotto tarjoaa hyvän mahdollisuuden. Vapaaehtoinen yksityisiä palveluja korvaava hoitovakuutus voisi myös osaltaan edistää uudenlaisten yksityisten palvelujen kehittymistä.

TÄYDENTÄVÄ LAUSUMA

1. Työryhmän esitys on hyvä alku

Esityksessään työryhmä päätyi suosittamaan, että Suomessa voitaisiin alkaa hyödyntää vapaaehtoista hoitovakuutusta. Vapaaehtoinen hoitovakuutus olisi julkisia palveluja täydentävä tapa järjestää pitkäaikaisia hoitopalveluja. Esityksen mukaan hoitovakuutuksen korvauksia ei otettaisi huomioon julkisten palvelujen järjestämisessä eikä vakuutusmaksuilla olisi vähennysoikeutta verotuksessa. Työryhmän esitystä voidaan pitää nykyistä tilannetta selkeyttävänä ja siten tarpeellisena kehittämisehdotuksena.

2. Julkisen talouden tulevat kustannuspaineet puoltavat rohkeampaa etenemistä

Työryhmän muistiossa tarkastellaan vain suppeasti julkisen sektorin keinoja ja mahdollisuuksia edistää hoitovakuutuksen käyttöönottoa. Muistiossa olisi pitänyt kiinnittää enemmän huomiota kotitalouksien halukkuuteen hyödyntää vapaaehtoista hoitovakuutusta. Koska vapaaehtoisella hoitovakuutuksella voidaan pitkällä aikavälillä alentaa julkisen sektorin kustannuksia, hoitovakuutuksen käyttöönottoa olisi perusteltua edistää myös julkisen sektorin toimin.

Nämä seikat huomioon ottaen työryhmä olisi hyvin voinut edetä esityksessään pidemmälle ja ehdottaa vapaaehtoisen hoitovakuutuksen vakuutusmaksuille rajoitettua verovähennysoikeutta. Verovähennysoikeus tekisi myös mahdolliseksi ottaa vakuutuskorvaukset huomioon julkisten pitkäaikaispalvelujen järjestämisessä. Asiaa pitäisikin vielä selvittää työryhmän esitysten jatkokäsittelyssä, kun saadaan käyttöön uusia arvioita julkisen talouden tulevasta kokonaiskehityksestä sekä vanhusten tarvitsemien palvelujen ja hoidon sille aiheuttamista kustannuksista.

3. Perustelut

a) Vanhusten hoidon kustannusten kansantuoteosuus kaksinkertaistuu

Niin sanotun SOMERA-toimikunnan kanssa yhteistyössä laadittujen pohjalaskelmien mukaan julkisten vanhuspalvelujen järjestämiskustannukset ovat vuonna 2030 kolminkertaiset nykyisiin verrattuna, jos nykyinen palvelujärjestelmä säilytetään ja vanhuspalvelujen käyttö suhteutetaan vanhusten määrän kasvuun sekä työvoima- ja muiden kustannusten kohoamiseen. Samojen laskelmien mukaan järjestämiskustannusten bruttokansantuoteosuus kaksinkertaistuu 2,2 %:iin.

Näiden lukujen lähtöoletuksena on nykyjärjestelmän säilyminen. Mikäli julkisissa palveluissa havaittuja puutteita korjataan siten, että palvelujen määrä ja laatu vastaisivat nykyistä paremmin palvelujen tarvetta julkiset kustannukset olisivat selvästi näitä lukuja suuremmat.

Nykyjärjestelmässä ei myöskään ole takeita siitä, että vanhuspalvelujen järjestämisen julkiset voimavarat kasvaisivat edes em. laskelman mukaisesti saati palvelujen puutteita korjaaviksi. Viime vuosikymmenellä tapahtunut kotona annettavien palvelujen kattavuuden heikentyminen osoittaa, että kunnat voivat harkintavaltansa puitteissa muuttaa palvelujen laajuutta, rakentamista ja kohdentamista siten, että palvelutarpeita jää tyydyttämättä. On epävarmaa, pystyvätkö valmisteilla olevat vanhustenhuollon laatusuositukset tätä ongelmaa riittävästi pienentämään.

Seuraavan kolmen vuosikymmenen aikana sosiaalimenojen bruttokansantuoteosuuden lasketaan nousevan 6 - 7 %-yksiköllä. Laskelmassa muun muassa keskimääräisen eläkkeelle siirtymisiän oletetaan nousevan, työttömyyden laskevan ja kansantuotteen kasvavan keskimäärin runsaat 1½ % vuodessa. Esimerkiksi lasten päivähoitossa ja työttömyysturvassa mahdollisesti saatavat säästöt eivät pysty kompensoimaan väestön ikärakenteen vanhenemisen aiheuttamia menolisäyksiä, joista merkittävimmät ovat eläkemenot. Mikäli palvelut ja etuudet halutaan säilyttää ennallaan, verostetta tulisi nostaa pitkällä aikavälillä useilla prosenttiyksiköillä.

b) Vapaaehtoinen hoitovakuutus hillitsisi julkisten kustannusten kasvua

Työryhmälle esiteltyt laskelmat osoittavat, että vapaaehtoisen hoitovakuutuksen käyttöönotto hillitsisi vanhusten pitkäaikaishoidon kustannusten kasvua (liite). Hoitovakuutus supistaisi 1 000:ta korvauksensaajaa kohti laskettuja vanhustenhuollon julkisia kustannuksia vakuutuksen verokohtelusta riippuen 20 – 50 %. Tämä säästö mahdollistaisi esim. julkisten palvelujen määrän lisäämisen ja laadun kohentamisen. Säästö voidaan nähdä myös julkisten palvelujen rahoituspohjan vahvistamisena.

Tästä näkökulmasta tarkasteltuna työryhmä olisi hyvin voinut nähdä vapaaehtoisen hoitovakuutuksen verovähennysoikeudenkin hyödyllisenä, vaikka se lähivuosina vähentäisikin julkisen sektorin tuloja. On tärkeää huomata, että tulojen supistuminen ajoittuisi aikaan, jolloin julkisen talouden liikkumavara todennäköisesti on suurempi kuin tulevana vuosikymmeninä. Hoitovakuutuksen tuoma kustannushelpotus taas ajoittuisi juuri siihen aikaan, jolloin väestön ikärakenteen muutoksen julkiselle sektorille aiheuttama kustannusrasitus on suurimmillaan.

Selvää on, ettei vapaaehtoinen hoitovakuutus yksin pysty ratkaisemaan vanhuspalvelujen kustannushaasteita. Tästä huolimatta on tärkeää, että käytettävissä olevat keinot eli tässä tapauksessa vapaaehtoisen hoitovakuutuksen tuoma apu käytettäisiin mahdollisimman tehokkaasti hyväksi.

c) Vapaaehtoinen hoitovakuutus varaisi varoja tulevia tarpeita varten

Kuten työryhmän esityksessä todetaan, vapaaehtoisen hoitovakuutuksen käyttöönotto tarjoaa välineen varautua tulevien kustannusten varalta.

Niin sanotut suuret ikäluokat ovat työelämässä vielä keskimäärin 10 vuotta ja ovat nyt henkilökohtaisessa ja perheensä taloudessa säästämisvaiheessa. Merkittävällä osalla väestöstä olisi siis nyt mahdollisuus vakuuttaa itsensä omien hoitopalvelujen tarpeen varalle sen ohella että osallistuu yhteisten palvelujen ylläpitoon ja kustantamiseen. On huomattava, että tämän lausuman liitteessä olevien laskelmien perusteella vakuutusmaksu jäisi tasolle, joka ei muodostuisi tavanomaisissa tuloluokissa vakuutuksen ottamisen esteeksi.

**d) Vapaaehtoisen hoitovakuutuksen verovähennysoikeus olisi yhteensopi-
va nykyisten sosiaalipoliittisten periaatteiden kanssa**

Muistiossa tarkastellaan hyvin vähän kannusteita, joilla julkinen sektori voisi tukea vapaaehtoisen hoitovakuutuksen käyttöönottoa. Jo käytössä olevilla tukimuodoilla eli lakisääteisen sairausvakuutuksen sairaanhoito-
korvauksilla, pienten lasten yksityisen hoidon tuella ja kotitaloustyön verotulla on lähes samat yhteiskuntapoliittiset argumentit kuin vapaaehtoisella hoitovakuutuksella. Kaikilla näillä pyritään rohkaisemaan kotitalouksia käyttämään yksityisiä sosiaali- tai terveystalouksia, koska niillä turvataan palvelujen saatavuutta, parannetaan valinnanmahdollisuuksia, edistetään työllisyyttä ja säästetään julkisia kustannuksia.

