

Määttänen, Niku; Valkonen, Tarmo

Research Report

Yksityinen varautuminen hoivan rahoitusta täydentämässä

ETLA Report, No. 98

Provided in Cooperation with:

The Research Institute of the Finnish Economy (ETLA), Helsinki

Suggested Citation: Määttänen, Niku; Valkonen, Tarmo (2020) : Yksityinen varautuminen hoivan rahoitusta täydentämässä, ETLA Report, No. 98, The Research Institute of the Finnish Economy (ETLA), Helsinki

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/237388>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Yksityinen varautuminen hoivan rahoitusta täydentämässä



Niku Määttänen

Elinkeinoelämän tutkimuslaitos
niku.maattanen@etla.fi

Tarmo Valkonen

Elinkeinoelämän tutkimuslaitos
tarmo.valkonen@etla.fi

Suosittelava lähdeviittaus:

Määttänen, Niku & Valkonen, Tarmo (15.1.2020).
”Yksityinen varautuminen hoivan rahoitusta täydentämässä”.

ETLA Raportti No 98.

<https://pub.etla.fi/ETLA-Raportit-Reports-98.pdf>

Tiivistelmä

Yksityinen varautuminen vanhuuden ajan lisääntyviin hoiva- ja hoitomenoihin on Suomessa vähäistä. Kotitalouksien varallisuus on pääosin kiinni omistusasunnoissa ja se jätetään tyypillisesti perinnöksi keski-ikäisille lapsille.

Hoivatarvetta ja eliniän pituutta ei voi tarkasti ennakoida. Palvelutarpeeseen varautuminen omilla säästöillä voi siksi osoittautua joko tarpeettomaksi tai riittämättömäksi. Yksityinen varautuminen toteutuisi tehokkaimmin vakuutusten avulla. Elinikäisiä eläke- ja hoivavakuutuksia ei kuitenkaan ole Suomessa tarjolla.

Tässä raportissa kuvataan vanhuuden ja hoivamenojen varalle säästämisen tarvetta, eläke- ja hoivavakuutuksista saatavaa hyötyä ja vakuutusmarkkinoiden syntyminen ehtoja. Vanhuuden ajan tulojen ja julkisen hoivan täydentäminen vakuutuksilla antaisi monille mahdollisuuden kasvattaa eläkeajan kulutusta ja saada valinnanvaraa hoivaan ilman pelkoa säästöjen loppumisesta ennen aikaisesti. Vakuutusturvan hankkiminen ei välttämättä edellytä lisäsäästämistä. Moni ihminen voisi rahoittaa vakuutusturvaa purkamalla asuntovarallisuuttaan.

Valtiovalta voi edesauttaa vakuutusmarkkinoiden syntymistä yhtenäistämällä ja selkeyttämällä julkista hoivalupausta ja pidättäytymällä ulosmittaamasta yksityisten hoiva- ja eläkevakuutusten korvauksia korkeampien asiakasmaksujen kautta.

Abstract

Complementing Tax-financed Long-term Care with Private Insurance

Many elderly people in Finland could increase their standard of living and receive more freedom of choice regarding long-term care by releasing part of their housing equity. The possibility to purchase reasonably priced life annuities and long-term care insurance would increase the benefits of housing equity release. However, there is virtually no market for such insurance in Finland.

This report illustrates the benefits of life annuities and long-term care insurance, provides an example of actuarially fair insurance pricing, and describes the conditions for this market to emerge. It argues that the government should support the emergence of an insurance market by clarifying the public welfare promise related to old age care and by promising not to seize private pension and long-term care insurance payouts e.g. via higher user fees for publicly provided long-term care.

Ph.D. **Niku Määttä** is the Research Director at the Research Institute of the Finnish Economy.

KTT **Tarmo Valkonen** is a Research Advisor at the Research Institute of the Finnish Economy.

Ph.D. **Niku Määttä** is a Research Director at The Research Institute of the Finnish Economy.

Dr.Sc. (Econ) **Tarmo Valkonen** is a Research Advisor at The Research Institute of the Finnish Economy.

Kiitokset: Kiitämme Kaarina Korhosta ja Pekka Martikaista luvussa 5 käytettävien, hoivariskeihin liittyvien siirtymätodennäköisyyksien laskemisesta ja luovuttamisesta käyttöömmme. Kiitämme myös Eija Kauppiä avustavasta työstä. Tutkimuksen on rahoittanut Finanssiala ry.

Acknowledgements: We thank Kaarina Korhonen and Pekka Martikainen for providing us with the transition probabilities related to long-term care risks used in section 5. We also thank Eija Kauppi for assistance. The study is funded by Finance Finland.

Avainsanat: Hoivavakuutukset, Eläkevakuutukset, Ikääntyminen

Keywords: Long-term care insurance, Life annuities, Ageing

JEL: H24, G22

Sisällys

1	Johdanto	4
2	Hoivavakuutusten hyöty ja vakuutusmarkkinoiden haasteet	4
2.1	Hoivariskin vakuutettavuudesta	5
2.2	Tuotevariaatiot	7
2.3	Hoivavakuutusten kysyntä	9
3	Hoivan tarve ja nykyinen varautuminen Suomessa	11
3.1	Väestön ikärakenne ja ikääntyneen väestön kuntoisuus	11
3.2	Kotitalouksien yksityinen varautuminen vanhuuden varalle	12
4	Julkisen tahon ja markkinoiden syntymisen vuorovaikutus Suomessa	14
4.1	Julkinen hoito- ja hoivalupaus ja sen rahoituksellinen kestävyys	14
4.2	Asiakasmaksut	15
4.3	Pitkäaikaisen säästämisen verotus	16
5	Elinaika- ja hoivariskien suuruus ja vakuutusten hinta	17
5.1	Elinaikariski ja eläkevakuutukset	17
5.2	Hoivariskit ja hoivavakuutukset	19
6	Johtopäätökset ja politiikkasuositukset	21
	Viitteet	22
	Kirjallisuus	22

1 Johdanto

Yhä useampi suomalainen elää niin pitkään, että tarvitsee elämän loppuvaiheessa toisen antamaa hoitoa ja hoivaa. Hyvinvointiyhteiskunnan tavoitteena on tarjota tarvittavat palvelut, jos omaishoitoa ei ole saatavilla, tai se ei riitä. Kansalaisten odotukset palvelujen saatavuuden ja laadun suhteen ovat kuitenkin usein suuremmat kuin mihin yhteiskunta katsoo olevan varaa. Tätä ristiriitaa ei välttämättä kannata pyrkiä poistamaan kokonaan, sillä ihmisten käsitys riittävästä palveluista vaihtelee paljon ja julkisen sektorin rajallisille resursseille on muutakin käyttöä. Siksi on perusteltua, että osa kansalaisista varautuu täydentämään julkisia palveluja ja omaishoitoa omilla säästöillään.

Verorahoitteisten palveluiden täydentäminen on kuitenkin vaikeaa. Sekä hoivatarpeen että elinajan pituus vaihtelee huomattavasti. Palvelutarpeeseen varautuminen omilla säästöillä voi siten osoittautua joko täysin tarpeettomaksi tai hyvin riittämättömäksi. Yksityinen varautuminen toteutuisikin tehokkaimmin vakuutusten avulla. Elinikäisiä eläke- ja hoivavakuutuksia ei kuitenkaan ole Suomessa tarjolla.

Tässä raportissa kuvataan vanhuuden ja hoivamenojen varalle säästämisen tarvetta, eläke- ja hoivavakuutuksista saatavaa hyötyä ja vakuutusmarkkinoiden syntyminen ehtoja. Tarkastelemme asiaa erityisesti Suomen näkökulmasta, mutta hyödynnämme kansainvälistä tutkimuskirjallisuutta.

Vanhuuden varalle otettujen elinikäisten vakuutusten markkinat ovat monissa muissakin maissa pienet tai niitä ei ole lainkaan. Markkinoiden kehittymättömyys on synnyttänyt laajan tutkimuskirjallisuuden, sillä vakuutusten voi arvioida lisäävän hyvinvointia merkittävästi. Tutkimusten mukaan kyse on osittain riskien suuruuden arvioinnin vaikeudesta pitkäaikaisissa vakuutuksissa. Toinen ongelma on se, että ihmiset eivät useinkaan täysin ymmärrä vakuutuksesta saatavaa hyötyä. Tämä näkyy sellaisten vakuutusten suosiossa, joissa ainakin osa säästetystä pääomasta palautetaan, vaikka vakuutustapahtumaa ei sattuisi. Esimerkkinä on joko hoiva- tai eläkevakuutukseen kytketty henkivakuutus, joka tekee yhdistetystä tuotteesta lähinnä kalliin säästämisvälineen ilman merkittävää vakuutushyötyä.

Kolmas tutkimuksissa esille tullut ongelma on sosiaaliturvan, verotuksen ja yksityisen varautumisen yhteensovittaminen. Yhteiskunta on merkittävässä roolissa erityisesti hoivavakuutusten markkinoiden syntyminen kannalta sekä julkisen hoivan tarjoajana että lainsäädännön kautta. Julkisen hoivan saamisen ehdot ja laatu vaikuttavat vakuutusten tarpeeseen ja verotus ja asiakasmaksulainsäädäntö siihen, kuinka paljon asiakas hyötyy maksamistaan vakuutusmaksuista. Suomessakin on mahdollista, että hoiva- ja eläkevakuutusten korvaukset päätyisivät suurelta osin kunnalle korkeampien asiakasmaksujen kautta. Tällöin yksityinen varautuminen vakuutusten avulla ei ole kansalaisten kannalta välttämättä mielekästä.

Raportin toisessa luvussa esitellään hoivavakuutusten tarjontaan ja kysyntään liittyviä näkökohtia kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden valossa. Kolmannessa luvussa kuvataan tarkemmin Suomen olosuhteita hoivan ja hoivavakuutusten näkökulmasta. Neljäs luku käsittelee yhteiskunnan ja vakuutusmarkkinoiden vuorovaikutusta. Viidennessä luvussa konkretisoidaan vakuutuksista saatavaa hyötyä mm. ympärivuorokautisen hoivan tarvetta kuvaavien tilastojen valossa. Viimeisessä luvussa esitetään politiikkasuosituksia.

2 Hoivavakuutusten hyöty ja vakuutusmarkkinoiden haasteet

Vakuutustoiminnan lähtökohta on yksilökohtaisten riskien jakaminen kaikkien vakuutettujen kesken. Vakuutuksen hyöty riippuu osin siitä, kuinka suurta yksilökohtaista epävarmuutta vakuutustapahtumaan liittyy. Yleensä suurempi epävarmuus lisää vakuutuksesta saatavaa hyötyä: vakuutus on usein erityisen hyödyllinen silloin, kun vakuutustapahtuman todennäköisyys on pieni, mutta sen aiheuttama vahinko on suuri. Vakuutuksen ansiosta ihmisten ei tarvitse itse varautua pahimman varalta.

Hoivavakuutuksen tapauksessa vakuutustapahtuma on sellainen toimintakyvyn heikkeneminen, joka edellyttää hoivapalveluita. Pieni osa ikääntyneistä ihmisistä tarvitsee ympärivuorokautista hoivaa usean vuoden ajan. Jos hoiva pitää ostaa yksityisenä palveluna markkinoilta, sen

rahoittaminen edellyttää useimpien ihmisten tuloihin nähden suurta säästösummaa. Toisaalta monet ihmiset eivät tarvitse hoivaa lainkaan. Hoivavakuutus voi pienentää hoivariskin kattamiseen tarvittavaa säästösummaa huomattavasti, koska sen hinta ei perustu poikkeuksellisen pitkien hoivajaksojen aiheuttamiin kustannuksiin, vaan vakuutuksenottajien keskimääräiseen hoivan tarpeeseen.

Toinen ikääntymiseen liittyvä riski koskee elinaikaa. Ihmisten pitää jollakin tavalla varautua myös sen varalta, että he elävät hyvin pitkään. Siihen tarvitaan eläkevakuutusta. Eläkevakuutuksen vakuutusominaisuus tulee esiin parhaiten silloin kun vakuutusyhtiö maksaa vakuutetulle eläkettä hänen kuolemaansa saakka. Jos vakuutettu kuolee keskimääräistä aikaisemmin, hän nostaa eläkettä vähemmän kuin mitä on maksanut vakuutuksesta. Toisaalta, jos hän elää pitkään, hän voi saada yhteensä eläkettä paljon vakuutusmaksuja enemmän. Eläkevakuutus on siis vakuutus pitkän eliniän varalta: vakuutuskorvaus suhteessa vakuutusmaksuun on sitä suurempi mitä pidempään vakuutettu elää.

Pitkä elämä on useimmille ihmisille tavoittelemisen arvoinen asia. Toisin kuin useimmat muut vakuutukset, ml. hoivavakuutus tai vaikkapa palovakuutus, eläkevakuutus on siis vakuutus onnellista tapahtumaa vastaan. Eläkevakuutus voi silti olla hyvin hyödyllinen. Sen hyöty perustuu siihen, että sen ansioista ihmisten ei tarvitse varautua omalla säästämisellään poikkeuksellisen pitkän eliniän varalta.

Vaikka hoiva- ja eläkevakuutusten hyödyt vaikuttavat ilmeisiltä, sekä yksityisten eläkevakuutusten että varsinkin yksityisten hoivavakuutusten markkinat ovat monessa kehittyneessäkin maassa suhteellisen pienet. Markkinoiden kehittymättömyys johtuu toki osittain siitä, että usein suuri osa hoivan ja eläkkeiden rahoituksesta katetaan veroilla ja lakisääteisillä maksuilla. Hoiva- ja eläkevakuutuksiin liittyy kuitenkin tiettyjä erityispiirteitä, jotka tekevät niistä tavallista haastavampia tuotteita sekä vakuutusyhtiöiden että asiakkaiden näkökulmasta.

Eräs näistä erityispiirteistä on se, että vakuutuskorvausten suuruus selviää vasta pitkän ajan päästä maksujen maksamisesta. Jos korvaukset osoittautuvat odotamattoman suuriksi, vakuutusyhtiöt eivät välttämättä voi enää korottaa vakuutettujen maksuja ainakaan niin

paljon, että ne kattaisivat korvausmenojen kasvun suhteessa siihen, mitä vakuutusyhtiöt odottivat. Kertamaksuisissa vakuutuksissa maksuja ei voida nostaa lainkaan vakuutus sopimuksen tekemisen jälkeen. Vanhoja asiakaita koskevien kustannusten siirtäminen uusien asiakkaiden kannettaviksi olisi sekä ongelmallista, sillä se heikentäisi maksujen ja odotusarvoisten etuuksien suhdetta uusien asiakkaiden kohdalla.

