

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:22

Raija Volk, Tuula Laukkanen

Hoivan rahoitus

KANSAINVÄLISIÄ KÄYTÄNTÖJÄ JA KOTIMAISIA VAIHTOEHTOJA

Raija Volk, Tuula Laukkanen

Hoivan rahoitus. Kansainvälisiä käytäntöjä ja kotimaisia vaihtoehtoja

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:22

ISBN 978-952-00-3038-4 (PDF)

ISSN-L 1236-2115

ISSN 1797-9897 (verkkajulkaisu)

URN:ISBN:978-952-00-3038-4

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3038-4>

www.stm.fi/Julkaisut

Kustantaja: Sosiaali- ja terveysministeriö

TIIVISTELMÄ

Selvityksessä tarkastellaan hoivapalveluiden rahoitustapoja ja pyritään tuomaan uusia näkökulmia suomalaiseen keskusteluun. Hoivan kansainväliset rahoitusmallit voidaan jakaa neljään ryhmään: pohjoismaiset verorahoitteiset mallit, joihin liittyy julkisen vallan järjestämät palvelut, tuloriippuvaiset julkiset palvelut verovaroin, sosiaalivakuutukseen nojaavat mallit ja sekamallit. Järjestelmästä riippumatta hoivan tarvitsijat osallistuvat muun muassa asiakasmaksujen kautta rahoitukseen.

Monet perheen vastuuta tai omaa varautumista korostavat maat ovat siirtyneet rahoittamaan hoivaa myös kollektiiviseen vastuuseen perustuvan mallin kautta. Saksan ja Japanin sosiaalivakuutuksen periaatteelle rakennetut järjestelmät ovat herättäneet mielenkiintoa monessa maassa. Yhteistä malleille on kaikille yhtäläiset palvelut, valtakunnallinen ohjaus ja palvelutarpeen määrittely hoivan tarpeeseen perustuvan hoitoisuusluokituksen perusteella. Saksalaisessa mallissa rahoitus kerätään työntekijöiltä ja työnantajilta. Japanissa myös julkinen valta osallistuu rahoitukseen.

Hollannissa ja Saksan vammaispalveluissa on otettu käyttöön myös henkilökohtainen budjetti tai tili, jonka rahoitus tulee sosiaalivakuutuksesta ja joka tekee mahdolliseksi yksilölliset valinnat. Suomessa sosiaaliturvan uudistamista pohtineen SATA-komitean piirissä hahmoteltu malli Kelan hallinnoiman eläkettä saavan hoitotuen ja kuntien hoitaman omaishoidon tuen yhdistämiseksi olisi osaratkaisu eräänlaisen henkilökohtaisen tilin suuntaan.

Monissa maissa on hoivan rahoittamisessa valittu riskien tasaajaksi sosiaalivakuutus, jossa rahoitus kerätään veronluonteisella maksulla. Sosiaalivakuutus tekee rahoituksesta ”korvamerkitympää” kuin verorahoitus on. Selvityksessä pohditaan tällaisen mallin soveltamista Suomeen. Sosiaalivakuutuksesta voitaisiin ohjata varat palvelujen järjestämiseen nykyistä, valtiosuuslain mukaisen alueellisia eroja tasaavan mallin kautta tai jollakin muulla tarpeet ja olosuhteet huomioon ottavalla järjestelmällä. Pidemmälle menevässä ratkaisussa resurssit jaettaisiin paikallistason palvelujen järjestäjille asiakkaiden hoivan tarpeen mukaisesti. Tämä edellyttää koko maassa yhtenäistä ulkopuolisen palvelutarpeen arviointia ja päätöksiä siitä, minkä laajuista palvelua missäkin hoitoisuusluokassa tarjotaan. Samalla tulisi käytännössä määritellyksi myös se, mihin palvelutarpeisiin kansalaisten olisi varauduttava itse.

Kunnat tai muut palvelujen järjestäjät perisivät valtakunnallisesti yhtenäisin periaattein määräytyvät asiakasmaksut, joista kertyvät tulot palautuisivat hoivavakuutusrahastoon. Rahaston hallinnon järjestäminen ja valtasuhteet hallinnossa ovat olennaisia tekijöitä järjestelmän uskottavuuden ja kustannusten hallitsemisen näkökulmasta.

Sosiaalivakuutus voi perustua jakojärjestelmään tai täysin tai osittain rahastoiwaan järjestelmään. Rahastointia puoltaa se, että ikääntyvän väestön taloudessa maksupohjan kertyminen hidastuu ja maksut kohoavat todennäköisesti nopeasti. Suomen tapauksessa rahastointin pitäisi jo olla käytössä, jotta se tasaisi myös suurista ikäluokista tulevaa maksupainetta.

Avainsanat: Hoivavakuutus, hoivan rahoitus, sosiaalivakuutus

SAMMANDRAG

Utredningen betraktar sätten att finansiera omsorgstjänster och syftar till att införa nya perspektiv till debatten kring frågan i Finland. De internationella finansieringsmodellerna för omsorg kan delas in i fyra kategorier: nordiska skattefinansierade modeller med tjänster ordnade av det allmänna, inkomstberoende offentliga tjänster som finansieras med skatteintäkter, modeller baserade på socialförsäkring och blandade modeller. Oberoende av systemet deltar de vårdbehövande i finansieringen bl.a. genom att betala klientavgifter.