Olemassa olevien kannusteiden näkökulmasta vakuutusmaksujen verovähennysoikeus näyttää perustellulta. Sillä myös saatettaisiin samanarvoiseen asemaan ne, jotka hankkivat palvelut suoraan kotitaloustyön verotusta hyväksikäyttäen ja ne jotka hankkivat palvelut vakuutuksen kautta.

e) Hoitovakuutuksen mahdollisimman suuri laajuus olisi eduksi julkiselle sektorille

Vapaaehtoisen eläkevakuutuksen yhteiskunnalliset hyödyt riippuvat vakuutettujen lukumäärästä. Vakuutusmaksujen verovähennysoikeudella turvan hankinta olisi houkuttelevampaa suuremmalle osalle väestöstä kuin ilman vähennysoikeutta. Onkin todennäköistä, että julkisen sektorin vapaaehtoisesta hoitovakuutuksesta saama kokonaishyöty muodostuisi verovähennysoikeuden ansiosta huomattavasti suuremmaksi kuin ilman verovähennysoikeutta. Verovähennysoikeus olisi siis julkiselle sektorille investointi, joka palautuisi 'korkoineen' takaisin korvausvaiheessa.

f) Vakuutuskorvausten ja julkisten palvelujen yhteensovituksen pohdintaa jatkettava

Työryhmän kannanotto, jonka mukaan vakuutuskorvaukset olisivat verotomia eikä niitä tarvitsisi sovittaa yhteen julkisten palvelujen kanssa toimii myös käytännössä silloin, kun korvaus maksetaan rahana. Hoitovakuutuksen ensisijainen tarkoitus on kuitenkin varmistaa vanhusten tarvitsemien kotipalvelujen saanti. Tässä tapauksessa yhteensovittamattomuus ei käytännössä toimi, koska päällekkäisten palvelujen toimittaminen kotiin ei tietenkään ole järkevää. Loogisinta olisi antaa hoitovakuutukselle kunnallisia palveluja aidosti täydentävä tehtävä, jolloin maksujen verovähennysoikeus, asiallisesti rajattuna, on perusteltu.

Helsingissä 28. helmikuuta 2001

Tarmo Pukkila

Tiina Hellgrén

Ilkka Oksala

TÄYDENTÄVÄN LAUSUMAN LIITE

VAPAAEHTOINEN HOITOVAKUUTUS JULKISTEN KUSTANNUSTEN KANNALTA

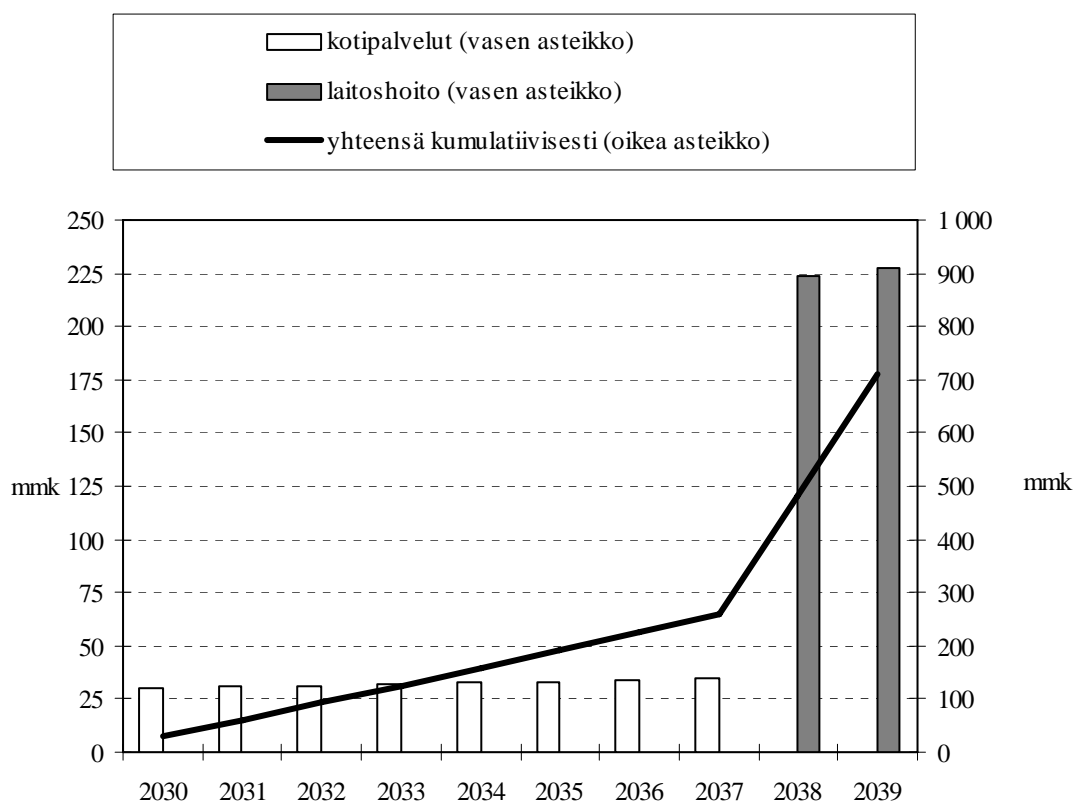
Hoitovakuutuksen roolia julkisten vanhuspalvelujen kasvun hillinnän supistajana voidaan arvioida esimerkkilaskelmilla. Niitä tarkasteltaessa on otettava huomioon se, että muun muassa vakuutettujen valikoitumista, palvelujen tuotantorakenteen kehitystä ja palvelutarpeen muutosta on vaikea ennustaa. Taloudellisia vaikutuksia tarkastellaan jäljempänä vertailemalla julkisia kustannuksia tilanteissa, joissa

- hoitovakuutusta ei käytetä
- hoitovakuutusta käytetään ja sitä edistetään vakuutusmaksuille annettavalla vähennysoikeudella seuraavin vaihtoehdoin:
 - vakuutusmaksut ovat kokonaan vähennyskelpoiset² ja vakuutuskorvaukset ovat verovapaata tuloa
 - vakuutusmaksut ovat 50 %:sesti vähennyskelpoiset ja vakuutuskorvaukset ovat verovapaata tuloa
 - vakuutusmaksut eivät ole vähennyskelpoisia ja vakuutuskorvaukset ovat verovapaata tuloa.

Laskelmien perustana ovat oletukset vakuutusmaksu- ja -korvausajoista, palvelujen hankinta- ja järjestämiskustannuksista, vero- ja asiakasmaksukohtelusta, liikekuluista, marginaaliveroista, tuotosta, tuottovaatimuksesta ja koroista (oletukset liitteen lopussa). Laskelmissa on käytetty soveltuvin osin samoja oletuksia kuin pitkän aikavälin eläke- ja sosiaalimenolaskelmissa yleensäkin käytetään. Taloudellisia vaikutuksia tarkastellaan koko ajan 1 000:ta korvauksensaajan avulla. Yksilötason tarkastelu olisi harhaanjohtavaa, koska vakuutusmuotoisissa järjestelyissä turvan rahoitetaan suurelta kollektiivilta perittävillä vakuutusmaksuilla, turvaan ovat oikeutettuja kaikki vakuutetut ja vakuutuskorvauksia saavat ne vakuutetut, joille vakuutustapahtuma on sattunut. Lisäksi on otettava huomioon se, että vaikutuksia arvioidaan 1 000:ta korvauksensaajan elinkaaren mitassa kumulatiivisesti käyttäen esimerkkinä vakuutettuja, jotka ovat 50-vuotiaita vuonna 2005. Vuositason tarkastelu olisi perusteetonta, koska vakuutusmuotoisen ratkaisujen vaikutuksia tulee arvioida ottaen huomioon vakuutuksen koko elinkaari. Todellisuudessa hoidon tarpeen alkaminen toteutuminen ajoittuisi vakuutettujen ikäjakauman seurauksena esimerkissä esitettyä pitemmälle aikavälille.

Mikäli hoitovakuutusta ei ole käytössä, 1 000 henkilön pitkäaikaisen hoidon julkiset nettokustannukset ovat kumulatiivisesti 10 vuoden aikana arviolta yhteensä 710 mmk vuoden 2000 rahassa (kuvio 1). Kustannuksista kaksi kolmasosaa syntyy suhteellisen lyhyen laitoshoitovaiheen aikana.

² Tässä vähennyskelpoisuudella tarkoitetaan sitä, että maksetut vakuutusmaksut pienentävät veronalais-tuloa. Mikäli vähennysoikeus oletetaan järjestetyksi siten, että maksetut vakuutusmaksut vähennetään muutoin maksettavasta verosta taloudelliset vaikutukset olisivat erilaiset. Näitä vaikutuksia voi arvioida siten, että verotettavasta tulosta tehtävän vähennyksen osuus vastaa puolta verosta vähennettävästä maksusta eli esim. ensimmäisen vaihtoehdon 100 %:n vähennysoikeus veronalaisesta tulosta vastaa 50 %:n vähennysoikeutta, jos vähennys tehdään suoraan verosta.