Hoivavakuutusten osalta vakuutusyhtiöt voivat vähentää korvausriskiensä suuruutta lisäämällä vakuutusehtoihin rajoituksia, jotka voivat koskea joko kuukausittaisen korvauksen suuruutta, korvausaikaa, tai asiakkaalle maksettujen korvausten kokonaissummaa. Yksittäisiin vakuutuksiin liittyvän korvauksen rajaaminen ei kuitenkaan poista kokonaan riskiä siitä, että hoivatarve osoittautuu keskimäärin odotettua yleisemmäksi. Vakuutusyhtiön riskien rajaaminen tarkoittaa myös sitä, että vakuutuksenottaja joutuu kantamaan osan kustannusriskeistä, mikä pienentää vakuutuksista saatavaa hyötyä. Riskien jakaminen voi silti hyödyttää molempia osapuolia, etenkin jos se on edellytys markkinoiden syntymiselle.

Seuraavassa tarkastellaan tarkemmin yksittäisiä syitä siihen, miksi erityisesti hoivavakuutukset ovat haasteelliset vakuutusyhtiön näkökulmasta. Osa ongelmista koskee myös eläkevakuutuksia. Lisäksi esitellään erilaisia tuotevariaatioita, joilla on pyritty parantamaan hoivariskin vakuutettavuutta ja lisäämään kiinnostusta vakuutuksia kohtaan. Luvun lopussa kuvataan hoivavakuutusten kysyntään vaikuttavia asioita.

2.1 Hoivariskin vakuutettavuudesta

Vakuutettavuuden kannalta parhaita riskejä ovat sellaiset, joissa vakuutuksen ostajalla on samanlainen tietämys riskin suuruudesta kuin myyjällä, eikä vakuutuksen ottaminen kannusta riskiä lisäävään käyttäytymiseen. Lisäksi asiakaskunnan on oltava riittävän laaja tasamaan maksettujen korvausten lukumäärän ja suuruuden satunnaisvaihtelua. Vahingon on myös oltava riittävän suuri, jotta sillä on taloudellista merkitystä. Myös institutionaalisilla olosuhteilla, kuten hyvinvointivaltion tarjoaman sosiaaliturvan kattavuudella on merkitystä sille, syntyykö yksityisten (vapaaehtoisten) vakuutusten markkina.

Käänteinen valikoituminen

Yksi syy hoivavakuutusmarkkinoiden mahdollisiin ongelmiin on asiakkaiden käänteinen valikoituminen. Jos vakuutetut tietävät henkilökohtaisen hoivariskinsä suuruudesta enemmän kuin vakuutusyhtiöt, on mahdollista, että vakuutuksia hankkivat keskimääräistä suuremman hoivariskin omaavat ihmiset ilman että vakuutusyhtiö huomaa valikoitumisen ja osaa hinnoitella vakuutukset oikein. Jos valikoitumiseen reagoidaan sen paljastuttua maksuja nostamalla, vakuutuksia haluavat enää vain ne, jotka tarvitsevat hoivaa suhteellisen todennäköisesti.

Käänteisen valikoitumisen olemassaolo on vaikea todentaa täysin luotettavasti. Finkelsteinin ja McGarryn (2006) tutkimuksen mukaan Yhdysvalloissa hoivavakuutuksia ottavat sekä suuren hoivariskin omaavat että hyvin koulutetut riskejä karttavat terveemmät ihmiset. Tuloksen vahvistivat myöhemmin myös Chatterjee ja Fan (2017). Myös vakuutusten keskeyttämiset vähentävät vakuutettujen valikoitumista: Yhdysvalloissa vakuutuksia keskeyttävät ovat keskimäärin suuririskisempiä (Basu, 2016). Myöskään Plisson (2011) ei löydä eroja vakuutusten ottamisessa riskiltään erilaisten ryhmien välillä Ranskassa. Näin näissä kahdessa maassa, joissa hoivavakuutusten markkinat ovat suurimmat, valikoitumisen ei ole katsottu olevan merkittävä ongelma (Courbage ja Plisson, 2012).

Käänteistä valikoitumista on vaikea estää, mutta vakuutusyhtiöt voivat kieltäytyä tekemästä vakuutussopimuksia suuririskisille asiakkaille tai suosia ryhmävakuutuksia, joissa riskit tasaantuvat. Toisaalta kieltäytyminen myymästä vakuutuksia riskiryhmille voi rajata markkinoiden kokoa huomattavasti. Väestötason riskillisyyteen perustuvat arviot ikävälillä 55–66 tehdyistä vakuutus-hakemuksista ennustavat Yhdysvalloissa hylkäämisten osuuden olevan 36 ja 56 prosentin välillä. (Braun ym., 2018). Cornellin ym. (2016) mukaan hylkäämiset ikävälillä 50–71 vuotta olisivat vakuutusyhtiöiden käyttämien kriteerien mukaan noin 40 prosenttia, jos niitä sovellettaisiin koko väestöön. Osuudet ovat selvästi korkeammat kuin se 20–25 prosentin osuus hakemuksista, jotka hylätään Yhdysvalloissa. Ero laskennallisissa ja toteutuneissa hylkäämisissä voi johtua esimerkiksi siitä, että pienituloisilla suuren hoivariskin omaavilla ihmisillä ei ole varaa hoivavakuutukseen eikä toisaalta myöskään tarvetta hankkia sellaista, koska he voivat turvautua julkisesti rahoitettuun pitkäaikaishoivaan. Näin ollen he eivät edes yritä ostaa vakuutusta.

Moraalikato

Eräs vakuutustoiminnalle tyypillinen ongelma on asiakkaiden käyttäytymisen muuttuminen vakuutusturvan vuoksi. Ns. moraalikato on hoivavakuutusten osalta esimerkiksi sellaista, ettei omasta terveydestä ja toimintakyvystä huolehdi samalla tavalla kuin ilman vakuutusta, jolloin hoivariskin realisoituminen tulee todennäköisemmäksi. Moraalikatoa voi syntyä myös sen jälkeen, kun hoivariski realisoituu etenkin sellaisissa vakuutuksissa, joissa korvaus perustuu toteutuneisiin kustannuksiin. Silloin korvaukseen oikeutettu vakuutettu saattaa käyttää palveluja enemmän kuin saman kuntainen vakuuttamaton ihminen. Moraalikatoa voi syntyä myös niin, että omaishoitoa vähennetään olemassa olevan yksityisen hoivavakuutuksen vuoksi. Moraalikatoa voidaan vähentää omavastuulla, joka hoivavakuutuksessa tarkoittaa joko omavastuu-aikaa ennen korvausten maksua toimintakyvyn todetun heikkenemisen jälkeen tai kuukausikorvauksen rajoittamista todellisia kustannuksia pienemmäksi.

Moraalikadon yleisyydestä hoivavakuutusmarkkinoilla on tehty vain vähän empiiristä tutkimusta. Konetzka ym. (2019) tutkivat moraalikadon esiintymistä Yhdysvaltojen laitos- ja kotihoidossa. Tulosten mukaan vakuutetut käyttivät laitoshoidon palveluja enemmän kuin samanlaiset vakuutuksen ostamiseen oikeutetut vertailuhenkilöt, joilla ei ollut vakuutusta. Toisaalta kotihoitoa käytettiin hieman vähemmän. Tutkijat pohtivat, voisivatko jälkimmäisen tuloksen syynä olla vakuutussopimukset, joissa kokonaiskorvaus on rajattu. Silloin korvauksia säästettäisiin odotettavissa olevalle kalliimmalle laitossjaksolle.

Terveyden, toimintakyvyn ja kuolleisuuden yleinen kehitys

Hoivavakuutusten kannalta keskeinen kysymys on myös väestön terveyteen, toimintakykyyn ja kuolleisuuteen liittyvien pitkäaikaisten aggregaattiriskien hallinta. Useat kansantaudeista ovat muuttuneet tappavista kroonisiksi, mutta vaativat harvoin pitkäaikaista laitoshoidoa. Eri kansantautien riski- ja suojatekijät ovat usein samoja, jolloin muutokset esimerkiksi elintavoissa voivat tuottaa suuriakin muutoksia sairauksien esiintymiseen ja laitoshoidon tarpeeseen. Myös toimintakyky voi osoittautua ennakoitua heikommaksi tai elinajat odottamattoman pitkiksi toimintakyvyn heikkenemisen jälkeen koko väestössä. Elinajojen pidentymiseen on toistaiseksi liittynyt toimintakyvyn paraneminen muilla kuin kaikkein vanhimmissa (Lindgren, 2016; Jylhä ym., 2013). Vakuutustoimin-

ta, jossa vakuutuksenottaja suojataan sekä kaukana tulevaisuudessa mahdollisesti syntyvien hoivakustannusten että eliniän pituuden varalta vaatii vahvaa vakavaraisuutta vakuutusyhtiöltä.

Hoivan yksikkökustannusten kehitys

Myös korvattavan riskin yksikkökustannusten, kuten hoivan vuorokausimenojen, arviointi kaukana tulevaisuudessa on hankalaa. Yksikkökustannuksia nostavat esimerkiksi palkkojen ja hintojen nousu ja kalliimman teknologian käyttöönotto. Kustannusten nousun lisäksi voi käsitys kohtuullisesta laadusta muuttua ajan kuluessa. Kustannusriskin kantamisesta sovitaan vakuutus sopimuksessa. Jos korvaussumma on kiinteä, tai sitä korotetaan vuosittain etukäteen sovitulla oletetulla hintojen nousulla, vakuutuksenottaja kantaa riskin siitä, etteivät korvaukset riitä nousseisiin kustannuksiin. Jos vakuutusyhtiö tarjoaa täyttä kustannusten korvausta tai palvelupakettia, se kantaa riskin yksikkökustannusten noususta.

Sijoitusten tuotto

Hoivavakuutuksissa on yleensä kysymys pitkäaikaisesta vakuutuksesta, johon liittyy suuri säästösomma. Siksi ennuste vakuutussäästöille saatavasta tuotosta vaikuttaa merkittävästi maksujen suuruuteen. Vakuutusyhtiö voi suojautua tuottojen vaihtelulta sijoittamalla säästöt kiinteätuottoisiin sijoituskohteisiin, jotka erääntyvät sitä mukaa kun korvaukset realisoituvat. Tämä strategia johtaa kuitenkin yleensä mataliin tuottoihin ja korkeisiin vakuutusmaksuihin suhteessa saataviin korvauksiin. Siksi sijoituksia tehdään myös riskipitoisiin kohteisiin. Vakuutusyhtiön toinen vaihtoehto suojautua sijoitusriskeiltä on sitoa korvaukset sijoitusten tuottoon ja siirtää tuottoriski näin vakuutuksenottajan kannattavaksi.

Poliittiset riskit

Vakuutusyhtiöiden toimintaympäristöön liittyy myös poliittisia riskejä. Vakuutusmaksujen verovähenteisyys, korvausten verollisuus tai korvausten laskeminen tuloksi julkisen palvelun asiakasmaksua määritettäessä voivat muuttua pitkän vakuutusajan kuluessa useaan otteeseen. Myös julkisten hoivapalvelujen saatavuus ja laatu muuttuvat ajan myötä. Muutos on vakuutustoiminnan kannalta ongelmallisinta, jos julkisten palvelujen saatavuutta rajataan tai hintaa nostetaan nimenomaan vakuutuksen ostaneiden osalta. Poliittiseen riskiin on vaikea vaikuttaa, mutta sitä rajaa se, että hoivan yksityisen varautumisen väheneminen aiheuttaisi julkiselle taholle lisää kustannuksia.

Yksityisten vakuutusten ja sosiaaliturvan yhteensovittaminen

Yhdysvalloissa on tutkittu paljon sosiaaliturvan ja hoivavakuutusten yhteyttä. Siellä julkisesti rahoitetun hoivan piiriin pääsemiselle on matalat tulo- ja varallisuusrajat. Hoivavakuutuksista karttuneet säästöt otetaan huomioon varallisuutena, jolloin ne lisäävät todennäköisyyttä sille, että varallisuus on liian suuri julkiseen hoivaan pääsemiseksi. Lisäksi suurimmassa osassa palveluvalikoimaa yksityisten hoivavakuutusten korvaukset on käytettävä ensin palveluiden hankkimiseen, ennen kuin julkisia palveluja voi käyttää. Brown ja Finkelstein (2008) osoittavat, että nämä säännöt rajaavat pois 70–90 prosenttia vakuutusten potentiaalisista ostajista.

Lähes kaikissa osavaltioissa on tehty erityisiä poikkeuksia varallisuussääntöön siten, ettei ehdot täyttävien hoivavakuutusten (partnership programs) pääomaa laske- ta mukaan varallisuusrajaan. Tavoitteena on ollut lisätä vakuutusten hankintaa keskituloisten ihmisten piirissä. Näillä poikkeuksilla ei kuitenkaan näytä olleen merkittävää vaikutusta hoivavakuutusten kysyntään (Berquist, ym., 2018; Lin ja Prince, 2013). Tulosta tulkittaessa kannattaa muistaa, että muun varallisuuden käyttö hoivaan on edelleen näissäkin sopimuksissa pakollista, samoin kuin vakuutuskorvausten ensisijainen käyttö, ennen kuin voidaan turvautua julkisesti rahoitettuun hoivaan. Hoivavakuutusten hinnankorotuksia säädellään Yhdysvalloissa, mikä muodostaa sekin poliittisen riskin vakuutusyhtiöiden kannalta. Hintasäätely on ollut osaltaan vaikuttamassa hoivavakuutusten tarjoajien määrän supistumiseen sadasta vakuutusyhtiöstä alle 30:een (Liu ja Liu, 2019).

2.2 Tuotevariaatiot

Hoivariskin vakuuttamisen houkuttelevuutta ja riskin vakuutettavuutta on pyritty parantamaan tuotekehityksen avulla. Korvausehtojen avulla jaetaan kustannusriskejä vakuutuksenottajan ja vakuutusyhtiön välillä ja vähennetään käännteistä valikoitumista ja moraalikatkoa. Tuotteet voidaan tehdä myös sellaisiksi, että ne suojaavat useammalta riskiltä. Tosin joissakin tuoteyhdistelmissä houkuttelevuutta pyritään lisäämään kyseenalaisesti vähentämällä tuotteiden vakuutusominaisuuksia. Silloin käytetään hyväksi ajatusharhaa, jossa saamatta jäänyt korvaus koetaan tappioksi ja maksuiltaan kallis tuote, joka antaa usein tai aina korvauksia, koetaan edul-

liseksi. Yhdysvaltojen markkinoilla yhdistettyjen tuotteiden osuus myynnistä oli 84 prosenttia vuonna 2018 (Aaltci.org, 2019).