Flera länder som betonar familjens ansvar eller egen beredskap har övergått till ett system där omsorg också finansieras genom en modell som baserar sig på kollektivt ansvar. Tysklands och Japans system som byggts på socialförsäkringsprincipen har väckt intresse i många länder. Gemensamma drag för modellerna är lika tjänster för alla, riksomfattande styrning och fastställande av servicebehov utgående från en vårdberoendeklassificering som baserar sig på behov av omsorg. I den tyska modellen insamlas medlen till finansieringen från arbetstagare och arbetsgivare. I Japan deltar också det allmänna i finansieringen.

I Holland och i samband med den tyska handikappservicen har man dessutom infört en personlig budget eller ett konto som finansieras från socialförsäkringen och som möjliggör individuella val. SATA-kommittén, som berett en reform av den sociala tryggheten i Finland, har formulerat en modell där det av Folkpensionsanstalten administrerade vårdbidraget för pensionstagare och det stöd för närståendevård som kommunen sköter ska sammanslås, och denna modell utgör en delvis lösning i riktning mot ett personligt konto.

Ett flertal länder har valt socialförsäkringen som det system som utjämnar risker och där medlen insamlas genom en skattelikhande avgift. Socialförsäkringen gör finansieringen mer ”öronmärkt”. I rapporten diskuteras tillämpning av en sådan modell i Finland.

Från socialförsäkringen kunde medlen allokteras till ordnande av tjänster genom den nuvarande modellen enligt statsandelslagen, som jämnar ut regionala skillnader, eller genom ett annat system som beaktar behoven och förhållandena. I en mer avancerad lösning skulle resurser delas ut till dem som ordnar servicen på det lokala planet i enlighet med klienternas behov. Detta förutsätter att utomstående aktörer utför en enhetlig bedömning av behovet av tjänster över hela landet samt fattande av beslut om i vilken omfattning tjänster ska erbjudas i varje vårdberoendekategori. Samtidigt kunde man definiera i praktiken vilka servicebehov som medborgarna ska vara beredda att tillgodose själv.

Kommunerna eller övriga servicetillhandahållare ska uppbära klientavgifter som bestäms enligt enhetliga kriterier i hela landet, och intäkterna från dessa återgår till omsorgsförsäkringsfonden. Det hur fondens administration ordnas och maktrelationerna i administrationen är väsentliga faktorer med tanke på systemets trovärdighet och kontroll över kostnaderna.

Socialförsäkringen kan basera sig på ett fördelningssystem eller på ett helt eller delvis fonderat system. En omständighet som talar för fondering är att i den åldrande befolkningens ekonomi kommer bidragsbasen att öka långsammare är hittills och avgifterna stiger troligtvis i en snabb takt. I Finlands fall borde fonderingen redan vara införd, för att den också skulle kunna jämna ut de finansieringsbehov som de stora årskullarna medför.

Nyckelord: finansiering av vård, omsorgsförsäkring, socialförsäkring

ABSTRACT

The report looks at ways of financing care services and aims to bring new perspectives to the Finnish debate on the issue. The international models of care financing can be divided into four groups: Nordic tax-financed models, along with services provided by the public authorities; means-tested public services funded by tax revenues; models based on social insurance; and mixed models. Irrespective of the system people in need of care contribute to the financing e.g. by paying client fees.

Many countries emphasising the responsibility of the family or own responsibility have started to finance care services also by means of a model based on collective responsibility. The German and Japanese systems built on the principle of social insurance have attracted interest in many countries. A common feature to all the models is equitable services, national guidance and determination of service needs on the basis of a needs-based care intensity classification. In the German model the funds for financing the system are collected from the employees and employers. In Japan also the government contributes to the financing.

In the Netherlands and in the German services for people with disabilities also a personal budget or account has been introduced, which is financed from social insurance and enables individual choices. In Finland the model outlined by the SATA Committee on social protection reform of merging the care allowance for pension recipients administered by the Social Insurance Institution and the informal care allowance administered by the municipal authorities would be a partial solution to the effect of a personal account.

In many countries, social insurance has been chosen for equalising risks in financing care; the funds are collected by parafiscal charges. Social insurance makes financing more 'ear-marked' compared to tax-based financing. The report discusses application of such a model in Finland.

Funds could be allocated from social insurance to organising services by the present model according to the law on central government transfers to local government, which irons out regional inequalities, or by some other model that takes into account demands and circumstances. In a more advanced solution the resources would be allocated to the local service providers based on the inhabitants' care needs. This presupposes that a uniform assessment of the services needs is carried out throughout the country by an outside actor, as well as deciding to which extent services are to be provided in each care intensity category. Simultaneously, it could be determined in practice which service needs people should be prepared to manage by themselves.

In the model, the local authorities or other service providers would collect client fees determined by uniform principles in the whole country, and the proceeds from them would be returned to the care insurance fund. Organising the administration of the fund and the power relations in the administration are essential from the perspective of controlling the credibility and costs of the system.

Social insurance can be based on the pay-as-you-go system or on a fully or partially funding system. A factor in favour of funding is that in the economy of the ageing population the increase in the contribution base will slow down and there will probably be a substantial rise in the fees. In the case of Finland, funding should already be in place – in order to equalise also the financing pressures due to the baby-boom age classes.