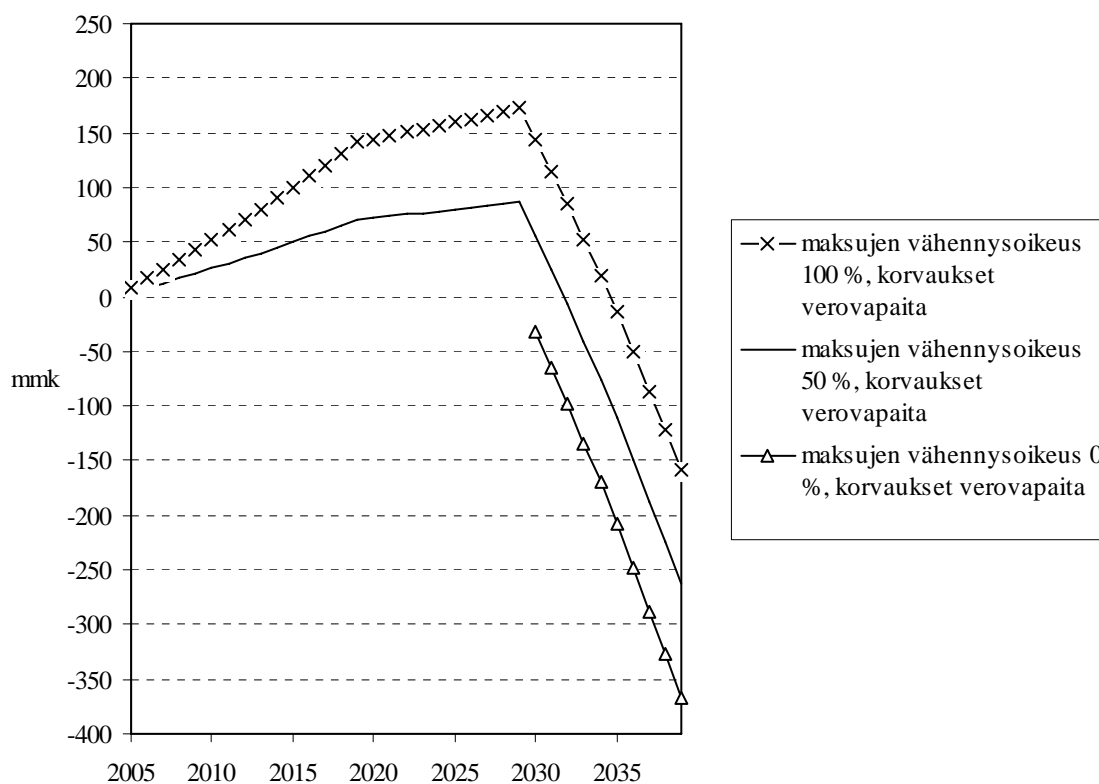
Kuvio 1. Vanhusten pitkäaikaisen hoidon julkiset kustannukset ilman hoitovakuutusta, 1 000:ta henkilöä kohti vuoden 2000 rahassa.

Jos hoitovakuutuksen maksuilla verovähennysoikeus, hoitovakuutuksen hyödyntäminen aiheuttaisi julkisia kustannuksia verotulojen alenemisena ennen avun tarpeen toteutumista (kuvio 2). Vakuutusmaksuvaiheen päättyessä (esimerkissä vuoden 2019 lopussa) ”verovelan” arvo olisi verokohtelusta riippuen 71 – 142 mmk vuoden 2000 rahassa. Juuri ennen avun tarpeen toteutumista määrä kohoaisi tuottovaatimuksen seurauksena vuoden 2029 lopussa 86 – 172 mmk:aan, jos vakuutusmaksuilla olisi vähennysoikeus. Ilman vähennysoikeutta veronsaajille ei luonnollisesti aiheutuisi kustannuksia hoitovakuutuksen käyttöönoton takia.

Vuonna 2030 julkinen talous alkaisi hyötyä, kun hoitovakuutuksen ansiosta julkisten palvelujen sijasta alettaisiin käyttää yksityisiä palveluja. Julkiset tulot kasvaisivat laitoshoitovaiheessa asiakasmaksutuottojen lisääntymisen seurauksena, koska laskelmassa on oletettu, että tässä vaihtoehdossa vakuutuskorvaukset laskettaisiin asiakasmaksun perusteena olevaksi tuloksi. Verokohtelusta riippuen hoitovakuutuksen julkisia menoja supistava vaikutus olisi koko vakuutusaikana 159 – 368 mmk vuoden 2000 rahassa.

Arvio vapaaehtoisen hoitovakuutuksen merkityksestä julkisen talouden kannalta saadaan yhdistämällä laskelma ilman hoitovakuutusta aiheutuvista julkisista kokonaisnettokustannuksista ja erilaisten verokohtelumallien perusteella lasketut arviot hoitovakuutuksen tuomista julkisista säästöistä. Laskelmien mukaan vapaaehtoisen hoitovakuutuksen käyttöönotto alentaisi vanhusten pitkäaikaisen hoidon julkisia kustannuksia

vähintään viidenneksellä ja enintään puolella jokaista 1 000:ta korvauksensaaja kohti laskettuna (taulukko).



Kuvio 2. Hoitovakuutuksen merkitys julkisen talouden kannalta, 1 000:ta korvauksensaajaa kohti vuoden 2000 rahassa.

Taulukko 1. Julkiset nettokokonais kustannukset vaihtoehtoisissa tilanteissa, 1 000:ta korvauksensaajaa kohti vuoden 2000 rahassa.

	mmk	Muutos	
		mmk	%
Hoitovakuutusta ei hyödynnetä	710		
Hoitovakuutusta hyödynnetään:			
– maksujen vähennysoikeus 100 %, korvaukset verovapaita	551	-159	-22 %
– maksujen vähennysoikeus 50 %, korvaukset verovapaita	447	-263	-37 %
– maksujen vähennysoikeus 0 %, korvaukset verovapaita	342	-368	-52 %

Laskelman perusteella vapaaehtoisen hoitovakuutuksenotto hillitsisi vanhusten hoitopalvelujen julkisten kustannusten kasvua. Julkisen sektorin saaman hyödyn suuruus riippuu vakuutettujen määrästä. On todennäköistä, että maksujen verovähennysoikeus lisääisi vakuutettujen määrää ja siten julkisen sektorin saamaa hyötyä.

Laskelmien oletukset

Perusoletukset	1) vakuutustapahtuma sattuu 1 000 vakuutetulle vuoden 2030 ensimmäisenä päivänä
	2) vakuutetut ovat vakuutustapahtumat toteutuessa 75-vuotiaita ja elävät 84-vuotiaksi
	3) vakuutusmaksut, -korvaukset, veromenetykset ja yksityisten palvelujen käytöstä aiheutuvat säästöt saadaan kunkin vuoden ensimmäisenä päivänä
	4) vakuutuksenantajan liikekulut ovat 25 % maksuista
Korko-oletukset	5) inflaatio on 2 % vuodessa
	6) verovähennysten tuottovaatimus on 4 % vuodessa
	7) vakuutuksen tuotto on maksu- ja säästöaikana 6 % vuodessa
	8) vakuutuksen tuotto on korvausaikana 3,5 % vuodessa
	9) vakuutusmaksuja korotetaan 2 % vuodessa
	10) tavoiteltavaa turvaa korotetaan 3,5 % vuodessa
Vakuutuksen mahdollistama säästö julkisissa palveluissa, etuuksissa ja tuissa	11) vakuutetut käyttävät yksityisiä palveluja 8 vuotta
	12) em. palvelut ovat kotona annettavia palveluja, joiden avulla vakuutettu pystyy asumaan kotonaan ko. ajanjakson
	13) vakuutustapahtuman laukaisee se, että vakuutettu tarvitsee säännöllistä toisen henkilön apua henkilökohtaisissa toiminnoissaan, kotitaloustöissä ja asiointissa kodin ulkopuolella
	14) vakuutuksen seurauksena julkisten pitkäaikaishoitopalvelujen käyttö siirtyy myöhemmäksi, kotitaloustyön verotukea ja eläkkeensaajien hoitotukea jää käyttämättä ja muiden julkisten palvelujen käyttö vähenee
	15) vakuutetut olisivat olleet oikeutettuja saamaan kotona annettavat julkiset palvelut vuosina 2030 – 2038, mutta vain osa näistä oikeuksista olisi johtanut julkisten kotona annettavien palvelujen saamiseen ja osa vakuutetuista olisi käyttänyt kohdassa 12 todettuja yksityisiä palveluja vakuutuksesta huolimatta
	16) kohdan 14 arvo on yhtä suuri kuin kohdan 15 arvo, mistä seuraa se, että yksityisten palvelujen käytöstä aiheutuva säästö vakuutettua kohti on yhtä kuin julkisten kotipalvelujen nettojärjestämiskustannukset palvelujen saajaa kohti vuosina 2030 – 2038

Vakuutuksen aiheuttamat verotulojen vähennykset	17) tavoiteltava turva vakuutettua kohti on yhtä kuin julkisten kotipalvelujen keskimääräinen bruttojärjestämiskustannus palvelujen saajaa kohti
	18) vakuutusmaksuja aletaan maksaa vuonna 2005 vakuutetun täytettyä 50 vuotta
	19) vakuutusmaksut maksetaan vuosina 2005 – 2019
	20) vakuutuksenottajien keskimääräiset tulot ovat hieman palkansaajien keskimääräisiä tuloja suuremmat, minkä takia vakuutuksenottajien marginaalivero on keskimäärin 50 %
	21) vakuutuksen säästöaika on vuodet 2005 – 2029
	22) vakuutusmaksujen verovähennyskelpoisuus on 0 – 100 %
	23) vakuutuskorvaukset ovat verovapaita tai niitä verotetaan ansiotuloverotuksella 42 % veromarginaalilla
Vakuutuskorvauksista saatavat tulot	24) vakuutetut käyttävät julkisia pitkäaikaisia laitoshoitopalveluja 2 vuotta
	25) vakuutuskorvaukset lasketaan vakuutetun tuloksi, joka otetaan kokonaan huomioon julkisten pitkäaikaispalvelujen asiakasmaksuissa
	26) vakuutetulta perittävät asiakasmaksut eivät ylitä julkisten palvelujen järjestämiskustannuksia