Puhdas hoivavakuutus

Hoivavakuutus otetaan toimintakyvyn heikkenemisen varalle. Sen ominaisuudet vaihtelevat esimerkiksi rahoituksen, kattavuuden ja etuuksien määräytymisen suhteen. Vakuutus voidaan rahoittaa joko vuosittaisella vakuutusmaksulla tai kertamaksulla. Vakuutustapahtuma todennetaan joko vakuutusyhtiön toimesta, tai julkisen tahon hoivatarvepäättöksen avulla. Etuuksia voidaan maksaa joko määrärajan tai elämän loppuun asti. Toisaalta korvaukset voivat olla kiinteät tai sidotut toimintakyvyn menetyksen asteeseen, hyväksytyjen kustannusten suuruuteen, tai yleiseen hintakehitykseen. Niitä voidaan rajata kuukausittaisella ylärajalla tai korvausten yhteenlasketulla maksimisummalla. Usein ne sisältävät omavastuuperiodin.

Vakuutusta voidaan myös kieltäytyä myöntämästä, jos riski on ilmeisen suuri. Tyypilliset hoivavakuutukset tarjoavat kiinteän kuukausisumman, joka perustuu maksettujen maksujen suuruuteen ja mahdollisesti hoivatarpeen asteeseen (Kessler, 2008). Maksettu korvaus on yleensä alle todellisten menojen.

Yhdistetty eläke- ja hoivavakuutus

Eläkevakuutus sitoo käytettävissä olevia tuloja tasasuuruiseksi eriksi. Tämä heikentää likviditeettiä yllättävien menojen, kuten hoivatarpeen, realisoituessa. Yhdistämällä hoiva- ja eläkevakuutus voidaan suojautua yhtä aikaa elinajan pituuden ja hoivatarpeen riskiltä. Yhdistelmävakuutus vähentää myös asiakkaiden valikoitumista, koska suuren hoivariskin omaavat hyötyvät keskimääräistä vähemmän pitkän elinajan vakuutuksesta ja toisaalta pitkään eläville hoivan tarve on keskimääräistä pienempi.

Yhdistetty vakuutus on lähtökohtaisesti sellainen, jossa hoivan tarpeen ilmaantuessa maksetaan korotettua eläkettä kuolemaan asti. Korotus voi kuitenkin olla myös määräaikainen, tai kattaa enintään vain ennalta määrätyn yhteenlasketun lisäeläkkeen. Korotus voi perustua joko toteutuneisiin kuukausittaisiin kustannuksiin (maksukattoon asti) tai olla kiinteä. Esimerkiksi Ranskassa kiinteä kuukausikorvaus on usein sidottu toimintakyvyn alenemisen määrään.

Yhdistelmävakuutuksesta on olemassa myös toinen versio, jossa sekä eläkevakuutuksen annuiteetin että hoivaosan maksaminen alkaa vasta toimintakyvyn heikkenemisen jälkeen. Tällaisen vakuutuksen ajatuksena on, että elinkustannukset ennen hoivariskin realisoitumista rahoitetaan muulla tavoin, kuten sosiaaliturvalla. Kolmannessa versiossa hoivavakuutus otetaan hoivakotiin mentäessä tai siellä oltaessa ja rahoitetaan kertamaksulla. Silloin kyse on lähinnä suojautumisesta keskimääräistä pitempään elämisen aiheuttamia hoivan lisäkustannuksia vastaan.

Yhdistetty henki- ja hoivavakuutus

Yhdistetty henki- ja hoivavakuutus sisältää maksimikorvaussumman, jonka voi käyttää riskin realisoitumisen mukaan joko hoivaan, tai henkivakuutuskorvauksiin. Hoivatarpeen ilmaantuessa säästettyä pääomaa käytetään hoivamenoihin, mutta käyttö vähentää perinnöksi jäävää määrää. Tällainen tuote (hybrid policy) on tullut suosituksi Yhdysvalloissa. Säästäjälle kalliissa tuotteessa on vain vähän hyvinvointia lisäävää vakuutusluonnetta. Kyse on lähinnä asiakkaan saamien korvausten ja vakuutusyhtiön menojen ajoituksesta.

Yhdistetty terveys- ja hoivavakuutus

Toimintakyvyn heikkeneminen liittyy usein sairauteen. Elinikien pitenemisen myötä krooniset sairaudet yleistyvät ja niiden kustannukset ikääntyneille ihmisille kasvavat. Yhdistetty terveys- ja hoivavakuutus korvaisi laajemmin kustannuksia kuin kumpikaan vakuutus erikseen ja välttäisi terveyden ja toimintakyvyn välisen erottelun vaikeudet.

Yhdistetty hoivavakuutus ja käänteinen asuntolaina

Hoivavakuutusten maksut vähentävät kulutukseen käytettävissä olevia varoja ennen hoivariskin realisoitumista. Kulutustasoa voidaan sitä ennen pitää yllä käänteisen asuntolainan avulla. Tuotteet täydentävät siten toisiaan ikääntyvän ihmisen näkökulmasta (Shao ym., 2019). Jos käänteisessä asuntolainassa on ehto, että asunto realisoidaan ja laina maksetaan pois laitokseen muuton tai kuoleman yhteydessä, myös käänteisen valikoitumisen riski vähenee tuotteita yhdistettäessä. Suuren hoivariskin omaavan asunto realisoidaan aikaisemmin ja laina-aika lyhenee.

Suomessa käänteisen asuntolainan laina-aikaa pyritään jatkamaan niin pitkään, kun asiakas haluaa asua kotonaan

ja vakuudet riittävät. Jos asiakas muuttaa palvelutaloon, asunnon voi myös kesken laina-ajan myydä tai vuokrata. Jos asiakas kuolee kesken laina-ajan, kuolinpesän osakkaat voivat myydä asunnon ja maksaa lainan pois.

2.3 Hoivavakuutusten kysyntä

Monet hoivavakuutusten tarjonnan ongelmat näkyvät vakuutusten korkeampana hintana suhteessa havaittuihin hoivan kustannuksiin. On kuitenkin viitteitä siitä, että vaikka hinnoittelu vastaisi odotettuja kustannuksia, mukaan lukien hallintokulut, vakuutusten kysyntä jäisi vähäiseksi. Seuraavassa tarkastellaan yksityiskohdaisemmin eri kysyntätekijöiden vaikutusta. Pestieau ja Ponthiere (2018) esittävät seuraavia syitä markkinoiden epäonnistumiselle.

1. Yksilöt aliarvioivat terveyden ja toimintakyvyn menetyksen riskin joko lyhytnäköisyyden tai tietämättömyyden vuoksi.
2. Potentiaaliset asiakkaat kieltäytyvät ajattelemasta epämieluisan tapahtuman todennäköisyyttä.
3. Hoivavakuutusten hinnat ovat korkeat asiakkaiden käänteisen valikoitumisen ja hallinnollisten kustannusten vuoksi.
4. Asiakkaat tai heidän perheensä valitsevat omaishoidon. Taustalla voivat olla vanhempien arvostukset hoidon suhteen tai perheen (väärinymmärretty) perintömotiivi.
5. Jotkut omaiset ja asiakkaat tietävät, että julkinen taho on velvoitettu järjestämään hoivan.
6. Vakuutusten riskienjako on vakuutusnottajalle epämieluisa esimerkiksi kiinteän korvaussumman vuoksi.

Näistä 1 ja 2 kuvaavat kotitalouksien päätöksiä, 4 ja 5 vakuutuksilla rahoitetun hoivan vaihtoehtoja ja 3 ja 6 liittyvät edellisessä luvussa käsiteltyyn vakuutusten tarjontaan. Muita kirjallisuudessa mainittuja yksilöiden päätöksentekoon liittyviä syitä vähäiselle vakuutusten kysynnälle ovat kognitiivisten kykyjen puute, kulutuksen alentunut arvostus silloin kun toimintakyky on heikentynyt (ks. kuitenkin Ameriks ym., 2015) ja tunne siitä, että vakuutuskorvaukset menetetään, kun vahinkoa ei satu (Gottlieb ym., 2019).

Hoivavakuutusten ottamista varten tarvitaan tietoa hoivariskeistä, julkisesti rahoitetusta tarjonnasta ja mark-

kinoilla olevien tuotteiden ominaisuuksista. Tietämättömyyden merkityksestä vakuutusten kysyntään ovat esimerkkinä Kanadassa tehdystä kyselystä saadut tulokset. Niiden mukaan noin kolmannes vastaajista ei tuntenut hoivavakuutuksia. Myös suurella osalla niistä, joilla oli hoivavakuutus, tuotteiden ominaisuuksien tuntemus oli heikkoa. Tutkimuksessa tehtiin lisäksi yksilötasoinen arvio hoivariskistä ja elinaikariskistä ja verrattiin niitä vastaajien omaan käsitykseen. Vastajat aliarvioivat keskimäärin kuolleisuusriskin ja toimintakyvyn odotetun menetyksen riskin, mutta eivät laitokseen joutumisen riskiä. Toisaalta hajonta vastauksissa oli hyvin suurta ja kolmannes vastaajista ei kyennyt antamaan minkäänlaista arviota hoivatarpeen todennäköisyyksistä. (Boyer ym., 2017)

Ihmisiltä saattaa myös puuttua kyky tehdä laskelmia ja päätöksiä, jotka johtaisivat hoivavakuutusten hankintaan. McGarry ym. (2016) osoittaa, että numerolukutaito on vahvasti yhteydessä vakuutusten ostopäätöksiin Yhdysvalloissa. Hoivavakuutusten ottajilla on todettu olevan myös keskimääräistä suurempi kognitiivinen kapasiteetti (McGarry ym., 2017). Myös eläkevakuutusten osalta on osoitettu, että finanssilukutaito lisää vakuutusten ottamista (Shah Goda ym., 2019).

Hoivavakuutusten ostamishalukkuus ei ole kovin herkkää odotetulle maksujen ja korvausten suhteelle. Se tulee esiin erityisesti miesten käyttäytymisessä. Vakuutusten kysynnän on havaittu jakautuvan tasaisesti eri sukupuolten kesken silloinkin, kun hinta on sama molemmille sukupuolille. Kuitenkin naisten todennäköisyys joutua hoivan piiriin ja elää siellä pitkään on huomattavasti korkeampi kuin miesten (Brown ja Finkelstein, 2009).

Vakuutusten vähäinen suosio saattaa olla myös yhteydessä ihmisten rajallisesti rationaalisiin ajatusmalleihin. Esimerkiksi eri hoivariskin todennäköisyys ja korvauksista saatava hyöty voidaan kuvata hoivavakuutuksia markkinoitaessa eri tavoin, mikä vaikuttaa hankintapäätöksiin. Näiden erilaisten kehystysten vaikutuksia ostopäätöksiin on esitelty esimerkiksi tutkimuksessa Pincus ym. (2017). Siinä kysyttiin maksuhalukkuutta hoivavakuutuksille, kun tarvetta perustellaan eri tavoin. Käytetyt kehystykset olivat seuraavat:

1. *Korkean todennäköisyyden voitto:* hoivariski on korkea, minkä vuoksi korvausten saaminen on hyvin todennäköistä.

2. *Alhaisen todennäköisyyden voitto*: jotkut ovat pitkään hoivan piirissä, jolloin on olemassa mahdollisuus hyvin suuriin elinaikaisiin korvauksiin.
3. *Korkean todennäköisyyden tappio*: hoivariski on korkea, minkä vuoksi vakuuttamatta jättäminen aiheuttaa hyvin todennäköisesti kustannuksia.
4. *Alhaisen todennäköisyyden tappio*: jotkut ovat pitkään hoivan piirissä, jolloin on olemassa mahdollisuus hyvin suuriin elinaikaisiin kustannuksiin.
5. *Emotionaalinen voitto*: Tunteisiin vetoava esimerkkikertomus siitä, miten nimetyn henkilön kävi, kun oli hankittu hoivavakuutus ja tarve realisoitui.
6. *Emotionaalinen tappio*: Tunteisiin vetoava esimerkkikertomus siitä, miten nimetyn henkilön kävi, kun hoivavakuutusta ei ollut hankittu ja tarve realisoitui.

Tutkijat tekivät kyselyn, jossa ensin kuvattiin yksi näistä skenaarioista ja sen jälkeen kysyttiin, kuinka paljon vastaajat olisivat valmiita maksamaan kuukaudessa tavanomaisiin ehdoin myönnettävästä hoivavakuutuksesta. Ideana oli selvittää, toimiiko markkinoinnissa usein käytetty korkean todennäköisyyden tappion korostaminen. Lopputuloksena oli, että tämä yleinen strategia tuotti odotetusti joko alhaisimman tai toiseksi alhaisimman maksuhalukkuuden. Sen sijaan emotionaalinen kehystäminen tuotti korkeimman maksuhalukkuuden.

Toisessa tutkimuksessa (Gottlieb ja Mitchell, 2019) selvitettiin vaikuttaako kapea kehystäminen (narrow framing) hoivavakuutusten maksuhalukkuuteen. Kapealla kehystamisellä viitataan yleensä käyttäytymiseen, jossa kuluttajan suhtautuminen riskiin riippuu siitä, miten informaatio esitetään. Tutkimuksessa käytettiin kyselyä, jossa sama kuvitteellinen tilanne kehystettiin joko henkiinjäämisen tai kuoleamisen todennäköisyyden avulla. Jos vastaaja muutti valintaansa sen mukaan, kumpaa kehystää käytettiin, luokiteltiin hänet sellaiseksi, joka on altis kapealle kehystämislle. Tällaisella yksilöllä oli huomattavasti pienemmällä todennäköisyydellä hoivavakuutus kuin muilla vastaajilla.

Hoivavakuutuksen tarve on pienempi, jos ikääntyvällä on mahdollisuus omaishoivaan kotona tai jos omaiset voivat täydentää laitoshoidon palveluja. Toisaalta omaishoidolla on vaihtoehtokustannus, joka on sama kuin markkinoilta ostetun vastaavan hoivan hinta. Taloudellisesta näkökulmasta ostetun hoivan hintaa tulisi ver-

rata omaishoitajan vapaa-ajan arvostukseen tai saatavilla oleviin työtuloihin.