Key words: care insurance, financing of care, social insurance

TEKIJÖIDEN ESIPUHE

Työssä tarkastellaan ikääntyneille sekä vammaisille ja pitkäaikaissairaille järjestettävien palvelujen eli hoivan rahoittamisen malleja. Sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen ja rahoittamiseen liittyvät teemat ovat ajankohtaisia monesta syystä, eikä vähiten siksi, että esimerkiksi hoivan kohdalla kyse on merkittävästä eli noin kolmen miljardin suuruudesta, väestön vanhenemisen myötä yhä kasvavasta rahoitustarpeesta. Hoivan rahoitustarpeiden selvitys nousee esiin muun muassa Matti Vanhasen toisen hallituksen ja sen työtä jatkavan Mari Kiviniemen hallituksen ohjelmissa.

Tavoitteena on avata yhteiskunnallista keskustelua julkisen vallan ja kansalaisen taloudellisten vastuiden jakamisen ja vastuiden järjestämisen vaihtoehtoista, ja myös rahoitusjärjestelmän vaihtoehtojen vaikutuksesta lopputulokseen hoivapalvelujen tarvitsijan näkökulmasta. Työssä esitellään hoivan rahoituksessa käytössä olevia kansainvälisiä malleja ja pohditaan vaihtoehtoja suomalaiselle nykymallille. Työ ei sisällä tilasto- eikä vakuutusmateriaalia, joiden aika on sitten, kun keskustelussa nousee esille vaihtoehtoja, jotka saattaisivat saada poliittista kannatusta.

Kahtena viime vuosikymmenenä ovat julkisen hoivan järjestämistavat monipuolistuneet, ja asiakkaalle tarjotaan aiempaa enemmän valinnanvapautta ja vastuuta omasta palvelukonaisuudestaan. Taustalla on yleisesti hyväksytty suuntaus, jonka mukaan ihmisen tulee saada asua kodissaan tai kodinomaisissa oloissa mahdollisimman pitkään ja mahdollisimman itsenäisesti omia palveluvalintojaan tehden. Suomessa hoivan tarvitsijalla ei kuitenkaan ole subjektiivista oikeutta palveluihin, vaan kunta määrittelee ehdot, joiden täyttyessä palveluja myönnetään. Palvelut ovat nk. määrärahasidonnaisia, eli niiden järjestäminen riippuu kunnan taloudesta.

Nykyisin julkisten hoivapalvelujen järjestämiskustannukset katetaan ensisijaisesti vero-varoista ja lisäksi vaihtelevan suuruusilla asiakasmaksuilla. Kunnat joutuvat hoivaa järjestessään ottamaan huomioon resurssinsa ja kunnilla on erilaisia toimintapolitiikkoja, mikä on aiheuttanut palvelujen saamisessa joiltakin osin eriarvoisuutta erilaisissa kunnissa asuvien asukkaiden välillä. Lähivuosikymmeninä hoivan tarpeen ennakoidaan väestön ikääntymisen vuoksi kasvavan voimakkaasti. Kansalaisilla on perustuslaillinen oikeus välttämättömään hoivaan, taustalla on siis hyvinvointilupaus palvelujen saatavuudesta. Tämä asettaa haasteita rahoitukselle, jonka on oltava taloudellisesti, sosiaalisesti ja poliittisesti kestävä; tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen käyttäjien ja maksajien osalta, myös sukupolvien yli.

Selvityksen ovat rahoittaneet sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos ja Finanssialan keskusliitto, ja työ on valtaosin tehty tekijöiden työskennellessä Pellervon taloustutkimuksessa (PTT). Selvitys on osa kokonaisuutta, jonka toisena osana on PTT:ssä tehty Markus Lahtisen raportti julkista hoivaa täydentävän yksityisen hoivavakuutuksen käyttöönoton mahdollisuuksista.

Kiitämme rahoittajia ja PTT:tä hyvästä yhteistyöstä. Samoin kiitämme kommentteista ja keskusteluista Mikael Forssia, Jorma Huuhtasta, Laura Kalliomaa-Puhaa, Hennamari Mikkolaa ja Anne Neimalaa (Kela), Heikki Palmia ja Marja-Liisa Parjannetta (STM), Päivi Lunaa, Piritta Poikosta ja Timo Silvolaa (FKL), Aino Närkkiä (EK), Jukka Lassilaa ja Tarmo Valkosta (ETLA), Heikki Taimiota (Palkansaajien tutkimuslaitos), Tuovi Allénia ja Tuomo Meliniä (Sitra) sekä Petri Vääntistä (Pohjola-Vakuutus).