LÄHTEET

- Asetus sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista 804/1992
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992
- Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989
- Heikkinen, Eino 2000. Toimintakyky ja liikkuminen. Seminaarialustus Eläketurvakeskuksessa 2.10.2000.
- Heikkinen, Eino & Lampinen, Päivi & Suutama, Timo 1999. Kohorttiero 65-69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47. Helsinki.
- Hellman, Anni 1999. Hoitovakuutus ja vanhuspalvelut. Suomalaisia suuntaviivoja ja eurooppalaisia ratkaisuja. Aktuaaritoiminnan kehittämissäitiö.
- Huttunen, Jussi 2000. Ks. www.ktl.fi.
- HWBE 1994. New Golden Plan. Health and Welfare Bureau for the Elderly. Ministry of Health and Welfare of Japan.
- Häkkinen, Hannele 1999. Vanhusten sosiaaliturva Tanskassa ja Saksassa. Esimerkkejä Kuopion, Mikkelin ja Vantaan ystävyyskunnista. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Häkkinen, Hannele 2000. Hoitovakuutus Saksassa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Häkkinen, Unto & Laukkanen, Mika. 1999. Terveyspalvelujen tarve ja kustannukset alueittain 1990 – 1997. Stakes. Aiheita 1999:30. Helsinki
- Kansanterveyslaki 66/1972
- Kautto, Mikko & Kärkkäinen, Kirsi 1993. Eurooppalainen hyvinvointikunta? Sosiaali- ja terveyspalvelut Alankomaissa, Iso-Britanniassa, Ranskassa ja Saksassa. Suomen Kuntaliitto.
- Kela & Stakes 2000. Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö vuonna 1996. SVT Terveys 2000:2. Helsinki.
- Kemporen 1998. Health Insurance and Health Insurance Societies in Japan 1998. National Federation of Health Insurance Societies.
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2000. Alustus työryhmän asiantuntijakuulemisessa 21.6.2000.
- Komiteanmietintö 1996:1. Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Helsinki.
- KTM 2000. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kuluttajakysely. Julkaisematon.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista 812/2000
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta 773/1992

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994

Laukkanen, Pia 1998. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. *Studies in sport, physical education and health* 56. Jyväskylän yliopisto.

Matsuda, Akira 2000. Long Term Care Insurance: Solution for the Future in Japan. A Japanese-Nordic Conference, 23-24 August, 2000. Helsinki.

Missoc 1999. Long-term Care. *Bulletin of the Mutual Information System on Social Protection in the European Union* 1/99.

Parkkinen, Pekka 1997. Kulutus ja säästäminen väestön ikääntyessä. *Keskustelualoitteita* 138. VATT.

Parkkinen, Pekka & Mäki, Tuomo & Vanne, Reijo 1996. Kehdosta hautaan. *Suomalainen hyvinvointiyhteiskuntansa hoivassa. Keskustelualoitteita* 119. VATT.

Pitkälä, K. & Valvanne, J. & Kulp S. & , Strandberg, T. & Tilvis, R. 2000. Paraneeko vanhusväestön terveys? *Helsingiläisvanhusten toimintakyky ja avuntarve 1989 ja 1999. Suomen Lääkärilehti* 55:27-29/2000.

Rissanen, Sari & Linnosmaa, Ismo & Taskinen, Helena & Kivinen, Tuula & Malkki, Pertti & Kinnunen, Juha 1999. Vanhusten asenteet ja ostovoima suhteessa yksityisiin vanhuspalveluihin. *Julkaisussa Mikkola, Hannamari & Hedvall, Maj-Brit (toim.) Terveystaloustiede* 2000. Stakes. Aiheita 45/1999. Helsinki.

Rostgaard, Tine & Fridberg Torben 1998. *Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices. Social Security in Europe. The Danish Institute of Social Research* 98:20. Copenhagen.

Rothgang, Heinz 2000. Saksan pakollinen hoitovakuutus. *Hoitovakuutus-seminaari Suomen Kuntaliitossa* 11.4.2000.

Scott, Peter 1998. *European Health and Long Term Care. Financial Times.*

Sihvo, Tuire 1997. Suomalaisten käsityksiä sosiaali- ja terveyspalveluista. *Teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Uusitalo, Hannu & Staff, Mikko (toim.). Stakes. Raportteja* 214. Jyväskylä.

Sihvo, Tuire 1990. *Suomalainen sosiaalihuolto: mielikuvat ja todellisuus. Sosiaalihuollon väestötiedustelun raportti II. Sosiaalihuollon julkaisuja* 1/1990.

Sihvo, Tuire 1988. *Arki ja apu. Sosiaalihuollon väestötiedustelun raportti I. Sosiaalihuollon julkaisuja* 14/1988.

Sjöblom, Stefan 1999. *Työyhteisöt, kunnat ja yksikkökustannukset. KuntaSuomi* 2004. Tutkimuksia nro 21. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Sosiaalihuoltolaki 710/1982

SOTKA-tietokanta 1994-1999. Tilastokeskus.

STM 2000. *Sosiaali- ja terveystietokanta. Julkaisuja* 2000:7. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma vuosille 2000 - 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. *Julkaisuja* 1999:16. Helsinki.

Sulkava, Raimo 2000. Ks. www.ktl.fi.

Suomen perustuslaki 731/1999

- Talousneuvosto 1998. Julkinen talous 2000-luvulla: Reunaehdot, haasteet ja uudistusten suunta. Talousneuvoston työryhmäraportti 1998/4. Valtioneuvoston kanslia.
- Tennilä, Liisa 1994. Viiskymmentä ja risat. Mitä se merkitsee kotitalouden rahankäytössä. Teoksessa. Sailas, Raija & Mikkonen, Sirkku (toim.). 55+ Katsaus ikääntyvien elinoloihin Tilastokeskus. SVT. Elinolot 1994:1. Helsinki.
- Tilastokeskus 2000. Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden palvelut. Hoitovaikutusta selvittäneen työryhmän teettämä selvitys. Julkaisematon.
- Tilvis, Reijo 2000. Parantuuko suomalaisten vanhusten toimintakyky. Vanhustyö 7/2000.
- Vaarama, Marja & Hakkarainen, Anne & Voutilainen, Päivi & Päivärinta, Eeva 2000. Vanhusten palvelut. Teoksessa Uusitalo, Hannu & Parpo, Antti & Hakkarainen, Anni (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Jyväskylä.
- Vaarama, Marja & Hakkarainen, Anne & Laaksonen, Seppo 1999a. Vanhusbarometri 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 1999:3. Helsinki.
- Vaarama, Marja, Kainulainen, Sakari, Perälä, Marja-Leena, Sinervo, Timo 1999b. Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Stakes. Aiheita 46/1999. Helsinki.
- Yamasaki, Shiro 1998. The Challenges of the Aging Japanese Society. Public Long-term care Insurance. Unpublished.

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Keskeisten kunnan järjestämien vanhuspalveluiden asiakkaat 1990 – 1999

Palvelumuoto ja ikäryhmä	1990	1992	1994	1996	1998	1999	Muutos 1990 – 1999, %
Asiakkaat vuoden aikana							
Kodinhuoltoapu yli 65-v kotitalouksille, kotitalouden vanhin henkilö							
65 – 74	35 424	28 043	21 492	19 457	17 221	16 879	-52 %
75 – 84	65 193	53 917	43 736	42 474	41 226	40 572	-38 %
85+	21 314	21 818	22 519	25 476	26 369	26 832	-26 %
65+ yhteensä	121 931	103 778	87 747	87 407	84 816	84 283	-31 %
Tukipalvelut, 65+ yht.		127 999	93 952	99 213	105 621	103 423	-19 % ¹⁾
Omaishoidon tuki, 65+ yht.	13 230	11 530	10 668	12 156	12 779	13 172	-4 %
Asukkaat/potilaat 31.12.							
Vanhusten palveluasunnot							
65 – 74			3 217	3 930	3 889	3 970	8 % ²⁾
75 – 84			4 726	7 161	8 095	8 703	84 % ²⁾
85+			3 030	4 402	6 001	6 947	129 % ²⁾
65+ yhteensä	7 440	10 090	10 976	15 493	17 985	19 620	163 %
Vanhainkodit							
65 – 74	3 419	3 129	3 093	2 907	2 709	2 583	-25 %
75 – 84	12 037	10 868	9 470	9 067	8 025	7 940	-34 %
85+	9 730	10 489	10 030	10 396	10 203	10 081	4 %
65+ yhteensä	25 186	24 496	22 593	22 370	20 937	20 604	-18 %
Terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito ³⁾							
65 – 74			1 799	1 728	1 693	1 635	-10 %
75 – 84			4 656	4 513	4 529	4 363	-6 %
85+			4 637	4 934	5 084	5 032	9 %
65+ yhteensä			11 092	11 175	11 306	11 030	-1 %
Muu pitkäaikaishoito terveydenhuollon laitoksissa (psykiatria ja somaattinen erikoissairaanhoido) ³⁾							
65 – 74			628	377	252	206	-267 %
75 – 84			808	515	289	306	-162 %
85+			437	347	148	182	-158 %
65+ yhteensä			1 873	1 239	689	694	-163 %