Omaishoito on yhteydessä myös perintömotiiviin sitä kautta, että hoivaa voidaan antaa ja saada lahjoja ja tulevaa perintöä vastaan. Tutkimustulokset ovat tästä ristiriitaiset. Yhdysvaltalaisella aineistolla löytyi tulos, jonka mukaan hoidettavat antoivat omaishoitajina toimiville lapsilleen enemmän lahjoja (Norton ym., 2013), mutta eurooppalaisella aineistolla tehdyssä tutkimuksessa omaishoitajan perinnöt olivat jopa pienemmät kuin muiden sukulaisten (Jiménez-Martín ja Vilaplana Prieto, 2015).

Perintömotiivin pitäisi lähtökohtaisesti lisätä hoivavakuutusten kysyntää, koska sen avulla saadaan paremmin varmistettua sekä vanhuuden ajan hoivan taso että suunnitellun suuruinen perintö. Ilman vakuutusta voi käydä niin, että ikääntyneen kulutus jää suunniteltua pienemmäksi hoivatarpeen ilmaannuttua, tai perintö jää suunniteltua suuremmaksi, kun hoivakustannuksia ei syntyneenkään.

Hoivavakuutuksia voidaan ottaa myös sen vuoksi, ettei haluta lähiomaisten antamaa hoivaa, tai olla vaivaksi. Toisen mahdollisuus on olla ottamatta vakuutus, koska halutaan saada omaishoivaa, jota pidetään parempana kuin ulkopuolisen antamaa. On myös mahdollista, että vakuutuksen olemassaolo vaikuttaa lasten päätökseen etsiä laitospaikka vanhemmilleen.

Hoivavakuutusten pitkä aikahorisontti ja vakuutusyhtiöiden rajalliset kyvyt suojautua riskejä vastaan voivat olla konkurssiriskin vuoksi myös itsenäinen syy jättää ottamatta vakuutuksia (Brown ym., 2012). Konkursiin menneestä vakuutusyhtiöstä ei saa välttämättä kaikkia säästöjään takaisin. Esimerkkinä toteutuneesta konkurssiriskistä on yhdysvaltalaisen Penn Treaty hoivavakuutusyhtiön tapaus, jossa väärät oletukset vakuutusten keskeytyksistä, korvausten määrästä, kuolevuudesta ja korkotasosta johtivat yrityksen kaatumiseen (Mohey-Deen ja Rosen, 2018).

3 Hoivan tarve ja nykyinen varautuminen Suomessa

3.1 Väestön ikärakenne ja ikääntyneen väestön kuntoisuus

Väestö on ikääntynyt Suomessa jo vuosikymmenien ajan, mutta suurimmat muutokset ovat vielä edessäpäin. Kokonaishedelmällisyysluku on Suomessa ollut 60-luvun lopulta asti alle väestön uusiutumistason. 2000-luvulla maahanmuutto on kompensoinut merkittävästi syntyvyyden laskua. Myös elinaikojen pidentyminen on tukenut väestönkasvua, mutta samalla ikääntynyt väestörakennetta.

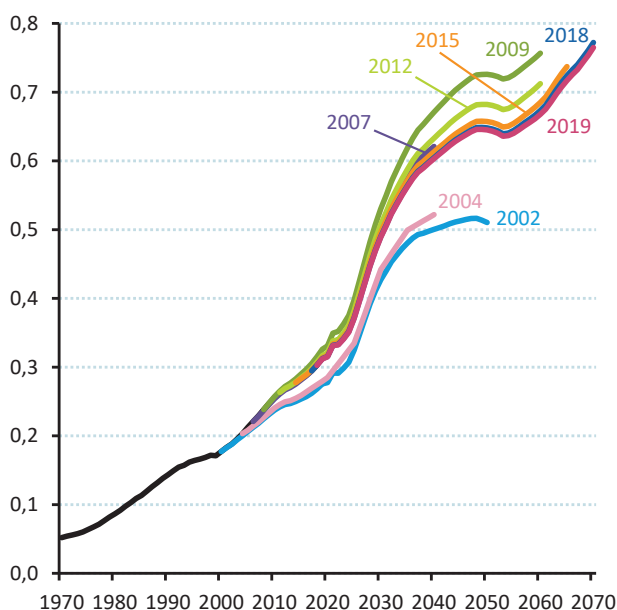
Kuluvan vuosikymmenen aikana tapahtunut poikkeuksellinen syntyvyyden lasku on tuonut näkyville sen, että väestömuutoksia on vaikea ennakoida, ja niiden syitä on joskus vaikeaa tietää edes jälkeensä. Tämä asettaa haasteen politiikalle. Tilastokeskuksen vuoden 2019 väestöennusteen toteutuminen aiheuttaisi radikaalin yhteiskun-

nallisen muutoksen pitkällä aikavälillä: alle 70-vuotiaiden määrä supistuisi yli 920 000 hengellä ja yli 70-vuotiaiden määrä kasvaisi lähes 590 000 hengellä vuoteen 2070 mennessä. Väkiluku, jonka kasvu on jo muutamia vuosia ollut maahanmuuton varassa, kääntyisi laskuun jo 2030-luvulla.

Kuviosta 1 nähdään, että 2000-luvun alun ennusteet elinikien pidentymisen hidastumisesta osoittautuivat nopeasti vääriksi. Suurten ikäluokkien ikääntyminen tulee hyvin todennäköisesti kaksinkertaistamaan yli 80-vuotiaiden määrän seuraavan parinkymmenen vuoden aikana, ja vanhimpien ikäluokkien koon kasvu jatkunee sen jälkeenkin elinaikojen pitenemisen vuoksi. Samaan aikaan hoivariskejä lisäävä vanhusten yksinasuminen yleistyy. Vanhustenhoidon kannalta kuvattu tulevaisuus merkitsee kahta asiaa: kustannukset tulevat kasvamaan ja hoivaan tarvitaan huomattavan paljon lisää työvoimaa, vaikka vanhusten kuntoisuus kohenisi ja työtä korvattaisiin automaatiolla.

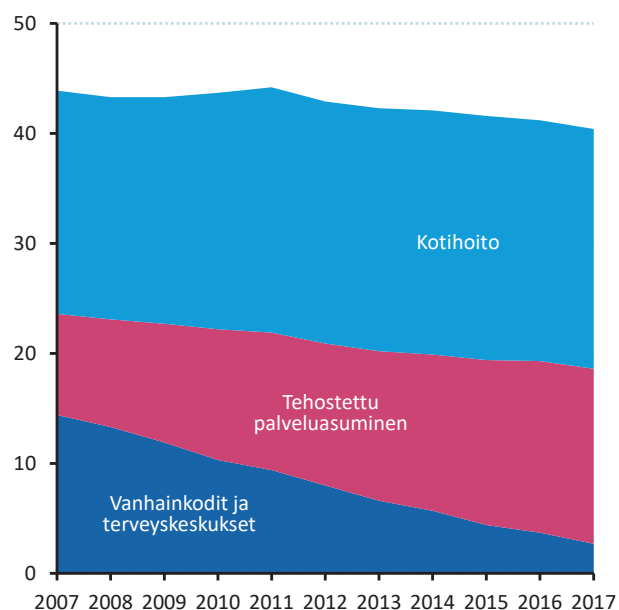
THL:n tilastojen (Sotkanet) mukaan säännöllisen kotihoiton asiakkaina oli 21,8 prosenttia yli 85-vuotiaista

Kuvio 1 80+ vanhusten määrä tulevaisuudessa eri aikoina tehdyissä väestöennusteissa, milj. henkeä



Lähteet: Tilastokeskus, Etlan laskelmat.

Kuvio 2 Yli 85-vuotiaat asiakkaat eri palvelujen piirissä, prosenttia ikäryhmästä



Lähteet: Sotkanet, THL.

vuoden 2017 marraskuun lopussa. Samaan aikaan tehostetun palveluasumisen piirissä oli 15,9 prosenttia ja vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa oli 2,7 prosenttia ikäryhmästä (tässä raportissa näistä asumismuodoista käytetään jatkossa joko termiä laitoshoido tai ympärivuorokautinen hoito). Vanhuspalveluja käytti siis yhteensä noin 40 prosenttia vanhimmista ikäryhmistä.

Ympärivuorokautisessa hoidossa olleiden osuus yli 85-vuotiaista on laskenut 2000-luvun ajan. Samaan aikaan kotihoidon osuus on hieman kasvanut, mutta ei niin paljon, että palveluiden piirissä olleiden kokonaisosuus olisi pysynyt ennallaan. Näitä lukuja tulkittaessa kannattaa muistaa, että tämän ikäryhmän sisälläkin tapahtuu koko ajan ikääntymistä. Yli 95-vuotiaiden määrä on kasvanut 2000-luvulla keskimäärin 6 prosenttia vuodessa, mikä on kolminkertaistanut näiden vanhimpien ihmisten joukon.

Keskeinen kysymys tulee olemaan ikääntyneiden tuleva terveys ja toimintakyky. Vanhusten kuntoisuudesta on vaikea löytää kattavaa tietoa. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokeneiden osuus yli 75-vuotiaasta väestöstä on laskenut lähes 10 prosenttiyksiköllä vuosien 2013 ja 2018 välisenä aikana (Sotkanet). Toisaalta sairauksien yleisyys ja toimintakyky on säilynyt suunnitteen ennallaan yli 90-vuotiailla (Jylhä ym., 2013). Työntekijöille tehtyjen kyselyjen mukaan erityisesti muistisairaiden osuuden kasvu on lisännyt hoitotarpeita sekä koti- että laitoshoidossa (Kröger ym., 2018). Toistaiseksi näyttää siltä, että raskaimman hoiva- ja hoitotarpeen vuodet keskittyvät lähelle kuolemaa (Forma ym., 2018). Elinikien pidentyessä diagnoosien lukumäärä on lisääntynyt ja laitoshoido on yleistynyt elämän viimeisen puolen vuoden aikana (Aaltonen ym., 2017).

Kun hoitomuodot oli aiemmin porrastettu niin, että terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa olivat hoitoisuudeltaan vaativimmat ja palveluasumisessa vähiten vaativat asiakkaat, niin kuviossa 2 näkyvä asiakaskunnan voimakas siirtyminen tehostettuun palveluasumiseen on heikentänyt asiakkaiden keskimääräistä kuntoa tässä asumismuodossa.

Omaishoito tulee kunnille halvemmaksi kuin kuntien järjestämät palvelut, ja siksi sitä tuetaan. Tukijärjestelmä koostuu hoidon raskauteen sidotusta hoitopalkkiosta,

hoidettavalle annetuista sosiaali- ja terveyspalveluista, sekä omaishoitajalle suunnatuista koulutus- sekä sosiaali- ja terveyspalveluista ja lomista. Hoitopalkkion mitoitusta on sellainen, että se auttaa ikääntynyttä puolisoa tukemaan kotona asumista, mutta ei korvaa työikäisen lapsen menetettyä tuloa. Lasten tarjoaman omaishoivan saatavuus on tullut epävarmemmaksi opiskeluihin ja työpaikkoihin liittyvien muutosten lisääntymisen myötä. Eläkeiän myöhentyminen saattaa aiheuttaa sekin ongelmia lasten tarjoaman hoivan saatavuudelle, toisaalta myös avun tarve tulee keskimäärin myöhäisemmässä iässä kuin aiemmin. Laitoshoidon tarvetta lisäävä yksinasuminen on lisääntynyt. Miesten ja naisten elinikien lähentyminen on toisaalta helpottanut jonkin verran omaishoidon saatavuutta, mutta sen jatkumisesta ei ole varmuutta (Alho, 2016).

3.2 Kotitalouksien yksityinen varautuminen vanhuuden varalle

Yksityisellä vastuulla olevien hoivamenojen rahoitus koostuu lähinnä eläketuloista, pääomatuloista, varallisuuden purkamisesta ja yksityisten vakuutusten korvauksista. Pääosa yksityisestä terveydenhoidosta rahoitetaan suoraan asiakasmaksuilla tai yksityisen sairaus- tai tapaturmavakuutuksen korvauksilla. Kotihoidon osalta merkittävässä osassa on omaishoito, joka täydentää ja korvaa sekä julkisesti rahoitettuja palveluja että yksityistä säästämistä.

Verotus ohjaa kerryttämään varallisuutta omistusasunnon muodossa, sillä vuokra-asumisen verotus on paljon kireämpää kuin omistusasumisen verotus.¹ Samaan suuntaan vaikuttaa asiakasmaksulainsäädäntö, joka ei huomio omistusasumisesta saatavaa laskennallista asuntotuloa asiakasmaksua kasvattavana tekijänä. Asuntosäästämistä ei yleensä tehdä yllättävien menojen varalle (Nakajima ja Telyukova, 2018), vaikka varallisuuden purkamisen esimerkiksi käänteisten asuntolainojen avulla olisi mahdollista erityisesti asutuskeskuksissa.

Myös pitkäaikaista finanssisäästämistä tuetaan verotuksellisesti suhteessa lyhytaikaiseen säästämiseen. Uusien PS-tilien ja yksilöllisten eläkevakuutusten suosio on silti vähäistä, mikä saattaa johtua niihin liittyvistä nostorajoituksista. Toisaalta aitoja yksilöllisiä eläkevakuutuksia ei ole ollut edes tarjolla tai ainakaan niitä ei ole markkinoitu.

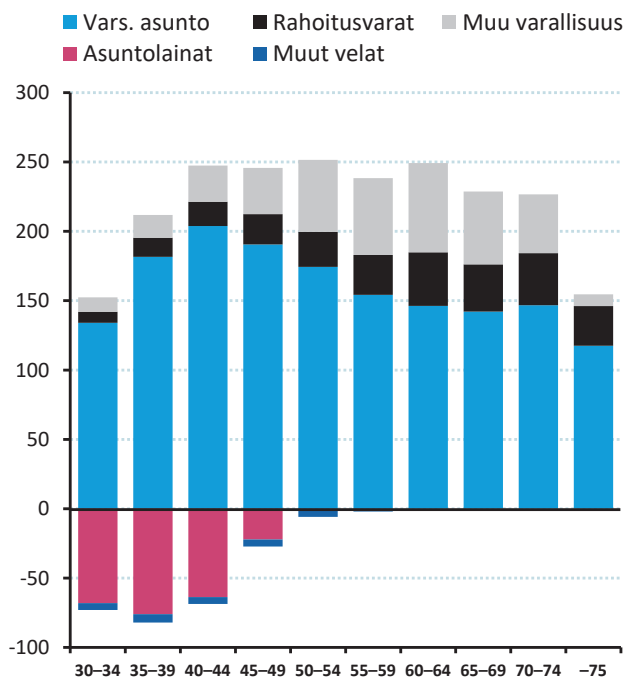
Kuviossa 3 kuvataan kotitalouksien varallisuuden jakautumista ikäryhmittäisten mediaanien avulla. Lähteenä on Tilastokeskuksen vuoden 2016 varallisuustutkimus. Kuvion esittämät varallisuuserät vastaavat kyseisen varallisuuserän mediaania. Vaikka kuvion taustalla on yhden vuoden poikkileikkausaineisto, siinä on näkyvissä elinkaaren vaiheille tyypillinen varallisuuskäyttäytyminen. Ikävälillä 30–45 otetaan lainaa asuntoa varten, ja asuntojen koko kasvaa perheiden myötä. Keski-ässä rahoitusvarojen ja muun varallisuuden, kuten sijoitusasuntojen ja kesämökkien osuus varallisuudesta kasvaa. Varallisuuden purkamisesta ei näy juuri merkkiä muissa kuin mahdollisesti vanhimmissa ikäluokissa. Niidenkin osalta kuviossa näkyvää pienempää varallisuutta saattavat selittää matalammat elinkaaritulot ja asuntojen sijoittuminen osin alueille, joilla sen arvonnousu on keskimääräistä hitaampaa.