SISÄLLYS

I TAUSTA JA TAVOITTEET	9
1.1 Hoivan rahoituksen haasteet.....	9
1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja toteutus.....	10
1.3 Työn lähtökohdat ja motivointi.....	11
1.3.1 Työn lähtökohdat.....	11
1.3.2 Rahoitusjärjestelmän tehtävät.....	12
1.3.3 Hoivan rahoituksesta Suomessa käyty keskustelu.....	12
2 HOIVA JA HOIVAPALVELUJEN JÄRJESTELMÄ	15
2.1 Hoiva ja hoivapalvelujen sisältö.....	15
2.1.1 Hoivan määritelmä.....	15
2.1.2 Kokonaisvaltainen huolenpito.....	17
2.1.3 Lakisääteisten hoivapalvelujen sisältö.....	17
2.2 Hoivajärjestelmä toimijoihin.....	18
2.2.1 Hoivajärjestelmä pääpiirteissään.....	18
2.2.2 Hoivan kolme tuotantosektoria.....	19
2.2.3 Julkisen hoivan asiakas – oikeudet ja velvollisuudet, arvot ja asenteet.....	21
3 HOIVAN RAHOITUS, MENOKEHITYS JA RAHOITUKSEEN KOHDISTUVAT PAINEET	24
3.1 Hoivapalvelujen rahoitus.....	24
3.1.1 Verorahoitus.....	24
3.1.2 Asiakasmaksujen osuus rahoituksessa.....	24
3.2 Asiakkaan taloutta tukevat hoivan rahoitusjärjestelyt ja perhehoidontuki.....	25
3.2.1 Eläkettä saavan hoitotuki.....	25
3.2.2 Omaishoidon tuki.....	26
3.2.3 Palveluseteli.....	27
3.2.4 Sairausvakuutuskorvaukset ja verovähennysoikeudet.....	27
3.2.5 Perhehoidon tuki.....	28
3.3 Hoivan rahoituksen yhteenveto.....	29
3.4 Hoivapalvelujen käytön ja järjestämiskustannusten kehitys.....	30
3.4.1 Kotihoidon määrän kehitys.....	30
3.4.2 Kotihoidon menojen kehitys.....	30
3.5 Hoivan rahoitukseen kohdistuvat paineet.....	31
3.5.1 Määrälliset, kattavuutta ja riittävyttä koskevat paineet.....	31
3.5.2 Laadulliset, yhdenvertaisuutta ja saatavuuden jatkuvuutta koskevat paineet.....	34
3.5.3 Rahoitusjärjestelmän selkeyden ja kestävyysvaatimus.....	35
4 HOIVAN RAHOITUKSEN KANSAINVÄLISTÄ VERTAILUA	36
4.1 Kansainvälisistä hoivamalleista ja niiden rahoituksesta.....	37
4.1.1 Taustaa kansainvälisten mallien tarkastelulle.....	36
4.1.2 Katsaus eurooppalaisiin hoivajärjestelmiin rahoituksineen.....	37

4.2 Pakollinen sosiaalivakuutus – Saksan ja Japanin mallit.....	40
4.2.1 Saksan hoitovakuutus ja sen käyttöönoton tavoitteet.....	40
4.2.2 Saksan hoitovakuutuksesta kertyneitä kokemuksia.....	41
4.2.3 Japanin hoivavakuutus.....	43
4.3 Kansainvälisiä kokemuksia tilimalleista	44
4.3.1 Hollannin henkilökohtainen tilimalli (Persoonsgebonden budget).....	44
4.3.2 Saksan tilimalli (Pflegebudget)	45
4.3.3 Singaporen vakuutukseen kytketty tilimalli (MediSave ja ElderShield).....	45
5 RAHASTO- JA TILIMALLIT SUOMALAISESTA NÄKÖKULMASTA	47
5.1 Vaihtoehtoisten mallien tausta.....	47
5.2 Rahastomallit	48
5.2.1 Hoivarahasto riskien jakajana ja hyvinvointilupauksena.....	48
5.2.2 Rahastovien mallien yleistä arviointia	49
5.2.3 Verotukseen perustuva rahastomalli terveydenhuollon rahoittamisessa	50
5.2.4 Kansallinen terveydenhoidon ja vanhustenhuollon tilaaja ja rahoittaja KATIRA.....	50
5.3 Tilimallit	51
5.3.1 Henkilökohtainen tili suomalaisesta näkökulmasta	51
5.3.2 Tilimallin yleistä arviointia.....	54
5.4 Eläkettä saavan hoitotuen ja omaishoidontuen yhdistäminen	54
5.4.1 Päällekkäisyyksien ja epätasa-arvon poistaminen	54
5.4.2 Uuden hoitotuen arviointia.....	57
6 SOSIAALIVAKUUTUS HOIVAN RAHOITUKSESSA.....	58
6.1 Sosiaalivakuutus hoivan näkökulmasta.....	58
6.2 Sosiaalinen riski ja sen toteutuminen hoivan alueilla.....	59
6.2.1 Toimintakyvyn heikkeneminen sosiaalisena henkilöriskinä.....	59
6.2.2 Riskin toteutuminen sekä etuudet.....	60
6.3 Rahastointi ja sosiaalivakuutusperusteisen rahoituksen uskottavuus	61
6.3.1 Rahastointi julkisena säästämisenä.....	61
6.3.2 Palvelujärjestelmä sosiaalivakuutusperusteisessa hoivavakuutuksessa.....	62
6.3.3 Hoivavakuutusmallin arviointia	64
7 YHTEENVETO JA POHDINTA.....	65
7.1 Kansainväliset hoivan rahoitusmallit	65
7.2 Suomalaista keskustelua hoivan rahoituksesta	69
7.3 Verotus vs. sosiaalivakuutus hoivan rahoituksessa	70