¹⁾ 1992 – 1999

²⁾ 1994 – 1999

³⁾ Pitkäaikaishoitopäätös tehty

Liitetaulukko 2. Kuntien järjestämien palvelujen sisältö tavallisimmin, kun palvelujen saajana on yksinasuva vanhus, joka tarvitsee monissa henkilökohtaisissa toiminnoissaan jokapäiväistä toisen henkilön apua; vanhus saa apua vain kunnalta

Palvelumuoto	Palvelun määrä	% kunnista
Kodinhoitoapu	alle 10t/vk	36
	10-19t/vk	37
	vähint. 20h/vk	17
	ei osaa sanoa	10

Ateriapalvelu	alle 7 aterial/vk	21
	7 aterial/vk	74
	yli 7 aterial/vk	3
	ei osaa sanoa	2

Siivousapu	ei järjestetä	31
	alle 1krt/vk	31
	1+ krt/vk	31
	ei osaa sanoa	7

Kuljetuspalvelu	ei järjestetä	35
	alle 1 matkaa/vk	5
	1+ matkaa/vk	49
	ei osaa sanoa	11

Lähde: Tilastokeskus, työryhmän teettämä selvitys kuntien palveluista

Liitetaulukko 3. Vanhempien ja lasten fyysinen etäisyys 31.12.1999

	Vanhemman ikä		
	50 vuotta	60 vuotta	70 vuotta
Vanhempia yhteensä	69 483	46 795	36 476
Lapsia yhteensä	149 615	105 166	94 207
asuu kotona	65 979	12 345	6 099
asuu muualla, etäisyys			
- alle 20 km	45 730	49 987	47 463
- 20 - 49 km	9 549	10 873	11 197
- 50 - 99 km	6 962	7 894	7 690
- 100 – 199 km	9 321	10 158	9 088
- 200 km tai yli	12 074	13 909	12 670
Lapsia/vanhempia			
asuu kotona	0,9	0,3	0,2
asuu muualla, etäisyys			
- alle 20 km	0,7	1,1	1,3
- 20 - 49 km	0,1	0,2	0,3
- 50 - 99 km	0,1	0,2	0,2
- 100 – 199 km	0,1	0,2	0,2
- 200 km tai yli	0,2	0,3	0,3
alle 20 km yhteensä	1,6	1,3	1,5
alle 50 km yhteensä	1,7	1,6	1,8
alle 100 km yhteensä	1,8	1,7	2,0

Lähde: Tilastokeskus

Liitetaulukko 4. Vanhusten avun tarpeen kriteerit eri tutkimuksissa

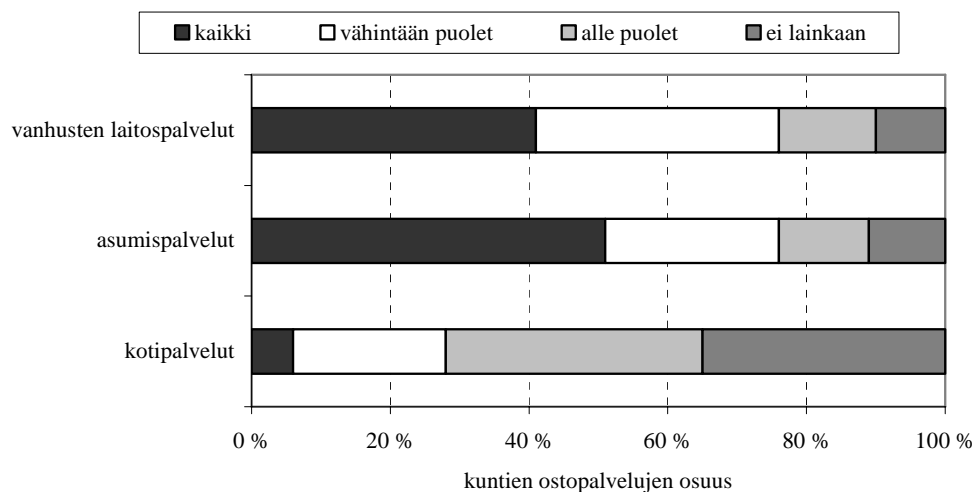
Määrittäjä	Avun tarpeen kriteeri	Kriteerin sisältö
Tilastokeskuksen elinolotutkimus 1994	vaikeudet suoriutua itsenäisesti jokapäiväisistä toiminnoista	<ul style="list-style-type: none"> - pukeutuminen - riisuuntuminen - peseytyminen - elintarvikeostosten tekeminen - peseytyminen, - ruoanlaitto - pyykinpesu - siivous
Pia Laukkanen (1998)	PADL (päivittäiset perustoiminnot)	<ul style="list-style-type: none"> - wc-toiminnot - syöminen - peseytyminen - vuotesen meno ja poistulo - pukeutuminen - sisällä, ulkona ja portaikossa liikkuminen - varpaan kynsien leikkaaminen
	IADL (asioiden hoitaminen)	<ul style="list-style-type: none"> - lääkkeiden annostelu ja otto - puhelimen käyttö - kaupassa käynti - raskaat taloustyöt
	ADL (PADL- ja IADL-mittarin yhdistelmä)	<ul style="list-style-type: none"> - em. yhdistelmä
Stakes (useiden tutkimusten perusteella)		<ul style="list-style-type: none"> - siivous - kodin ulkopuolella asiointi - kodinhoito - ruoan valmistaminen - henkilökohtainen hygienia - pukeutuminen - riisuminen - syöminen - wc-toiminnot

Liitetaulukko 5. Julkisten vanhuspalvelujen järjestämiskustannukset vuosina 2000 – 2030, vuoden 2000 rahassa

	2000	2010	2020	2030
bruttokustannukset, milj. mk				
- kotipalvelut	1 877	2 759	4 045	6 255
- omaishoidon tuki	239	332	475	666
- palveluasuminen	1 344	1 784	2 323	3 118
- vanhainkotihoito	3 619	5 008	7 464	11 690
- terveydenhuollon pitkäaikaishoito	3 167	4 738	7 156	11 077
yhteensä	10 246	14 621	21 464	32 805
bruttokansantuoteosuus, %	1,3	1,5	1,9	2,6
nettokustannukset, milj. mk				
- kotipalvelut	1 578	2 322	3 408	5 273
- omaishoidon tuki	239	332	475	666
- palveluasuminen	1 107	1 471	1 913	2 568
- vanhainkotihoito	2 856	3 953	5 891	9 226
- terveydenhuollon pitkäaikaishoito	2 673	4 017	6 089	9 452
yhteensä	8 453	12 095	17 776	27 186
bruttokansantuoteosuus, %	1,1	1,2	1,6	2,2

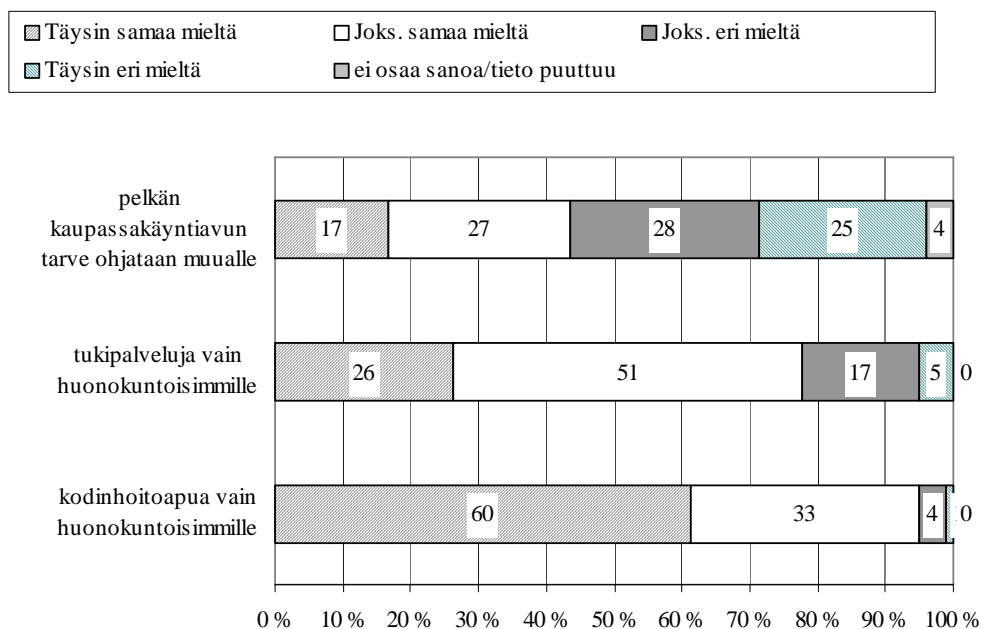
LIITEKUVIOT

Liitekuvio 1. Kuntien ostopalvelujen osuus (%) kumulatiivisesti eräissä yksityisiä vanhushuoltopalveluja tuottavissa yksiköissä vuonna 1998