Jos kuvio 3 olisi tehty mediaanien sijaan ikäryhmittäisistä keskiarvoista, muiden varallisuuserien kuin varsinaisten asuntojen osuus olisi huomattavasti suurempi. Tämä johtuu siitä, että suurituloisilla, jotka vaikuttavat paljon keskiarvolukuihin, muun varallisuuden osuus on suurempi.

Kuviossa 4 ovat varallisuusjakaumien mediaanit eri tulo- luokissa: suurituloisilla asuntojen osuus varallisuudesta pienenee, vaikka niiden arvo kasvaa. Verrattuna vuoden 2009 varallisuustutkimukseen tiedot osoittavat sekä velkojen että varallisuuden kasvaneen hieman. Erot heijastavat lähinnä asuntojen arvonnousua. Kaikkein varakkaimilla myös muun omaisuuden arvo on noussut.

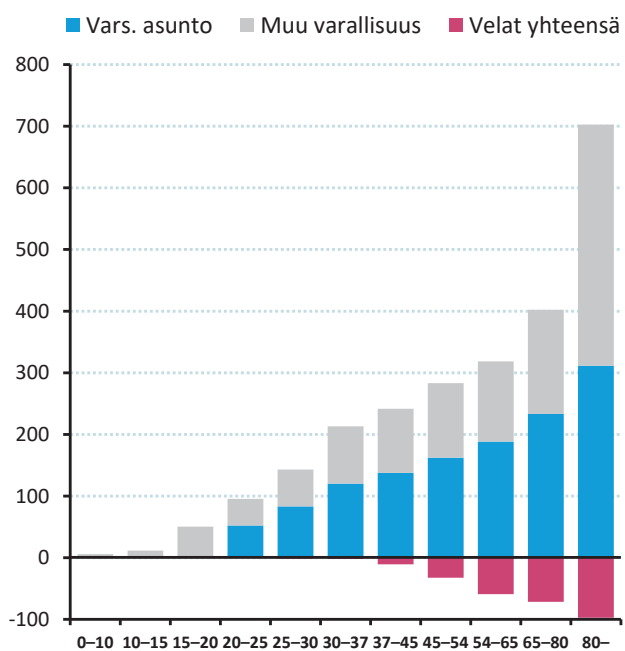
Jos vanhuuseläkkeelle siirtyneen kotitalouden mediaaniarvoltaan noin 150 000 euron asunto purettaisiin eläkkeen täydennykseksi, saataisiin jokaiselle odotettavissa olevalle noin 20 elinvuodelle yli 7 000 euroa lisää rahaa. Se olisi huomattavan suuri lisäys vanhuuseläkkeensaajien keskimääräiseen kokonaiseläkkeeseen, joka oli vuoden 2018 lopussa 1 763 euroa kuukaudessa (Eläketurvakeskus, 2019).

Kuvio 3 Varallisuuden ja velkojen jakautuminen ikäryhmittäin, mediaani, tuhatta euroa



Lähde: Tilastokeskus, varallisuustutkimus 2016.

Kuvio 4 Varallisuuden ja velkojen jakautuminen tuloryhmittäin, mediaani, tuhatta euroa



Lähde: Tilastokeskus, varallisuustutkimus 2016.

4 Julkisen tahon ja markkinoiden syntymisen vuorovaikutus Suomessa

4.1 Julkinen hoito- ja hoivalupaus ja sen rahoituksellinen kestävyys

Vanhuuden ajan hyvinvoinnin turvaaminen on ajateltu hyvinvointivaltioissa yhteiskunnan tehtäväksi. Suomen perustuslaissa edellytetään julkisen tahon turvaavan kohtuulliset terveys- ja sosiaalipalvelut. Tätä turvaamaan on kehitetty lakisääteinen eläkejärjestelmä sekä julkisen sektorin järjestämät ja rahoittamat palvelut. Julkiset palvelut ovat kuitenkin budjettirajoitteen vuoksi lähtökohtaisesti laadultaan ja saatavuudeltaan heikommat kuin mihin osa asiakkaista olisi tyytyväisiä, eikä lakisääteisen eläkejärjestelmän tarjoama tulovirta välttämättä riitä täydentävien palvelujen rahoittamiseen.

Terveydenhuollon julkinen rahoitus toteutuu Suomessa nyt monen kanavan kautta. Verotuloilla rahoitetaan julkista terveydenhuoltoa, työmarkkinaosapuolilta kerättävillä Kelan maksuilla työterveyshuoltoa ja sairausvakuutuskorvauksilla pieni osa yksityisen hoidon kustannuksista. Kuntien vastuulla oleva ikääntyneiden hoito ja hoiva rahoitetaan useista lähteistä. Kunnat saavat verotuloja ja asiakasmaksuja asukkailtaan ja vanhustenhuollon laskennalliseen tarpeeseen perustuvia valtionosuuksia valtiolta.

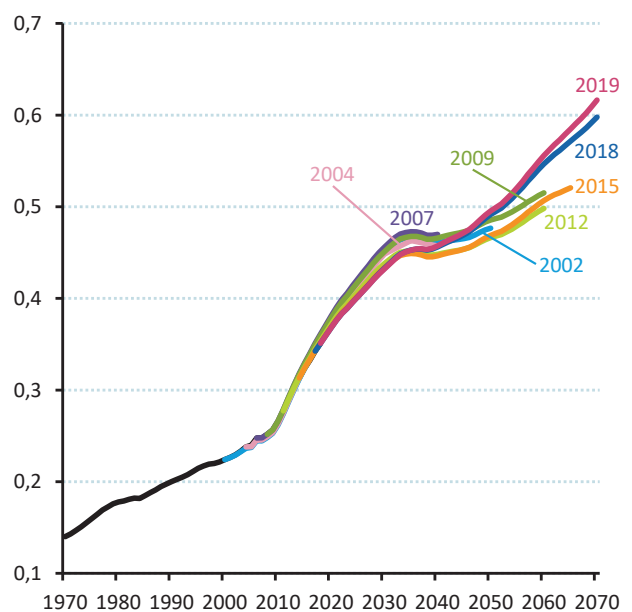
Kuntien osaoptimointia pidetään merkittävänä syynä siihen, että ympärivuorokautisessa hoivassa ollaan siirtymässä vähitellen lähes kokonaan palveluasumiseen. Vanhainkodissa kunta rahoittaa kaikki hoidon kustannukset, joita asiakasmaksu ei kata. Palvelutalossa asuva maksaa sen sijaan asumisestaan, muusta ylläpidostaan ja lääkkeistään itse, mutta saa eläkkeensaajan asumistukea, hoitotukea ja sairaanhoitokorvauksia Kelalta. Näin palveluasuminen tulee halvemmaksi kunnalle. Sama perustelu koskee jossakin määrin myös kotihoidon osuuden kasvattamista, joka on siirtänyt kustannuksia vanhustenhuollosta osin erikoissairaanhoidon kannettavaksi. Kotihoito lisää sairaalapalvelujen käyttöä verrattuna laitoshoidon (Lumio, 2015). Tätä osaoptimointia pyritään tulevaisuudessa vähentämään siirtämällä palvelut maakunnan budjetin al-

le, mutta vasta julkisten sote-menojen rahoitusuudistuksessa toteutettava mahdollinen monikanavarahoituksen purkaminen tulee selvittämään eri osapuolien kannusteet siirtää rahoitusvastuuta.

Nykyinen kuntapohjainen perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestäminen ja rahoitus on tuottanut tilanteen, jossa palvelujen saatavuus, laatu ja hinta voivat vaihdella kuntarajan eri puolilla merkittävästikin. Ikääntyneille suunnatun kyselyn tulokset osoittavat, että päivittäiset avuntarpeet jäävät tyydyttämättä 20–25 prosentilla yli 75-vuotiaista (Kröger ym., 2019).

Lisäksi kuntien pitkän aikavälin väestö- ja talousnäkömät vaihtelevat paljon. Nykyisen palvelujen järjestämisen ja rahoitusmallin jatkaminen on kestämatöntä monelle ikääntyvälle kunnalle. Kuntakohtaiset erot palveluissa ja niiden hinnoissa ja tulevaisuudennäkymissä haittaavat yksityistä varautumista, sillä ihmiset eivät tiedä millaisia ja minkä hintaisia julkisia palveluita heidän tulisi varautua täydentämään. Kovin täsmällistä lupausa palveluiden sisällöstä ei voi antaa (Kalliomaa-Puha ja Kangas, 2015), mutta jo kuntakohtaisten erojen väheneminen olisi iso edistysaskel.

Kuvio 5 Tilastokeskuksen eri aikoina tekemät ennusteet ikäsuhteesta



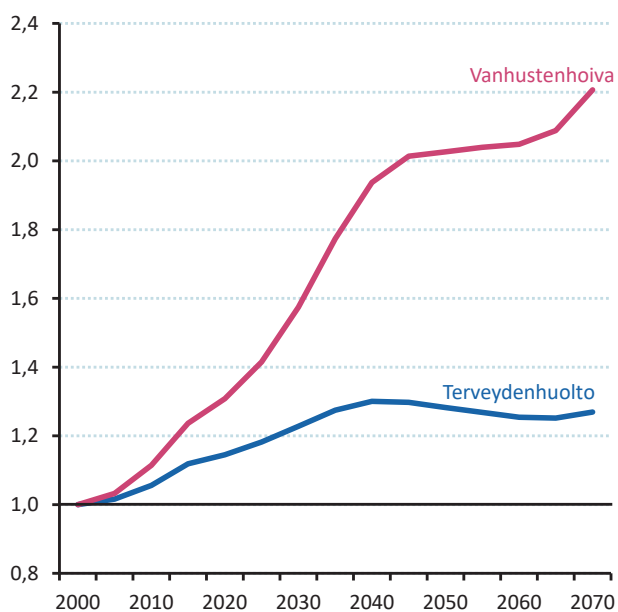
Lähteet: Tilastokeskus, Etlan laskelmat.

Julkisen talouden pitkän aikavälin haasteet viittaavat siihen, että merkittävään julkisesti rahoitetun hoivan laadun parantamiseen on vaikea löytää kestävää verorahoitusta myöskään valtiolta. Väestön ikääntyminen lisää verotulojen tarvetta ja vähentää maksajia. Kuviossa 5 nähdään, että ennusteet eläkeikäisten ja työikäisten suhteesta ovat heikentyneet ajan mittaan. Suuret ikäluokat ovat jo siirtyneet maksajista saajien puolelle. Nykyisen poikkeuksellisen vähäisen syntyvyyden jatkuminen heikentäisi merkittävästi hyvinvointiyhteiskunnan rahoitus pohjaa vuosisadan puolivälin jälkeen. Suurten ikäluokkien kuoleamisen jälkeen ikäsuhdetta heikentää erityisesti työikäisten ikäluokkien pieneneminen.

Hoivan kustannuksia on pyritty arvioimaan kytkemällä nykyiset ikäryhmittäiset terveydenhuollon ja vanhustenhoivan menot väestöennusteeseen. Tutkimusten mukaan näin saatu arvio kustannuksista liioittelee kuitenkin väestön ikääntymisen ja menojen yhteyttä, koska osa kustannuksista on sidoksissa kuoleman läheisyyteen. Nämä menot lykkääntyvät elinikien pidentyessä.

Kuviossa 6 on esitetty kuolemanläheisyyden vaikutuksen huomioivat terveys- ja hoivakysyntää kuvaavat indeksit,

Kuvio 6 Terveydenhuollon ja vanhustenhoivan kysyntä, ind. 2000=1



Lähde: Lassila ja Valkonen (2019).

joissa vuoden 2000 menoja on kuvattu ykkösellä. Kuviossa näkyy, että vanhustenhoivan tarve lähes kaksinkertaistuu nykyisestä pitkällä aikavälillä. Jos kuviota haluttaisiin tulkita tulevien kustannusten nousun näkökulmasta, siihen tulisi ottaa mukaan arvio palkkojen ja hintojen nousun, laadun parantamisen ja kalliimman teknologian vaikutuksista hoivan kustannuksiin.

Julkinen talous on rahoituksellisesti kestävä silloin, kun veroasteessa ei ole nousupainetta nykyisillä etuussäänöillä ja julkisen sektorin varallisuus suhteessa velkoihin pysyy ennallaan. Etlassa syksyllä 2019 tehtyjen laskelmien mukaan väestön ikääntymisestä johtuva julkisen talouden kestävyysvaje on noin 3 prosenttia bkt:stä. Jos siis tilanne korjattaisiin heti niin, että julkisen talouden rahoitus saataisiin odotusarvoisesti kestäväksi, välitön tasapainotus tarve olisi noin 7 miljardia euroa. Kestävyyslaskelmassa oletetaan muun muassa, että sosiaali- ja terveydenhuollossa ei toteuteta kustannuksia lisäävää laadun parantamista ja että vuonna 2017 voimaan tullut eläkeuudistus pidentää työuria ennakoitusti. Laskelma on tehty Tilastokeskuksen vuoden 2019 väestöennusteen pohjalta.

On selvää, että pitkän aikavälin väestöennusteeseen, samoin kuin muihin laskelman oletuksiin, liittyy huomattavaa epävarmuutta. Todellisuus voi realisoitua kestävyysvajeen kannalta joko parempana tai heikompana kuin laskelmissa on oletettu.

4.2 Asiakasmaksut

Kunnilla on nykyisen asiakasmaksulain mukaan huomattavan suuret vapaudet päättää kotihoidosta ja pitkäaikaishoidosta perittävien maksujen suuruus. Pääperiaatteiden mukaan laki ja siihen liittyvä asetus määrittelevät vain enimmäismaksujen määräytymisperusteet, eivätkä perityt maksut saa ylittää tuotantokustannuksia. Pitkäaikaisista palveluista peritään tulosidonnainen ja lyhytaikaisista tasasuuruinen maksu.