I TAUSTA JA TAVOITTEET

I.1 HOIVAN RAHOITUKSEN HAASTEET

Hoivasektorin nähdään Suomessa yleisesti toimivan hyvin ja kansainvälisesti tarkastellen kohtuullisilla kustannuksilla. Huolta herättää väestörakenteen muuttumisen ja ikääntyneiden määrän lisääntymisen mukanaan tuoma palvelutarpeiden kasvu. Hoivaa tarvitsevien määrän lisääntyessä kasvavat myös sen järjestämiskustannukset. Kunnissa menojen kasvua jarrutetaan usein kaventamalla hoivan tarjontaa ja tiukentamalla sen saatavuutta, toisin sanoen palvelut rajataan tiukasti vain niitä eniten tarvitseville. Tämä herättää helposti epäilyjä riittävän hoivan saatavuudesta. Onkin syytä pohtia, miten tulevana vuosikymmeninä hoivan rahoituksen taso ja vakaus sekä palvelujen tasa-arvoinen saanti kaikissa olosuhteissa turvataan.

Toisin kuin vakuutukseen perustuvat eläkkeet, ovat kuntien järjestämät hoivapalvelut pääosin verorahoitteisia ja siksi periaatteessa alttiita talouden ja huoltosuhteen kehityksen sekä poliittisen päätöksenteon vaihteluille. Kansalaiset ovat alkaneet kysyä, onko poliitikkojen usein toistama lupaus hoivan saannista ylisukupolvisesti sitova ja asuinkunnasta riippumaton ”sopimus” ja kunnioitavatko politiikantekijät lupausta myös tulevaisuudessa kaikissa olosuhteissa. Esimerkiksi Valtioneuvoston kanslian ikääntymiseen varautumista koskeva raportti tuo tämän esiin (Laine ym. 2009). Sosiaaliturvan riittävyyteen kohdistuva epävarmuus saattaa olla osittainen syy siihen, että eläkkeelle jäämistä seuraa kulutuksen vähentäminen ja säästäminen; hyvinvointivaltion lupauksiin ei välttämättä luoteta, vaan kansalaiset haluavat varautua riskeihin (Kiander ym. 2004).

Jos laadullisesti korkeatasoiset palvelut ja niiden täysi verorahoitus halutaan säilyttää, on hoivakustannuksiin panostettava entistä enemmän verovaroja tilanteessa, jossa ainakin näillä näkymin veronmaksajat vähenevät. On kyse myös sukupolvien välisestä oikeudenmukaisuudesta. Toimiiko hyvinvointivaltion ylisukupolvinen hyvinvointilupaus, jos jollekin sukupolvelle sälytetään aiempaa raskaampi vastuu edellisen sukupolven hoivan kustantamisesta epätietoisina siitä, saavatko he vuorollaan vastaavat palvelut?

Kansalaisten mielestä etusijalla on edelleen verovaroin rahoitettu hoiva, mutta kyselytutkimukset osoittavat, että kiinnostus varautumiseen myös yksityisen tai julkisen hoivavakuutuksen kautta on selvästi kasvanut. Vuosina 2004 ja 2006 kerätyn aineiston mukaan kolmasosa ja jopa 60 prosenttia 18–24-vuotiaista kannatti jonkinlaisen, julkisen tai yksityisen hoivavakuutuksen käyttöönottoa (Vaarama ym. 2009). Tulo- ja varallisuustason noustessa oman varautumisen mahdollisuus kasvaa ja mielenkiinto sitä kohtaan lisääntyy myös siitä syystä, että yhteiskunnan järjestämän hoivan asiakasmaksut ovat kotitaloudelle huomattavia ja osa ikääntyneistä arvostaa elintason noustessa yhä enemmän valinnanvapautta ja itse hankittuja yksilöllisiä hoivapalveluja.

Universaali verotuksella rahoitettu hoivajärjestelmä on hyvinvointivaltion vastaus yhtäältä hoivan tarpeeseen liittyvään epävarmuuteen ja sen kansalaisille tuottamaan taloudelliseen riskiin ja toisaalta palvelujen oikeudenmukaiseen ja tasa-arvoiseen saatavuuteen. Rahoituksellisesti näitä tavoitteita voidaan toteuttaa kuitenkin monin tavoin ja rahoitusmallit vaihtelevat maittain paljon. Kollektiivisen rahoituksen toteuttaja voi olla julkinen taho (valtio, kunta, kuntayhtymä, Kansaneläkelaitoksen tyyppinen instituutio), yksityinen yritys (vakuutusyhtiö) tai yhteisö (sairauskassa tms.). Maksut voivat olla veroja, vakuutettujen tai työnantajien vakuutusmaksuja tai jäsenmaksuja tai esimerkiksi rahastojen tuottoja. Kollektiivinen rahoitus voi korvata osan asiakkaan kuluista joko hoivan antajalle tai henkilölle itselleen tai palvelut voidaan tarjota asiakkaalle maksutta (Pekurinen, 2007).