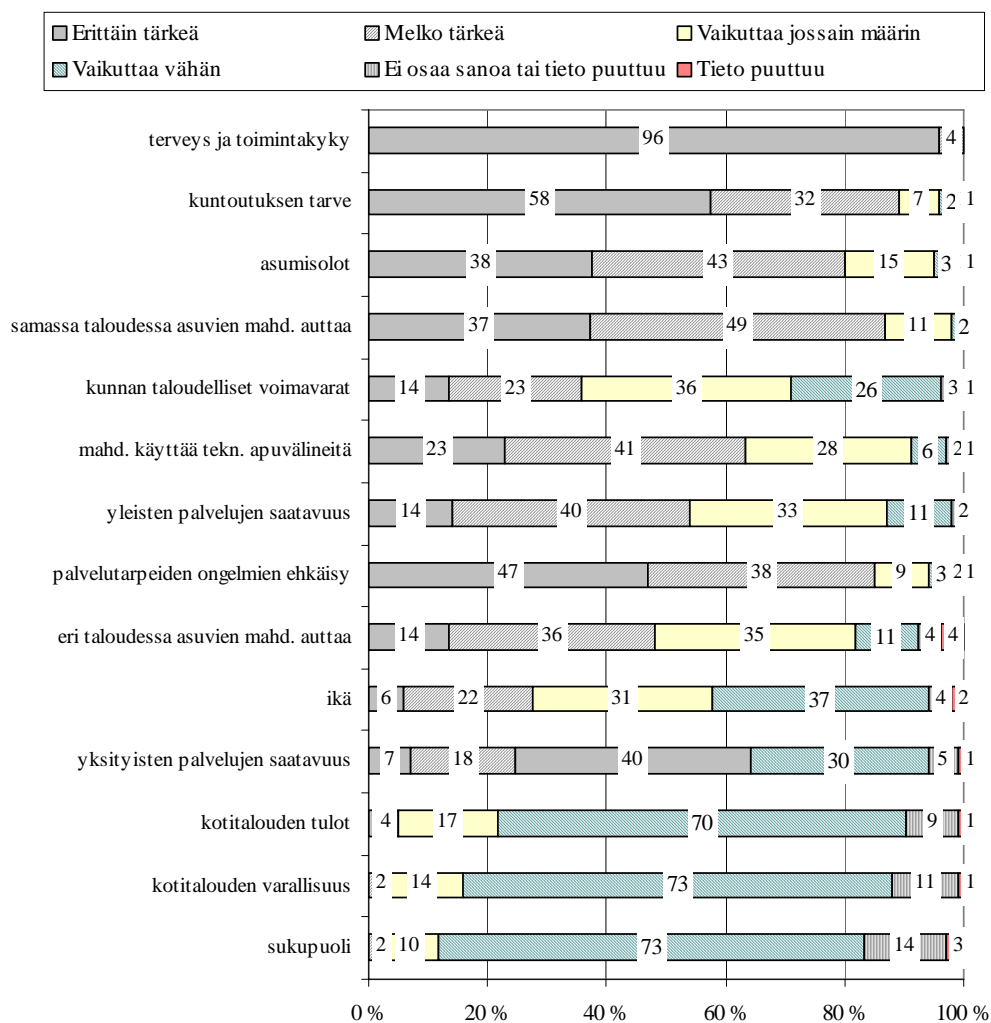
Lähde: Stakes

Liitekuvio 2. Kuntien järjestämien kotipalvelujen kohdentamisperiaatteet

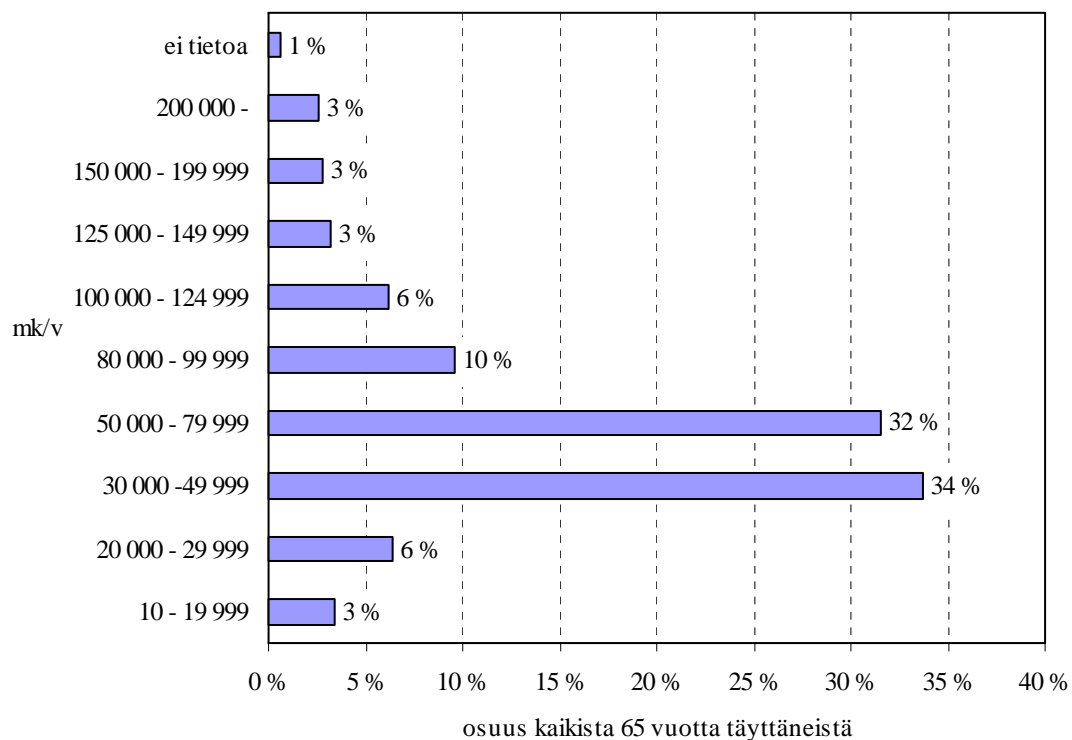


Lähde: Tilastokeskus, työryhmän teettämä selvitys kuntien palveluista

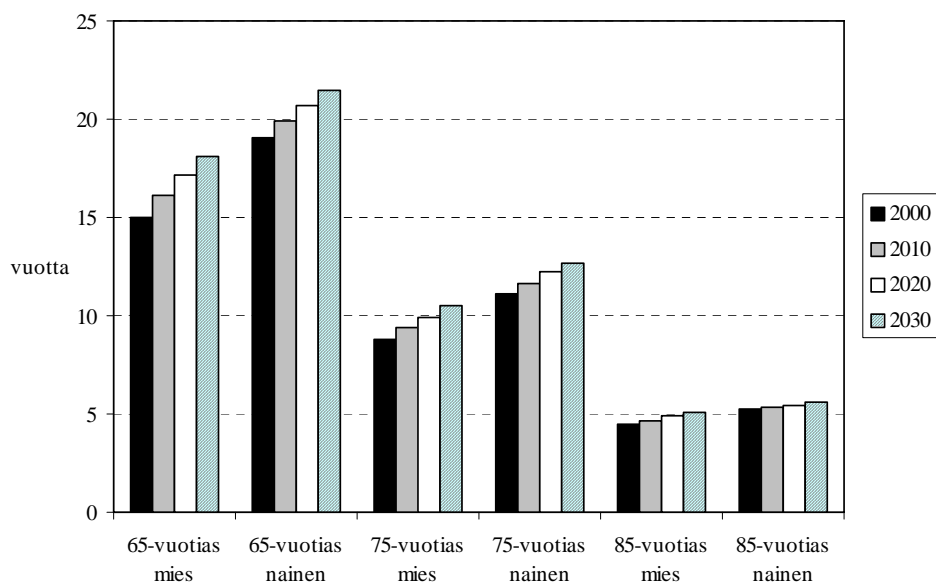
Liitekuvio 3. Kuntien järjestämien kotipalvelujen saantiin vaikuttavat tekijät (järjestääkö kunta asukkaalle palveluja vai ei)