Vanhainkodeissa ja pitkäaikaishoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla olevalta peritään vuonna 2019 asiakasmaksua enintään 85 % nettokuukausituloista kuitenkin niin, että henkilökohtaiseen käyttöön jää kuukausittain vähintään 107 euroa. Jos pienituloisempi puoliso jää kotiin, maksu on enintään 42,5 % yhteisistä nettotuloista. Jos suurituloisempi jää kotiin, maksu määräytyy laitok-

sessä olevan tuloista. Tulojen suuruutta laskettaessa huomioidaan sekä verotettavat ennakonpidätyksen jälkeiset nettotulot että verottomat tulot lukuun ottamatta tiettyjä sosiaalietuuksia.

Voimassa olevassa asiakasmaksulaisissa ei ole nimenomaisia säännöksiä palveluasumisen maksuista. Käytännössä kuitenkin palveluasumisen piirissä oleva maksaa erikseen asumiskustannuksista ja palveluista. Kunnan järjestämistä palveluasumisesta perittävät maksut ovat yleensä tulosidonnaisia. Hoiva- ja hoitopalveluista sekä ateria- ja muista palveluista peritään asiakasmaksuja, joiden määrätymisperusteet pohjautuvat joissakin kunnissa kotona annettavan palvelun maksujärjestelmään ja joissakin pitkäaikaisen laitoshoidon maksujärjestelmään. Asiakasmaksun lisäksi myös asiakkaan vähimmäiskäyttövaran suuruus vaihtelee, sillä siitäkään ei ole säädetty asiakasmaksulainsäädännössä.

Kotipalveluista perittävä kuukausimaksu määräytyy hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatun palvelumäärän ja eri palveluista muodostuvan kokonaisuuden perusteella. Vanhusten kotipalvelu ja palveluasuminen voivat sisältää käytännössä saman sisältöistä palvelua, josta kuitenkin peritään maksut eri perustein. Maksut on tyypillisesti sidottu bruttotuloihin, kun kyse on kotona säännöllisesti annetuista pitkäaikaisista palveluista.

Edellisen eduskunnan käsittelyssä olleessa mutta rauenneessa asiakasmaksulakiesityksessä laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen maksujen sekä kotipalvelujen, kotisairaanhoidon ja tavallisen palveluasumisen asiakasmaksuja olisi yhtenäistetty. Asiakasmaksua määritettäessä huomioon otettavat tulot olisivat olleet jatkuvia tai vuosittain toistuvaksi suunniteltuja (Asiakasmaksulakiesitys, 2018). Tällä perusteella elinikäisten vakuutusten, kuten yksilöllisen eläkevakuutuksen ja hoivavakuutuksen kuukausittaiset korvaukset olisi laskettu tuloksi asiakasmaksua määritettäessä. Tämän korvausten siirtämisen kunnalle olisi voinut ilmeisesti kiertää maksamalla korvaukset vain muutaman kerran vuodessa.

Hoivavakuutusten osalta toinen mahdollisuus olisi, että korvaus annettaisiin suoraan palveluna. Sekin olisi ongelmallista, koska se edellyttäisi vakuutusyhtiöltä hoidon ja hoivan järjestämistä ja rahoittamista ja vakuutusyhtiö saisi kannettavakseen pitkälle tulevaisuuteen ulottuvan riskin yksikkökustannusten kasvusta. Lakiesityksen hy-

väksyminen olisi siten todennäköisesti heikentänyt merkittävästi elinikäisten hoivavakuutusten ja eläkevakuutusten markkinoiden syntymismahdollisuuksia.

4.3 Pitkäaikaisen säästämisen verotus

Pitkäaikaisessa säästämässä on usein pyritty tuoton verotuksen neutraalisuuteen, jolloin verotus ei vaikuta säästettyyn määrään. Jos maksun verovähenteisyyttä, pääomatulojen verotusta säästämisaikana ja korvausten verollisuutta kombinoidaan sopivasti, verotus ei vaikuta säästämispäätöksiin. Pitkäaikaisen säästämisen kevyempää verotusta puolustellaan neutraalisuuden lisäksi sillä, että verotus vie sitä suuremman osan tuotosta mitä pitempään kulutusta lykätään. Myöskään yleiseen inflaatioon perustuvaa osaa tuotosta ei pitäisi verottaa.

Neutraaleja malleja on kolme. Ensimmäinen niistä on EET (exempt-exempt-taxed), jossa maksuilla on verovähennysoikeus, tuotto on verotonta säästämisjaksolla ja pääoma ja tuotto ovat verolliset niitä nostettaessa. Toinen on TtE, jossa maksuja ei voi vähentää, säästöaikana saaduista tuotoista riskitöntä tuottoa vastaava osa on verotonta ja pääoma ja sen tuotto ovat verottomia nostettaessa. Molemmissa näissä malleissa riskittömän tuoton ylittävä osa tulee verolle. Kolmantena neutraalina mallina on TEE (taxed-exempt-exempt), joka ei salli maksujen verovähennystä, mutta jättää kokonaan verottamatta pääoman ja sen tuoton. Vaihtoehdot EET ja TeE ovat vakuutetulle yhtäläiset, jos verovähennysten suuruutta määriteltäessä ja etuuksien verotuksessa sovelletaan samaa suhteellista veroastetta. TEE-malli jättää sen sijaan myös riskittömän ns. normaalituoton ylittävät tuotot verottamatta (Mirrlees ym., 2011).

Esimerkkeinä EET-mallista ovat Suomessa sovellettava PS-sopimusten ja yksilöllisten vapaaehtoisten eläkevakuutusten verotus. Molempien verotuksessa vakuutusmaksut vähennetään ensisijaisesti pääomatuloista, mutta jos ne eivät riitä, 30 prosenttia vähentämättä jääneistä maksuista voidaan vähentää alijäämähyvityksenä ansiotulojen veroista. Maksuja voi vähentää vuosittain yhteensä 5 000 euroa. Maksetut korvaukset verotetaan pääomatuloina. Uusissa PS-sopimuksissa ja eläkevakuutuksissa alin nostoikä on syntymävuoden mukaan 68–70 vuotta ja nostot on jaettava vähintään 10 vuodelle.

Jos työnantaja maksaa työntekijän ottaman vapaaehtoisen yksilöllisen eläkevakuutuksen tai PS-sopimuksen maksuja, maksut ovat työntekijän palkkaa. Työntekijä ei kuitenkaan voi vähentää palkaksi luettuja maksuja verotuksessaan. Toisaalta työnantajan ottaman kollektiivisen eläkevakuutuksen vakuutusmaksut eivät pienennä työntekijän itse ottaman vapaaehtoisen yksilöllisen eläkevakuutuksen tai PS-sopimuksen maksujen vähennysoikeutta (Verohallinto, 2019).

Kertamaksullisten eläkevakuutusten rankaiseva vero-kohtelu poistuu vuoden 2020 alusta. Jos vapaaehtoisissa eläkevakuutuksissa maksuja ei vähennetä verotuksessa, kertynyttä pääomatuloa verotetaan pääomatuloveroprosentin mukaan. Määräaikaisissa vapaaehtoisissa eläkevakuutuksissa vakuutussuorituksesta on pääomatulose suhteellinen osa, joka maksuhetkellä vastaa tuoton osuutta säästömäärästä.

Elinikäisen eläkevakuutuksen perusteella verovuonna maksetusta eläkkeestä katsotaan veronalaiseksi pääomatuloksi se osa, joka ylittää maksettujen vakuutusmaksujen määrän jaettuna vakuutetun ikäisen henkilön elinajanodotteella sinä vuonna, jona eläkkeen maksaminen alkaa. Ajatuksena on, ettei vakuutuksenottajalle tulevaa korvausta pitkäikäisyydestä veroteta. Eläke- ja hoivavakuutuksessa olisikin vaikea löytää perustetta sen osan verottamiselle, joka perustuu vakuutusmaksujen uudelleenjakoon niiden välille, joille sattuu vakuutustapahtuma ja joille sitä ei satu. Jos tätä korvauksen osaa verotettaisiin, symmetrinen verotus edellyttäisi silloin verohyvitystä niille, jotka eivät saa vakuutuskorvausta. Siltä osin uudessa lainsäädännössä on päädytty oikeaan ratkaisuun.

Kertamaksullisten eläkevakuutusten verotukseen syntyy talletuksiin tai suoriin osakesijoituksiin verrattuna veroetua vain siitä, että tuottojen verotus lykkääntyy nostohetkeen. Veroetu on samanlainen kuin esimerkiksi osakerahastoissa, mutta huomattavasti pienempi kuin PS-tileillä tai yksilöllisissä eläkevakuutuksissa, joissa verotus ei vaikuta valintaan nykyisen ja tulevan kulutuksen välillä. Tämä verotuksen neutraalisuus säästämiskannusteiden suhteen perustuu siihen, että maksut ovat PS-tileillä tai yksilöllisissä eläkevakuutuksissa verovähenteiset pääomatuloveroprosentin mukaan ja eläkkeitä verotetaan samalla veroprosentilla. Verovähennys jättää näin asiakkaan käyttöön rahamäärän, joka säästettynä ja sijoitettuna riittää keskimäärin eläkkeiden verojen maksuun.

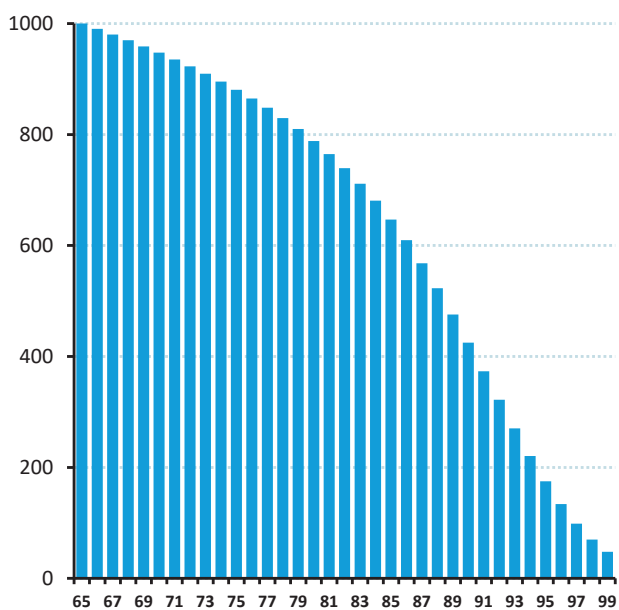
5 Elinaika- ja hoivariskien suuruus ja vakuutusten hinta

Se, kuinka paljon vakuutukset voivat lisätä hyvinvointia, riippuu osin riskien suuruudesta. Toisaalta, vakuutuksen hinnan tulee kattaa ainakin ennakoitu keskimääräinen vakuutuskorvaus. Tässä luvussa kuvaamme elinaja- ja hoivariskien suuruutta, arvioimme karkeasti erilaisten eläke- ja hoivavakuutusten hintaa ja havainnollistamme vakuutusten hyödyllisyyttä esimerkkien avulla.

5.1 Elinakariski ja eläkevakuutukset

Kuviossa 7 esitetään Tilastokeskukseen vuoden 2019 väestöennusteeseen perustuva arvio siitä, kuinka suuri osa niistä ihmisistä, jotka ovat 65-vuotiaita vuonna 2020, saavuttaa eri ikävuodet välillä 65–99. Sen taustalla on väestöennusteeseen liittyvä oletus elinikien pitene- misestä suhteessa aikaisempaan. Kuviossa ovat mukana naiset ja miehet. Naisille erikseen lasketussa jakaumas-

Kuvio 7 Ennuste vuonna 2020 65-vuotta täyttävän 1000 hengen ikäryhmän koosta sen vanhetessa



Lähde: Tilastokeskus (2019).

sa pylväät olisivat hieman korkeampia, sillä naiset elävät keskimäärin miehiä pidempään.

Kuviosta nähdään, että ennusteen mukaan hieman yli 20 prosenttia kyseiseen kohorttiin kuuluvista ihmisistä elää vähintään 94-vuotiaaksi. Toisaalta sama osuus heistä kuolee ennen 80-vuoden ikää. Yksittäisen ihmisen kannalta epävarmuus on jonkin verran pienempää, koska ihmisillä on tietoa omasta terveydentilastaan, elintavoistaan ja perinnöllisiin sairauksiin liittyvistä riskeistä. On silti selvää, että useimpien 65-vuotiaiden ihmisten näkökulmasta jäljellä olevien elinvuosien määrään liittyy suurta epävarmuutta.

Eläkesäästämisen kannalta tällainen elinaikariski tarkoittaa, että ihmisten on syytä varautua mahdollisuuteen, että he elävät hyvin vanhaksi. Ilman vakuutusta elinaikariski kasvattaa sitä säästösummaa, joka vaaditaan, jotta säästöt riittävät ainakin suurella todennäköisyydellä annetun kulutustason ylläpitämiseen kuolemaan saakka.

Jos eläkevakuutusmarkkinat toimivat kilpailullisesti ja tehokkaasti, eläkevakuutuksen hinta määräytyy karkeasti sen perusteella, kuinka pitkään ihmiset keskimäärin elävät, ja kuinka suuren sijoitustuoton vakuutusyhtiöt saavat rahastoiduille vakuutusmaksuille.

Taulukossa 1 esitetään sellaisten kertamaksuisten eläkevakuutusten ns. aktuaarisesti reilu hinta, jotka ostetaan 65-vuoden iässä ja jotka takaavat 1 000 euron suuruisen kuukausieläkkeen jostakin myöhemmästä iästä alkaen aina sadan vuoden ikään asti. Aktuaarinen reiluus tarkoittaa, että vakuutusten hinta vastaa odotettua elinikää ja

että vakuutusyhtiö ei tee voittoa. Todellisuudessa vakuutukset olisivat ainakin jonkin verran kalliimpia jo erilaisen hallinnollisten kustannusten vuoksi. Koska pieni osa ihmisistä elää ennusteen mukaan yli satavuotiaaksi, elinikäisen eläkevakuutuksen aktuaarisesti reilu hinta olisi myös hieman korkeampi.

Eläkevakuutuksen hinta on laskettu erilaisilla rahastoitujen vakuutusmaksujen tuotto-odotuksilla. Jos tuotto-odotus tulkitaan reaaliutuoksi, vakuutukseen kuuluva eläkettä voidaan nostaa inflaation myötä niin, että sen ostovoima on aina nykyrahassa 1 000 euroa kuukaudessa. Samassa taulukossa esitetään myös, kuinka paljon säästöjä tarvitaan ilman vakuutusta, jotta sen turvin voi kuluttaa 1 000 euroa kuukaudessa aina satavuotiaaksi saakka.