Hoivajärjestelmä kaipaa selkeyttämistä. Moderni lakisääteinen, verovaroilla järjestetty sosiaaliturva on luotu Suomessa vuosikymmenten kuluessa. Ajan myötä sitä on laajennettu

ja syvennetty, joskus uudella kokonaisuudella, kuten 1960-luvun alussa sairausvakuutuksella. Usein ongelmia on korjattu asia kerrallaan, säätämällä uutta entisen päälle tai kyllä erillislakina, kuten sosiaalihuoltolain mukaista omaishoidon tukea koskeva laki vuonna 2005. (Ks. Särkelä ym. 2007; Häggman 1997.) Seurauksena on sirpaleinen ja hajanainen sosiaaliturva.

Vanhus, vammainen ja pitkäaikaissairas kohtaa sosiaaliturvajärjestelmän kompleksisuuden esimerkiksi silloin, kun hän hakee kunnan ja valtion viranomaisilta eri virastoista ja laitoksista itselleen arjessa välttämätöntä kotipalvelua, lääkinnällisiä toimenpiteitä, apuvälineitä tai taloudellista tukea erityiskuluhiinsa. Kansalaisen terveydentila, toimintakyky ja taloudellinen tilanne voivat tulla useampaan kertaan tutkituiksi ja arvioiduiksi eri instituutioiden näkökulmista. Kokonaisuus jää usein ihmiselle itselleen hämäräksi, kun asiakasmaksetkin määräytyvät hyvin monella ja usein läpinäkyvämmällä tavalla.

Sosiaaliturvan ja vanhuspalvelujen järjestelmän selkeyttämisen tarpeesta vallinneen yksimielisyys. Aiheesta on tehty eduskunta-aloitteita, ja ongelmia ovat käsitelleet komiteat ja työryhmät, joiden ehdotuksista osa on johtanut muutokseen ja osa on sivuutettu. (Särkelä ym. 2007, 140 – 156.) Viimeksi uudistuksia on käsitelty vuoden 2009 lopussa työsä valmiiksi saanut Sata-komitea ja toukokuussa 2009 asetettu sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista selvittävä työryhmä.

1.2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TOTEUTUS

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan hoivapalveluiden¹ rahoitustapoja ja -rakenteita ja pyritään tuomaan myös uusia näkökulmia rahoitustapoihin. Taustalla on jäljempänä tarkemmin selostetut aiemmin käydyt keskustelut.

Ikääntyneiden hoivan tarvitsijoiden määrän kasvaessa hoivajärjestelmän rakenteellinen selkeys ja resurssien tehokas kohdentaminen sekä eri hoiva- ja tukimuotojen yhteensovittaminen ovat entistä tärkeämpiä. Palvelujen rahoitustapaa tarkasteltaessa tässä työssä otetaan huomioon myös hoivapalveluiden järjestämistapa, sillä se vaikuttaa palvelujärjestelmän toimijoiden – rahoittajan, järjestäjän, tuottajan ja käyttäjän – keskinäisiin suhteisiin ja heidän käyttäytymiseensä, ja sitä kautta palvelujen käytön määrään ja kustannuksiin.

Työn tarkoituksena on selvittää, voidaanko ja millä keinoin hoivan rahoitus organisoida sosiaalivakuutuksen tyyppiseksi hoivavakuutukseksi tai pakolliseksi yksilölliseksi hoivatiliksi, sekä sitä, mitä potentiaalisia hyötyjä ja haittoja tällaisiin järjestelmiin liittyy verrattuna verorahoitukseen jakojärjestelmään, jossa vuosittaiset menot ovat yhtä suuret kuin tarvittava ja kerättävä rahoitus. Lähtökohtana on tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus hoivapalvelujen saatavuudessa.

Tarkastelu koskee ikääntyneille, pitkäaikaissairaille ja vammaisille tarkoitettuja kotona tai kodinomaisissa oloissa asumista tukevia palveluita. Kysymys voi olla lyhyt- tai pitkäaikaisesta hoivan tarpeesta. Suomessa pitkäaikaishoitoa tarvitsevia hoidetaan terveyskeskuksissa, vanhainkodeissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Terveystieteiden tutkimuskeskusten toimintaa ja sosiaalihuollon lainsäädäntö vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen toimintaa². Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa ja vanhainkodissa hoito on laitoshoidon, tehostettu palveluasuminen puolestaan on avohoitoa. Käytännössä samanlaisia palveluja saavaa asiakasta kohdellaan eri tavalla riippuen siitä, katsotaanko palvelu avo- vai laitoshoidoksi. Laitokseen ei ole maksettu eikä makseta edelleenkään toimeentuloturvaetuksia samalla tavalla kuin avohuoltoon. Laitoshoidon asiakasmaksuista ja -maksuperusteista säädetään lailla, kun ne avohuollossa ovat suurelta osin kuntien päätettävissä. Tämän seurauksena kunnat ovat muuttaneet laitospalveluita avohuollosiksi, koska nimen muuttaminen laitoshuollosta avohuollosiksi tekee toiminnan kunnille edullisemmaksi muiden ra-

1 Hoivapalvelun käsitteen käytölle ja sen sisällölle ei ole olemassa yhtenäistä linjaa. Esimerkiksi Järvinen (2004, 196) lukee hoivapalveluihin sekä avo- että laitoshoidon. Stakesin raportissa Hoivan ja hoidon... (2006, 18) ehdotetaan, että hoivaan lasketaan muun muassa sosiaalitoimen, lasten päivähoito, vanhustenhuolto, päihdehuolto, asumis- ja vammais- ja vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet eli palvelut, jotka perustuvat vapaaehtoisuuteen ja palvelun tarjoajan ja vastaanottajan vuorovaikutukseen.