Lähde: Tilastokeskus, työryhmän teettämä selvitys kuntien palveluista

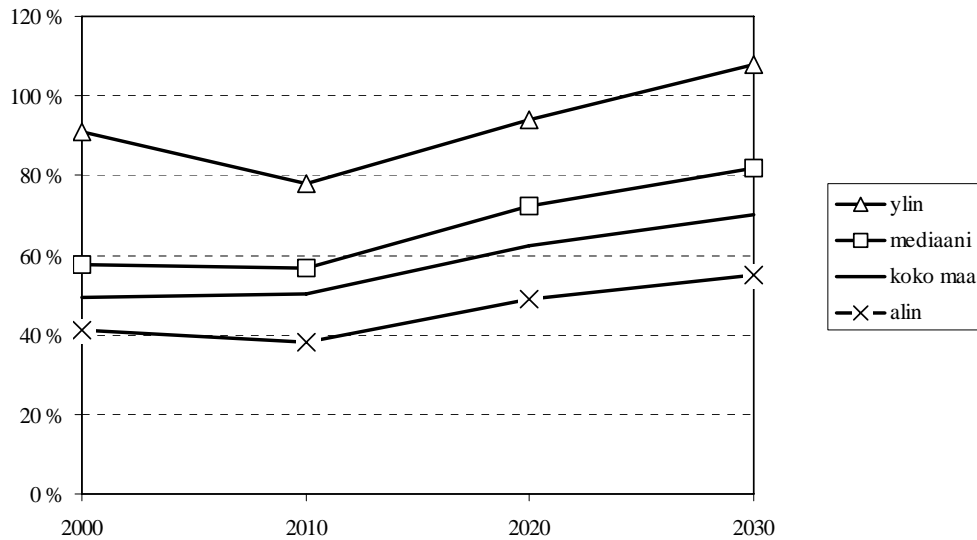
Liitekuvio 4. 65 vuotta täyttäneiden valtionveronalaiset tulot vuonna 1998

Lähde: Tilastokeskus

Liitekuvio 5. 65-, 75- ja 85-vuotiaiden jäljellä oleva elinaika vuosina 2000, 2010, 2020 ja 2030

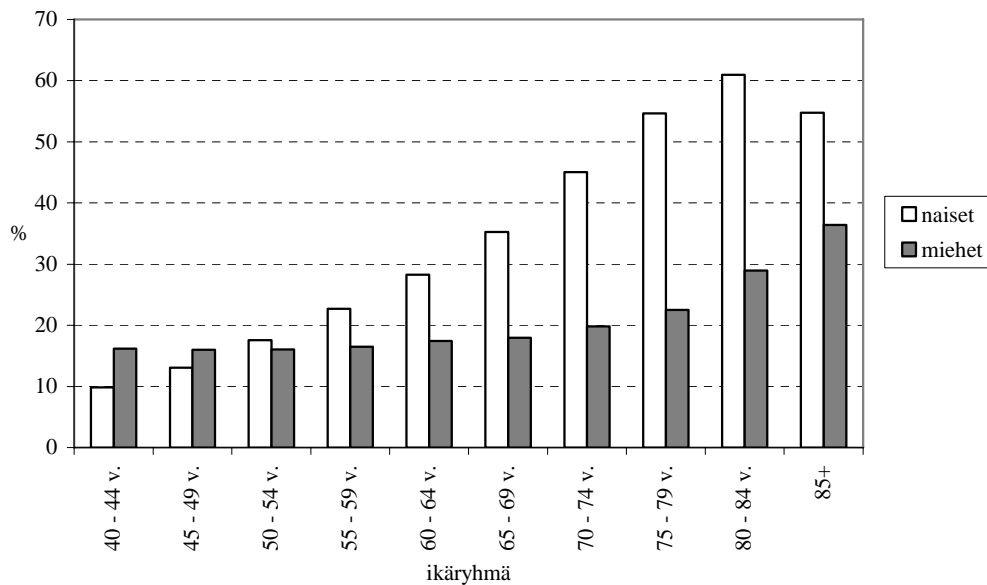
Lähde: Tilastokeskus

Liitekuvio 6. Huoltosuhteen (alle 15-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden osuus työikäisestä väestöstä) kunnittainen minimi, keskiarvo, mediaani ja maksimi Suomessa vuosina 2000 – 2030



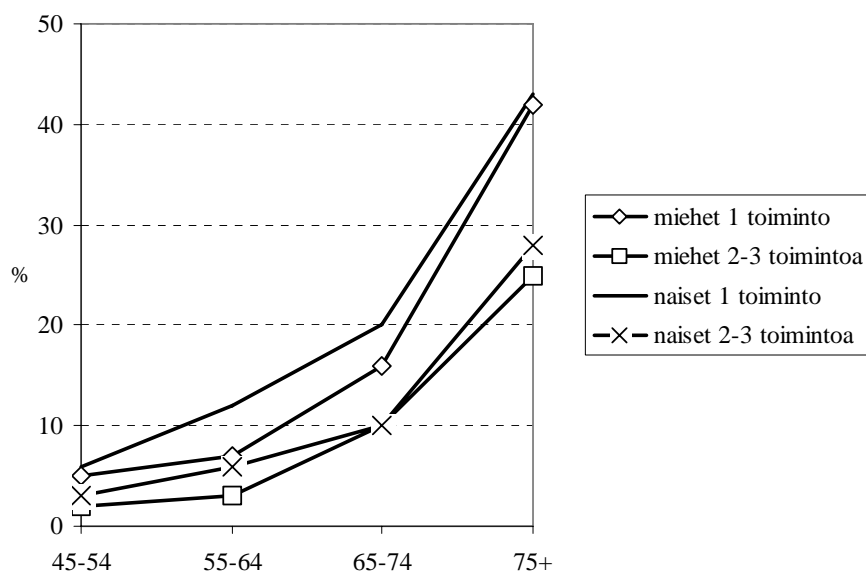
Lähde: Tilastokeskus

Liitekuvio 7. Yksin asuvien osuudet ikäluokasta sukupuolen mukaan vuonna 1998



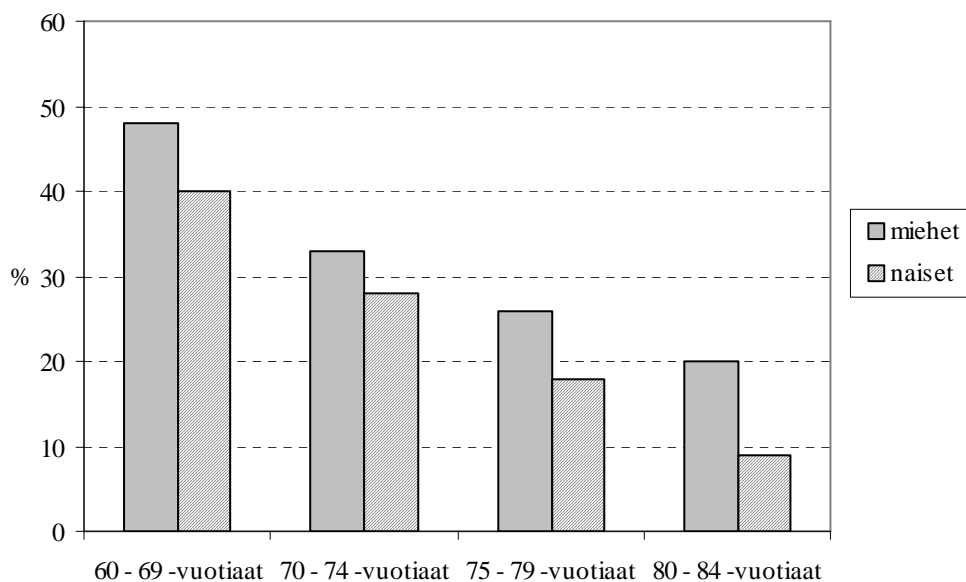
Lähde: Tilastokeskus

Liitekuvio 8. Suoriutumattomuus päivittäisistä toiminnoista eräissä ikäryhmissä vuonna 1994