Jos rahastoitujen vakuutusmaksujen tai säästöjen tuotto on nolla, sellaisen kertamaksuisen eläkevakuutuksen, jonka perusteella eläkettä maksetaan heti 65-vuoden iästä aina satavuotiaaksi asti, aktuaarisesti reilu hinta olisi väestöennusteen perusteella 269 000 euroa. Ilman vakuutusta tarvittava säästösumma olisi 420 000 euroa. Tuotto-odotuksen ollessa nolla, tämä saadaan suoraan kertomalla vuotuinen eläke (12 000 euroa) niiden vuosien määrällä, jotka säästösumman tulee kattaa (35 vuotta).

Vakuutus tulee suhteellisten ottaen vielä edullisemmaksi tavanomaiseen säästämiseen verrattuna, jos eläkkeen maksu, tai vastaavasti säästösumman kuluttaminen, alkaa myöhemmin. Tämä johtuu siitä, että tällöin osa vakuutuksen ottajista kuolee ennen kuin he ehtivät saamaan vakuutuksen perustella eläkettä, mikä laskee vakuutuksen hintaa. Jos eläke alkaa 85-vuoden iästä, vakuutuksen

Taulukko 1 Kertamaksuisen eläkevakuutuksen hinta ja vaadittava säästösumma ilman vakuutusta, euroa

Eläkkeen alkamisikä	Oletettu vuosituotto					
	0 %		2 %		4 %	
	Vakuutuksen hinta	Säästösumma ilman vakuutusta	Vakuutuksen hinta	Säästösumma ilman vakuutusta	Vakuutuksen hinta	Säästösumma ilman vakuutusta
65	269 000	420 000	213 000	306 000	174 000	233 000
75	155 000	300 000	109 000	196 000	78 000	132 000
85	60 000	180 000	37 000	106 000	23 000	63 000

Kyseessä 1 000 euron kuukausieläke ikävuoteen 100 asti.

Lähde: Etlan laskelmat.

hinta on 60 000 euroa. Säästösumma, joka riittää 1 000 euron kulutukseen ikävuodesta 85 ikävuoteen 100, on 180 000 euroa, eli kolminkertainen.

Eläkevakuutuksen hyödyllisyys suhteessa tavanomaiseen säästämiseen perustuu siihen, että vain pieni osa ihmisistä elää satavuotiaaksi. Ilman vakuutusta vanhuuden varalle säästetyistä varoista suuri osa jää perinnöksi. Toisaalta, jos vakuutuksenottaja kuolee nuorena, ”säästyneitä” eläkkeitä vastaava osa vakuutuksen hinnasta jää vakuutusyhtiölle, eikä siis mene vakuutetun perillisille.

5.2 Hoivariskit ja hoivavakuutukset

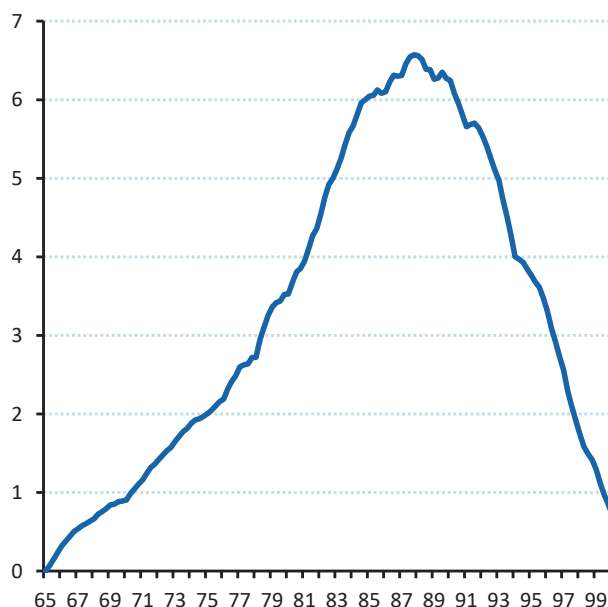
Seuraavassa arvioimme hoivariskejä sen perusteella, miten ihmiset ovat saaneet julkisesti rahoitettua, ympärivuorokautista ja pitkäaikaista vanhuusajan hoivaa. Tulokset perustuvat ikä- ja sukupuolikohtaisiin siirtymätodennäköisyyksiin, joilla i) kotona asuva ihminen siirtyy laitoshoidon piiriin, ii) laitoksessa asuva siirtyy kotiin, iii) kotona asuva kuolee, ja iv) laitoksessa asuva kuolee.

Siirtymätodennäköisyys on laskettu aineistosta, joka kattoi 11 prosenttia otoksen yli 65-vuotiaista Suomessa asuvista ihmisistä. Se koottiin väestörekistereistä ja sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus- ja asiakaslasentarekistereistä. Laitoshoidoksi määriteltiin terveyskeskuksissa, sairaaloissa, vanhainkodeissa ja tehostetussa palveluasumisessa tapahtuva hoito, joka kesti vähintään 90 vuorokautta tai oli vahvistettu pitkäaikaishoidon päätöksellä. Mukaan laskettiin samalta yksilöltä kaikki pitkäaikaishoidon ketjut. Siirtymät tilojen välillä määriteltiin kolmen kuukauden jaksoissa jakson alku- ja loppupäivien välisinä muutoksina. Siirtymätodennäköisyydet on arvioitu julkaisussa Valkonen (2012, luku 2) kuvatulla tavalla, mutta käyttäen uudempia, vuosia 2013–2014 koskevia tilastoja.² Käytämme miesten ja naisten keskimääräisiä siirtymätodennäköisyyksiä.³

Kuviossa 8 esitetään ennuste siitä, kuinka suuri osuus niistä ihmisistä, jotka 65-vuotiaina asuvat kotona, tulee myöhemmin tarvitsemaan pitkäaikaista ympärivuorokautista hoivaa eri ikävuosina. Hoivaa tarvitsevien osuus kasvaa suurin piirtein ikävuoteen 87 asti, jolloin se on noin 6,5 prosenttia. Sen jälkeen osuus kääntyy laskuun, koska yhä pienempi osa kyseisestä ryhmästä on enää elossa.

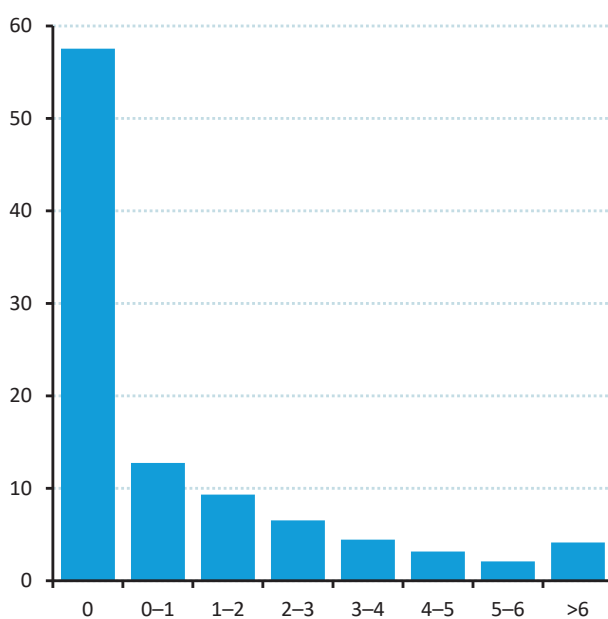
Kuviossa 9 puolestaan esitetään hoivavuosien jakauma yli 65-vuotiaiden yksilöiden kesken. Edellä kuvattujen siirtymätodennäköisyyksien perusteella arvioituna hie-

Kuvio 8 Hoivaa myöhemmin tarvitsevien osuus 65-vuotiaista, %



Lähde: Etlan laskelmat.

Kuvio 9 Ympärivuorokautisen hoivan tarpeen jakauma vuosissa, %



Lähde: Etlan laskelmat.

man alle 60 prosenttia ihmisistä ei tarvitse lainkaan laitoshoivaa. Toisaalta pieni osa tarvitsee sitä useita vuosia.

Kuvion 9 ensimmäinen pylväs kertoo niiden ihmisten osuuden, joilla ei ole yhtään hoivajaksoa. Toinen pylväs kertoo niiden osuuden, joilla on 1–4 kolmen kuukauden jaksoa, kolmas pylväs niiden osuuden, joilla on 5–8 kolmen kuukauden jaksoa, jne. Esimerkiksi 3–12 kuukautta ympärivuorokautisessa hoivassa olleiden osuus yli 65-vuotiaista on kuvion perusteella runsaat 10 prosenttia.

Aktuaarisesti reilu hinta määritetään hoivavakuutusten kohdalla samalla periaatteella kuin eläkevakuutustenkin. Hoivavakuutuksen hinta on aktuaarisesti reilu, jos se vastaa täsmälleen riskien perusteella arvioitua keskimääräistä (tai odotettua) korvausta ottaen huomioon vakuutusmaksuille saatava sijoitustuotto.

Tämän jakauman perusteella voidaan laskea sellaisen hoivavakuutuksen aktuaarisesti reilu hinta, joka kattaa hoivan kustannukset aina kun ihminen tarvitsee hoivaa. Tynin ym. (2016) tulosten mukaan kuntien tuottaman tehostetun palvelus asumisen kustannukset olivat vuosina 2011–2014 keskimäärin noin 144 euroa vuorokaudessa, mikä tarkoittaa kuukausitasolla noin 4 300 euroa. Käyttäen tätä arviota ja olettaen, että rahastoitujen vakuutusmaksujen reaalityttö on nolla, 65-vuotiaana otettun hoivavakuutuksen aktuaarisesti reiluksi hinnaksi saadaan noin 61 000 euroa.

Tällainen vakuutus on epäilemättä useimpien suomalaisten kannalta aivan liian kallis. Ei ole ehkä muutenkaan mielekästä olettaa, että useat kansalaiset ostaisivat vakuutuksen, joka korvaisi kokonaan hoivan kustannukset, sillä hoivariskien vakuuttaminen on viime kädessä yhteiskunnan vastuulla. Jotta yksityinen varautuminen vakuutuksen avulla olisi realistinen vaihtoehto, on pyrittävä tilanteeseen, jossa ihmiset voivat halutessaan täydentää julkista hoivalupausta.

Tähän voidaan päästä esimerkiksi palvelusetelien avulla. Tällöin hoivaa tarvitseva kansalainen voi valita joko kunnan tuottaman hoivan tai palvelusetelin. Jos hän valitsee palvelusetelin, hän voi ostaa itse hoivaa miltä tahansa palvelusetelijärjestelmään hyväksytyltä palveluntarjoajalta. Jos palvelujen valikoimaa halutaan täydentää laajemmaksi kuin se on kunnan tuottamassa hoivassa tai palvelusetelillä mahdollista saada, lisäpalvelut voidaan ra-

hoittaa omien tulojen tai säästöjen ja mahdollisesti yksityisen hoivavakuutuksen maksaman korvauksen avulla.

Olisi luontevaa, että palvelusetelin suuruus riippuisi sen saajan tulotasosta, sillä myös kunnan tuottaman hoivan asiakasmaksut riippuvat tuloista. Mitä suurempituloisesta ihmisestä on kyse, siitä suuremman osan hän maksaa julkisen hoivan kustannuksista asiakasmaksuina. Vastaavasti pienituloisten tulisi saada suurempi palveluseteli kuin suurituloisten. Tällöin julkisen hoivalupauksen täydentäminen voisi olla realistinen vaihtoehto muillekin kuin suurituloisille ihmisille.

Yksi mahdollisuus on asettaa palvelusetelin suuruus siten, että se vastaa mahdollisimman tarkasti sitä summaa, jonka kunta asiakasmaksut huomioon ottaen säästää, jos hoivaa tarvitseva asiakas ei käytäkään kunnan järjestämää palvelua. Olettaen, että palvelun tuottaminen maksaa kunnalle 5 000 euroa ja asiakkaan tulojen perusteella perittävä asiakasmaksu on 2 000 euroa, palvelusetelin arvo olisi tällöin 3 000 euroa kuukaudessa. Jos palvelusetelin arvo on pienempi, sen käyttö säästää verovarot. Toisaalta, jos palveluseteli on hyvin pieni, sen käyttö jää vähäiseksi, ja ihmisillä on vähemmän valinnanvaraa.

Palvelusetelin tarjoamaa palvelutasoa voisi ainakin periaatteessa täydentää sellaisen hoivavakuutuksen avulla, jonka perusteella maksetaan tietty kuukausikorvaus silloin, kun vakuutettu on oikeutettu saamaan julkisesti rahoitettua hoivaa. Esimerkiksi 65-vuotiaana otettu hoivavakuutus, joka maksaisi 1 000 euron kuukausikorvauksen sinä aikana, kun vakuutettu tarvitsee pitkäaikaista ja ympärivuorokautista hoivaa, maksaisi edellä kuvattujen siirtymätodennäköisyyksien perusteella ja nollakorke-oletuksella noin 14 000 euroa. Pienituloisille riittäisi pienempi hoivavakuutus kuin suurituloisille, jos pienituloiset saavat suuremman palvelusetelin.

Palvelusetelin suuruus ei saa riippua ainakaan voimakkaasti hoivavakuutuksen korvauksista. Jos hoivavakuutuksen olemassaolo pienentää palveluseteliä tai kasvattaa hoivan asiakasmaksua, sen hankkiminen ei ole enää välttämättä järkevää. Hoivavakuutusten käyttö osana yksityistä varautumista edellyttää myös, että julkinen hoivalupaus, ml. palvelusetelit, on määritelty suhteellisen selkeästi ja uskottavasti.

6 Johtopäätökset ja politiikkasuositukset

Suomalainen yksityinen varautuminen vanhuuden ajan lisääntyiin hoiva- ja hoitomenoihin on monella tapaa kehittämätöntä. Varallisuus on pääosin kiinni omistusasunnoissa. Asuntovarallisuutta puretaan harvoin ja se jää tyypillisesti perinnöksi keski-iässä oleville lapsille.

Varautumista vaikeuttaa myös se, että hoivatarpeen ilmenemistä ja eliniän pituutta ei voi tarkasti ennakoida. Palvelutarpeeseen varautuminen omilla säästöillä voi siksi osoittautua joko täysin tarpeettomaksi tai hyvin riittämättömäksi. Yksityinen varautuminen toteutuisi tehokkaimmin vakuutusten avulla. Elinikäisiä eläke- ja hoivavakuutuksia ei kuitenkaan ole Suomessa tarjolla.