2 Sosiaalihuoltolain (710/1982) säädelään kotona asumista tukevia palveluita ja kansanterveyslailla (66/1972) kotisairaanhoidon. Myös niin kutsutussa vammais- ja vammais- ja vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) on palveluita koskevia säädelöksiä. Laki on kuitenkin toissijainen, joten sen mukaiset palvelut tulevat kyseeseen, jos vammainen henkilö ei saa tarvitsemiaan palveluita muiden lakien perusteella. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista (1507/2007) rajaa avo- ja laitoshoidon käsitteet.

hoitajien – asiakkaiden ja valtion – kustannuksella, vaikka palvelun sisältö asiakkaalle olisi käytännössä sama. Laitos- ja avohoidon rajanvetoa poistetaan parhaillaan hallitusohjelman mukaisesti nk. Avola-uudistuksessa.

Hyvinvointivaltion linjaus ja kuntien velvoite järjestää palvelut otetaan työssä annettui-
na. Julkisen rahoituksen perusteita ei kyseenalaisteta, mutta pohditaan mahdollisuuksia kannustaa kansalaisia myös vastuullisiin, verovaroja säästäviin valintoihin ja tulevaisuuden-
turvansa täydentämiseen yksityisin vakuutuksin tai vastaavin keinoin. Työn keskiössä on rahoitusjärjestelmä, mutta palveluihin kohdistuvat määrälliset ja laadulliset vaatimukset sekä käytännössä muotoutuva palvelujen sisältö asettavat sille omat ehtonsa. Ei voi tutkia rahoitusjärjestelmää tarkastelematta rahoituksen kohdetta ja tarvetta.

Taustaksi raportin alussa kuvaillaan hoivan käsitettä ja hoivapalvelujärjestelmää. Kuva-
uksen tarkoitus on avata kohtuullisen monimutkainen järjestelmä niin, että keskustelijoilla on eväitä hahmottaa paitsi rahoitustarpeet myös järjestelmään aikojen saatossa kertyneet eräät monikanavaisuudet ja päällekkäisyydet. Suomalaisesta keskustelusta otetaan esille hoivarahastomallit ja erityistarkasteluun nykyjärjestelmän edelleen kehittäminen pienin as-
kelin yhdistämällä Kansaneläkelaitoksen (Kela) hallinnoiman eläkettä saavan hoitotuki sekä kuntien järjestämä omais- ja perhehoidon tuki.

Työssä hyödynnetään ulkomaisia ikääntyneille tarkoitettun hoivan/pitkäaikaishoidon ra-
hoittamisen malleja ja kotimaista aihepiirissä käytyä keskustelua ja tutkimusta. Kansain-
välisten esimerkkien ja aihepiiristä Suomessa käydyn keskustelun perusteella käsitellään erilaisia malleja organisoida ikääntyneiden, pitkäaikaissairaiden ja vammaisten universaalien hoivan julkinen rahoitus. Erityistarkasteluun otetaan myös sosiaalivakuutuksen periaatteel-
la toimiva rahoitus.

1.3 TYÖN LÄHTÖKOHDAT JA MOTIVOINTI

1.3.1 Työn lähtökohdat

Ensimmäisenä lähtökohtana on väestön ikääntyminen ja muut syyt, jotka johtavat hoiva-
palvelujen tarpeen ja niin muodoin myös niiden rahoitustarpeen kasvuun. Koteihin jär-
jestettävissä hoivapalveluissa on kyse asiakaskohtaisesti pitkäaikaisesta ja säännöllisestä toiminnasta, vaikka rahoitusjärjestelmän on katettava myös lyhytaikaisen hoivan tarjonta. Ikääntyneiden, pitkäaikaissairaiden ja vammaisten ihmisten toimintakyky pääsääntöisesti heikkenee ajan kuluessa, joten heidän palvelujen tarpeensa kasvaa.

Työn toisena lähtökohtana on se, että kansalaiset eli äänestäjät hyväksyvät periaatteen, jonka mukaan koko väestö osallistuu hoivan rahoittamiseen. Veronmaksun vastineeksi kansalaiset odottavat toimivaa palvelujärjestelmää, jossa julkinen sektori ottaa vastuun ja järjestää formaalin hoivan silloin, kun informaalia hoivaa ei ole saatavissa tai se ei riitä. Ää-
nestäjien palvelujärjestelmälle antama legitimitetti luo jatkuvuutta kehittämistyölle. Läh-
tökohtana on myös se, että palvelujen järjestämistä on julkisilla toimijoilla.