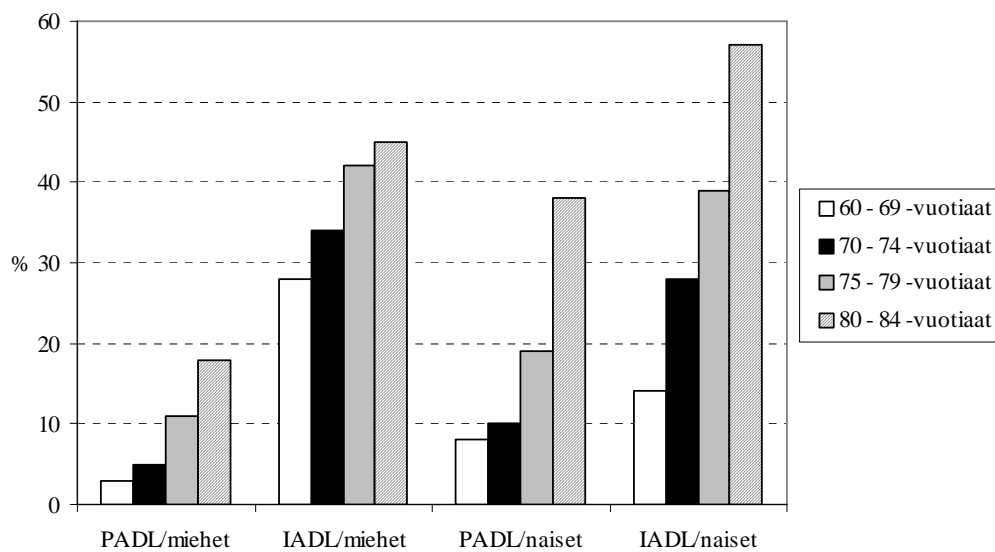


Lähde: Tilastokeskus

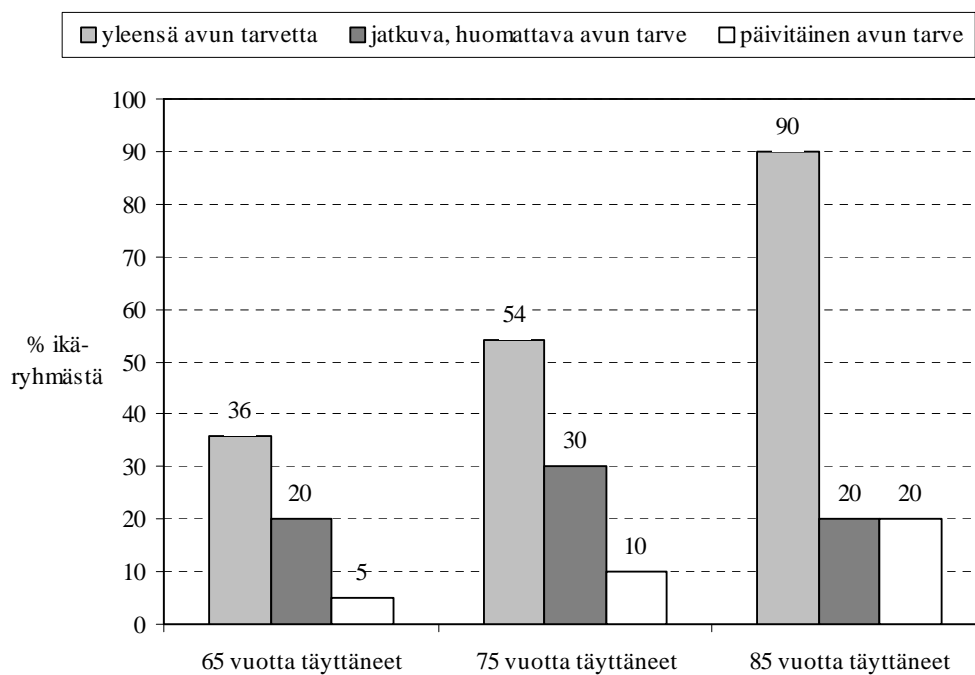
Liitekuvio 9. Vaikeuksista ADL-toiminnoissa suoriutuvien osuus eri ikäryhmissä



Lähde: Laukkanen 1998

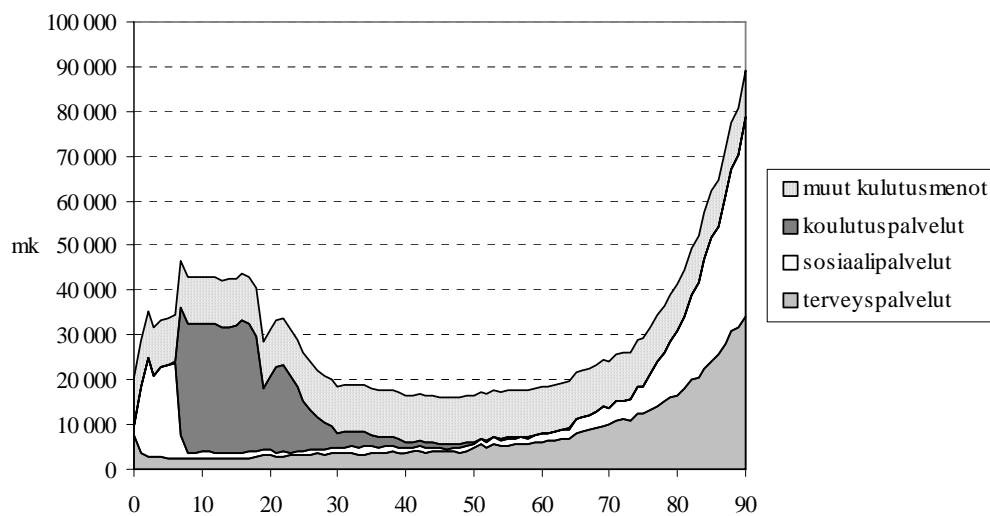
Liitekuvio 10. Avuntarve vähintään yhdessä PADL- ja IADL-toiminnoissa

Lähde: Laukkanen 1998

Liitekuvio 11. Kotona asuvien vanhusten avun tarve tutkimusten mukaan

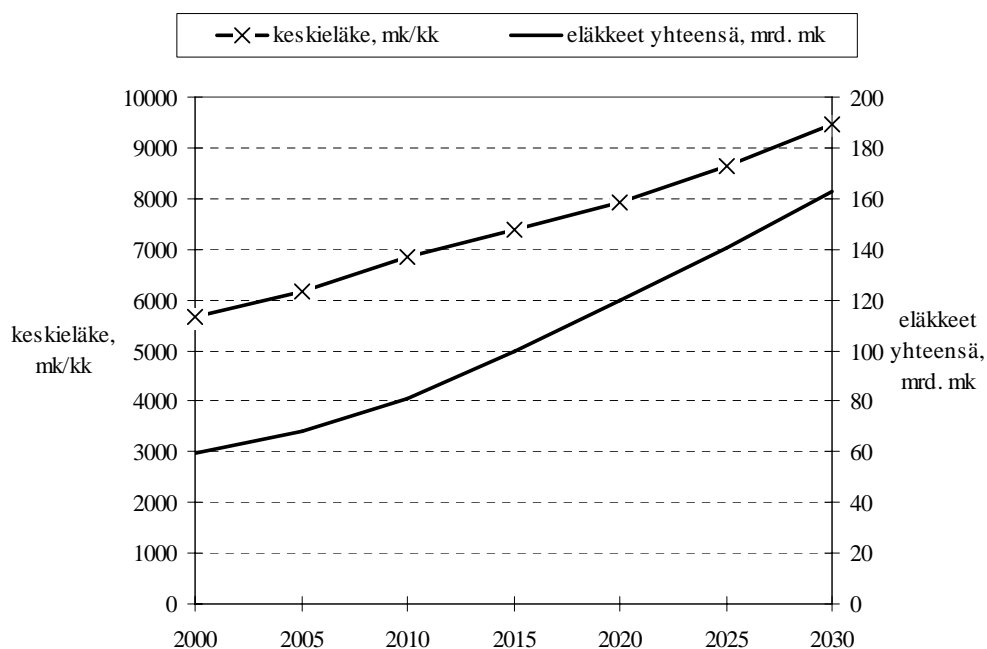
Lähde: Stakes

Liitekuvio 12. Julkinen kulutus kumulatiivisesti henkeä kohti iän mukaan vuonna 1996, mk/henkilö



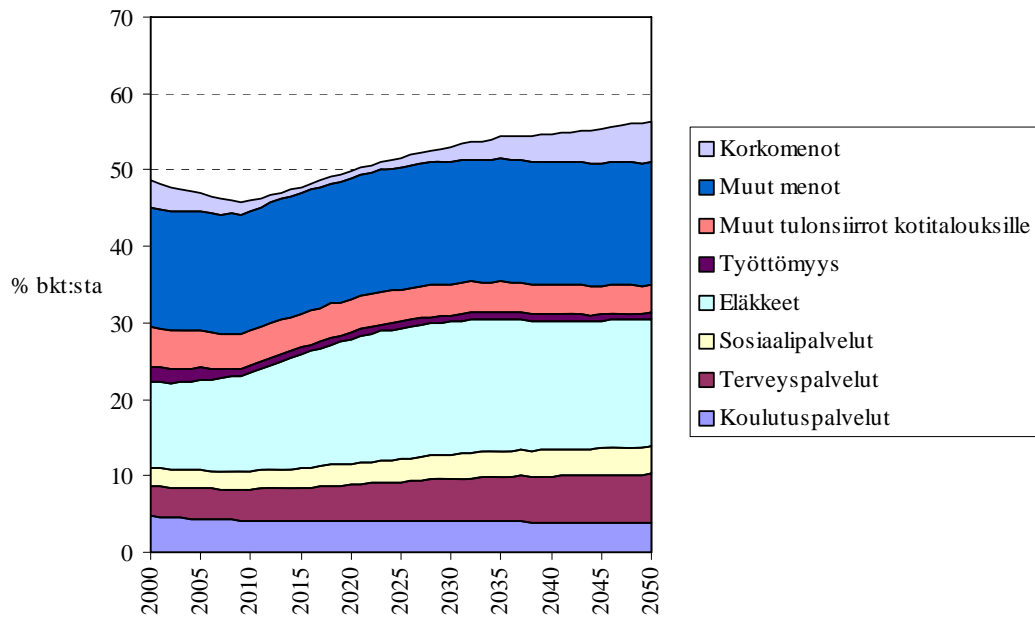
Lähde: Parkkinen 1997

Liitekuvio 13. Keskimääräinen vanhuuseläke ja maksettavat vanhuuseläkkeet yhteensä vuosina 2000 – 2030



Lähde: Eläketurvakeskus

Liitekuvio 14. Julkisten menojen osuus bruttokansantuotteesta 2000 – 2050



Lähde: Talousneuvosto 1998