Varallisuuden hallintaan liittyvissä valinnoissa on osittain kyse arvostuksista, mutta myös yhteiskunnan ohjauksella on iso rooli. Verotus ja asiakasmaksujen määräytyminen tukevat omistusasumista, ja hyvinvointivaltio lupaa pitää huolta ikäihmisten kohtuullisesta hoidosta ja hoivasta. Kansalaisten odotukset palvelujen saatavuuden ja laadun suhteen ovat kuitenkin usein suuremmat kuin mihin yhteiskunta katsoo olevan varaa. Lisäksi kuntien välillä on suuria eroja palvelujen saatavuudessa, laadussa ja hinnoissa.

On vaikea nähdä, että tämä ongelmavyöhyke voitaisiin purkaa vain korottamalla eläkkeitä ja parantamalla julkisesti rahoitettujen palvelujen saatavuutta ja laatua. Käynnissä oleva väestön ikääntyminen tulee väistämättä heikentämään julkisen talouden rahoituspohjaa ja kasvattamaan menoja. Sote-uudistus voi jakaa julkisen sektorin kustannusrasitetta alueellisesti tasaisemmin ja yhtenäistää palvelujen saatavuutta, mutta sekään tuskin mahdollistaisi palvelutason merkittävää parantamista.

Vanhuuden ajan kulutuksen ja julkisen hoivan ja hoidon täydentäminen vakuutusten avulla parantaisi hyvinvointia erityisesti keskituloisilla. Pienituloisilla on ylipäättään vähän mahdollisuuksia täydentää julkisia palveluita ja suurituloisimmat tai varakkaimmat voivat tehdä sen ilman vakuutuksia. Hoiva- ja eläkevakuutuksella voitaisiin varmistaa, että rahaa jää muuhunkin kuin kuntien perimiin asiakasmaksuihin. Vakuutusturvan hankkiminen ei

välttämättä edellytä lisäsäästämistä. Vakuutukset voisi usein rahoittaa asuntovarallisuutta purkamalla.

Vanhuuden ajan riskien vakuuttaminen yksityisin vakuutusin ei ole yksinkertaista. Vakuutusyhtiön on vaikea hinnoitella pitkälle tulevaisuuteen ulottuvia riskejä. Toisaalta potentiaalisten asiakkaiden on vaikea hahmottaa, mikä olisi vakuutuksen reilu hinta. Myös ajatusharha, jonka mukaan hyvä rahoitustuote palauttaa osan vakuutusmaksusta, vaikka vahinkoa ei tapahdu, näyttää olevan vahva.

Yhteiskunta ei voi taata yksityisten eläke- ja hoivavakuutusmarkkinoiden syntyä, mutta se voi joko pilata edellytykset sille tai edesauttaa markkinoiden syntymistä. Parhaillaan valmistelussa olevia päätöksiä ovat sote-uudistukseen liittyvä julkisen hoivalupauksen yhtenäistäminen ainakin maakunnittain sekä vakuutuskorvausten käsittely osin julkisesti rahoitettujen palveluiden asiakasmaksuja määritettäessä. Jos hoivalupauksen yhtenäistämiseksi ei onnistuta tai jos yksityiset vakuutuskorvaukset ulosmitataan korkeampina asiakasmaksuina, vapaaehtoisten elinikäisten eläke- ja hoivavakuutusten markkinoita ei synny.

Hoivavakuutusten verotus voitaisiin järjestää samanlaisiksi kuin kertamaksuisten vapaaehtoisten eläkevakuutusten verotus. Tällöin vakuutusmaksuja ei saisi vähentää verotuksessa ja vain rahastoitujen vakuutusmaksujen tuottoa vastaava osa vakuutuskorvauksesta olisi verollista.

Viitteet

- ¹ Yksityiset vuokranantajat maksavat vuokratulosta pääomatulo-
veroa. Omistusasujat eivät maksa asunnostaan vastaavaa veroa.
- ² Ikä määriteltiin seurantavuotta edeltävän vuoden viimeisen päivän
mukaan. Vuonna 2014 huomioitiin jaksot 30.9. asti, jotta 90 vuo-
rokauden ehto pitkäaikaishoidolle voi täytyä.
- ³ Todettakoon, että näistä todennäköisyyksistä seuraa hieman eri-
lainen arvio elinaikariskeistä kuin Tilastokeskuksen väestöennus-
teesta, jota käytimme edellä eläkevakuutusten arvioimiseen.

Kirjallisuus

Aaltci.org (2019). Policy purchase data. American As-
sociation for Long-Term Care Insurance. <http://www.aaltci.org/long-term-care-insurance/learning-center/lt-cfacts-2019.php#2019buyers>

**Aaltonen, M., Forma, L., Pulkki, J., Raitanen, J., Ris-
sanen, P. ja Jylhä, M.** (2017). Changes in older people's
care profiles during the last 2 years of life, 1996–1998
and 2011–2013: A retrospective nationwide study in
Finland. *BMJ open*, 7(11), e015130. doi:10.1136/bm-
jopen-2016-015130

Alho, J. (2016). Descriptive Findings on the Convergen-
ce of Female and Male Mortality in Europe. ETLA Working
Papers No 40.

**Ameriks, J., Briggs, J. S., Caplin, A., Shapiro, M. D. ja
Tonetti, C.** (2015). Long-Term Care Utility and Late in
Life Saving. Working Paper 20973, National Bureau of
Economic Research.

Asiakasmaksulakiesitys (2018). Hallituksen esitys
eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveystalouden asia-
kasmaksuista, HE 310 2018 vp. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_310+2018.aspx

Basu, R. (2016). Lapse of long-term care insurance cover-
age in the US. Baylor Scott & White Health, Texas A&M
Health Science Center. <https://pdfs.semanticscholar.org/2a18/9680041f81994373faa36e970962aa47223e.pdf>

Bergquist, S., Costa-Font, J. ja Swartz, K. (2018). Long-
term care partnerships: Are they fit for purpose? *The
Journal of the Economics of Ageing*, 12(C), 151–158.

**Boyer, M., De Donder, P., Fluet, C., Leroux M. L. ja
Michaud, P.-C.** (2017). Long-Term Care Insurance: Know-
ledge Barriers, Risk Perception and Adverse Selection,
CESifo Working Paper Series 6698, CESifo Group Mu-
nich.

Braun, R. A., Kopecky, K. A. ja Koreshkova, T. (2019).
Old, frail, and uninsured: Accounting for features of the
U.S. long-term care insurance market. *Econometrica*,
87(3), 981–1019.

- Brown, J. R. ja Finkelstein, A.** (2008). The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market. *American Economic Review*, 98, 1083–1102.
- Brown, J. R. ja Finkelstein, A.** (2009). The Private Market for Long-Term Care Insurance in the U.S.: A Review of the Evidence, *Journal of Risk & Insurance* 76(1):5–29.
- Brown, J. R., Goda G. S. ja McGarry K.** (2012). Long-term care insurance demand limited by beliefs about needs, concerns about insurers, and care available from family. *Health Aff (Millwood)*, 31(6), 1294–302.
- Chatterjee, S. ja Fan, L.** (2017). Household Demand for Private Long-Term Care Insurance: An Exploratory Note. *Economics Bulletin*, 37(3), 1975–1981.
- Cornell, P. Y., Grabowski, D. C., Cohen, M., Shi, X., ja Stevenson, D. G.** (2016). Medical Underwriting In Long-Term Care Insurance: Market Conditions Limit Options For Higher-Risk Consumers. *Health Aff (Millwood)*, 35(8), 1494–503.
- Courbage, C. ja Plisson, M.** (2012). Financing Long-Term Care in France, teoksessa Costa-Font, J. ja Courbage, C. (toim.) *Financing Long-Term Care in Europe - Institutions, Markets and Models*. Palgrave MacMillan.
- Eläketurvakeskus** (2019). Keskimääräiset eläkkeet. <https://www.etk.fi/elakejarjestelmat/elaketurva/elakkeen-saajien-kokonaistulot/keskimaaaraiset-elakkeet/>
- Finkelstein, A. ja McGarry, K.** (2006). Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market, *American Economic Review*, 96: 938–958.
- Forma, L., Rissanen, P., Aaltonen, M., Pulkki, J., Raitanen, J. ja Jylhä, M.** (2018). Vanhuusiän ympärivuorokautinen pitkäaikaishoito keskittyy yhä selvemmin viimeisiin elinvuosiin. Vuosien 2001–2003 ja 2009–2011 vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka* 83 (2018):4.
- Gottlieb, D. ja Mitchell, O. S.** (2019). Narrow Framing and Long-Term Care Insurance. *Journal of Risk and Insurance*. 1–33.
- Jiménez-Martín, S. ja Vilaplana Prieto, C.** (2015). Informal care motivations and intergenerational transfers in European countries. *Health Econ. Mar*; 24 Suppl 1:89–103.
- Jylhä, M., Enroth, L. ja Luukkaala, T.** (2013). Trends of Functioning and Health in Nonagenarians: The Vitality 90+ Study. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics* 33(1), 313–332.
- Kalliomaa-Puha, L. ja Kangas, O.** (2015). Yhteistä ja yksityistä varautumista – vanhusten hoivan tulevaisuus. Kalevi Sorsa -säätö.
- Kessler, D.** (2008). The Long-Term Care Insurance Market. *The Geneva Papers on Risk and Insurance (Issues and Practice)* 33, 33–40.
- Konetzka, R. T., He, D., Dong, J. ja Nyman, J. A.** (2019). Moral hazard and long-term care insurance. *Geneva Pap Risk Insur Issues Pract*, 44, 231–251.
- Kröger, T., Van Aerschot, L. ja Puthenparambil, J. M.** (2018). Hoivatyö muutoksessa. YFI julkaisuja 6. Jyväskylän yliopisto.
- Kröger, T., Van Aerschot, L. ja Puthenparambil, J. M.** (2019). Ikääntyneiden hoivaköyhyys. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(2), 124–134.
- Lassila, J. ja Valkonen, T.** (2019). Alternative demography-based projection approaches for public health and long-term care expenditure. *Etna Working Papers No 74*.
- Lin, H. ja Prince, J.** (2013). The impact of the partnership long-term care insurance program on private coverage, *Journal of Health Economics*, 32(6), 1205–1213.
- Liu, W. ja Liu, J.** (2019). The Effect of Political Frictions on Long Term Care Insurance (July 5, 2019). SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3388542>
- Lindgren, B.** (2016). The Rise in Life Expectancy, Health Trends among the Elderly, and the Demand for Health and Social Care. Working Papers 142, National Institute of Economic Research.

Lumio (2015). Laitoksesta kotiin – syntyikö säästöjä? Ikäihmisten palveluiden muutosten kustannusvaikutukset Tampereella. Sitran selvityksiä 94/2015.

McGarry, B. E., Temkin-Greener, H., Chapman, B. P., Grabowski, D. C. ja Li Y. (2016). The Impact of Consumer Numeracy on the Purchase of Long-Term Care Insurance. *Health Serv Res.* 51(4), 1612–31.

McGarry, B. E., Temkin-Greener, H., Grabowski, D. C., Chapman, B. P. ja Li, Y. (2017). Consumer Decision-Making Abilities and Long-Term Care Insurance Purchase. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 73, e1–e10.

Mirrlees, J., Adam, S., Besley, T., Blundell, R., Bond, S., Chote, R., Gammie, M., Johnson, P., Myles, G. ja Poterba, J. (2011). *Tax by Design: The Mirrlees Review*, Oxford University Press for Institute for Fiscal Studies, Oxford.

Mohey-Deen, Z. ja Rosen, R. J. (2018). The Risks of Pricing New Insurance Products: The Case of Long-Term Care. *Chicago Fed Letter*, No. 397.

Nakajima, M. ja Telyukova, I. A. (2018). Medical Expenses and Saving in Retirement: The Case of U.S. and Sweden. Working Papers 8, Federal Reserve Bank of Minneapolis, Opportunity and Inclusive Growth Institute.

Norton, E. C., Nicholas, L. H. ja Huang, S. S. (2013). Informal Care and Inter-vivos Transfers: Results from the National Longitudinal Survey of Mature Women. *B E J Econom Anal Policy*, 14(2):377–400.

Pestieau, P. ja Ponthiere, G. (2018). The Public Economics of Long Term Care, teoksessa Guzman, M. (toim.). *Towards a Just Society: Joseph Stiglitz and 21st Century Economics*.

Pincus, J., Hopewood, K. ja Mills, R. (2017). Framing the decision to buy long-term care insurance: losses and gains in the context of statistical and narrative evidence, *Journal of Financial Services Marketing* 22 (1), 33–40.

Shah Goda, G., Levy, M. R., Flaherty Manchester, C., Sojourner, A. ja Tasoff, J. (2019). Who is a passive saver under opt-in and auto-enrollment? *Journal of Economic Behavior & Organization*.

Shao, A. W., Chen, H. ja Sherris, M. (2019). To borrow or insure? Long term care costs and the impact of housing. *Insurance: Mathematics and Economics*, 85, 15–34.

Tilastokeskus (2019). Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste 2019. Helsinki. http://www.stat.fi/til/vaenn/2019/vaenn_2019_2019-09-30_tie_001_fi.html

Tyni, T., Malmström, T., Mikkola, T. ja Linna, M. (2016). Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen sote-kustannukset – onko tehostettu palveluasuminen kustannuksiltaan edullisempaa joissakin asiakasryhmissä? Julkaisussa Mäklin, S. (toim.) *Terveystaloustiede 2016*. THL Työpäpaperi 1/2016.

Valkonen, T. (2012) Hoivariskit ja hoivavakuutukset, Elinkeinoelämän tutkimuslaitos, B253, Taloustieto Oy Helsinki.

Verohallinto (2019). Pitkäaikaissäätämispöytäkirjan ja yksityishenkilön ottaman vapaaehtoisen yksilöllisen eläkevakuutuksen verotus. <https://www.vero.fi/syventavat-vero-ohjeet/ohje-hakusivu/48212/pitk%C3%A4aikaiss%C3%A4%C3%A4st%C3%A4missopimuksen-ja-yksityishenkil%C3%B6n-ottaman-vapaaehtoisen-yksil%C3%B6llisen-el%C3%A4kevakuutuksen-verotus/>



Elinkeinoelämän tutkimuslaitos

**The Research Institute
of the Finnish Economy**

ISSN-L 2323-2447,
ISSN 2323-2447,
ISSN 2323-2455 (Pdf)

Puh. 09-609 900
www.etla.fi
etunimi.sukunimi@etla.fi

Arkadiankatu 23 B
00100 Helsinki