Kolmantena lähtökohtana ovat tulevien ikääntyneiden yksilölliset odotukset hoivapal-
velujen sisällön, laadun ja määrän suhteen. On etsittävä malleja, jotka antavat palvelujen käyttäjille mahdollisuuden vaikuttaa ja halutessaan tehdä omia tarpeitaan vastaavia eli asiakaslähtöisiä valintoja. Tähän liittyy se, että Suomessa on lain tai sitä alemmalla tasolla määrittelemättä tai ohjeistamatta peruspalvelut, jotka katsotaan riittäviksi. Kaikille palveluja tarvitseville taattavan peruspalvelun laajuuden ja laadun määrittäminen edistäisi kansa-
laisten tasa-arvoista palvelujen saantia. Taloudellisella puolella se saattaisi parantaa rahoi-
tustarpeen ennustettavuutta. Lisäksi se mahdollisesti jakaisi julkisen vallan ja kansalaisen vastuuta ottamalla kantaa siihen, mitä kansalaiset voivat julkisilta palveluilta odottaa, jol-
loin muodostuisi markkinarako esimerkiksi yksityiselle, tulevaisuuden lisäturvaa takaavalle hoivavakuutukselle.

Neljäntenä lähtökohtana on suuntaus, jossa kansalaiselle välttämättömät palvelut ja etuudet pyritään järjestämään niin, että toimintakyvyltään heikkenevän ihmisen asiat hoi-
tuisivat joustavasti. Oletetaan, että hoivapalvelujen ja niiden rahoituksen alueilla etuuksia

yhdistämällä ja niiden hallintoa keskittämällä saavutetaan hyötyjä ja edistetään yleistä tasa-arvoa.

Viidentenä lähtökohtana on se, että eläkeläisten tulot ja varallisuus kasvavat ja heidän kiinnostuksensa omaan vanhuuteensa varautumiseen sekä omia tarpeita ja toiveita vastaavien hyvinvointi- ja hoivapalveluiden ostamiseen lisääntyy.

1.3.2 Rahoitusjärjestelmän tehtävät

Hyvä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on taloudellisesti kestävä sekä oikeudenmukainen rahoitusrasituksen jakautumisen ja palvelujen määrällisen ja laadullisen saatavuuden suhteen. Se on läpinäkyvä ja ymmärrettävä, ja luo kannustimet tehokkuuteen ja vastuullisuuteen palveluiden järjestämisessä ja tuottamisessa, sekä myös kuluttamisessa. Järjestelmän on ohjausvaikutukseltaan oltava sellainen, että palvelut kohdistuvat oikein ja niiden vaikutus niitä käyttävän väestönosan terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin on toivottu ja panoksia vastaava. Hyvässä järjestelmässä otetaan huomioon vallitsevat arvot siitä, mitkä ovat hoivaa tarvitsevien hyvän elämän edellytykset, oikeudet ja vapaus tehdä valintoja, mutta myös vastuu omasta palvelukokonaisuudesta.

Sosiaali- ja terveydenhoidon rahoitusjärjestelmän tehtävänä on:

- kerätä palveluiden järjestämiseen tarvittava rahoitus, hallinnoida ja valvoa varojen käyttöä
- tasoittaa varoja ja siten riskiä yli ajan sekä väestöryhmien ja yksilöiden
- määrittellä kustannusjako eri osapuolten välillä mukaan lukien palvelujen käyttäjät.

Hoivan rahoitus voidaan organisoida institutionaalisesti useilla tavoilla ja asiakkaiden saamat etuudet voivat muodostua rahasta tai palveluista tai niiden yhdistelmästä. Periaatteessa kollektiivisesti rahoitetussa järjestelmässä on kuitenkin aina kolme osapuolta: 1) kansalliset palvelujen tarvitsijoina ja käyttäjinä, 2) palveluiden järjestäjät ja tuottajat eli julkinen sektori, yrityssektori ja kolmas sektori, sekä 3) rahoittajat, joina toimivat myös maksavat asiakkaat.

Tämä työ keskittyy periaatteellisiin kysymyksiin eikä se sisällä yksityiskohtaista tilastoeikä vakuutusmatematiikkaa, joiden aika on sitten, kun avoin yhteiskunnallinen keskustelu on riittävän tiheää. Keskustelun edetessä, kun näkyvissä on potentiaalisia rahoitusvaihtoehtoja, joista ehkä joku tai jotkut saavuttaisivat äänestäjien hyväksynnän, on syytä ryhtyä tarkemmin tutkimaan niitä erilaisin laskelmin ja niiden keskinäistä paremmuutta vertaillen.

1.3.3 Hoivan rahoituksesta Suomessa käyty keskustelu

Rahoituksen riittävydestä keskustellaan – rahoitusmalleista vähemmän

Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden tarvitseman hoivan verorahoituksen riittävyys nyt ja tulevaisuudessa on ollut esillä julkisessa keskustelussa. Kansalaiskeskustelu on kuitenkin koskenut pääosin väestön ikärakennetta ja huoltosuhteen kehitystä sekä hoivatyöntekijöiden mahdollista vajetta. Asiantuntijatasolla tutkimuksissa ja selvityksissä on josain määrin pohdittu myös hoivan rahoituksen malleja ja niistä on herännyt mielipiteiden vaihtoa³ mutta varsinaista poliittisen prosessin käynnistävää yhteiskunnallista keskustelua rahoitusjärjestelmän erilaisista vaihtoehtoista ja Suomeen ehkä soveltuvista uusista malleista ei ole vielä kunnolla aloitettu. Terveydenhuollon rahoituksesta käyty keskustelu on ollut laaja-alaisempaa kuin hoivan rahoituksen pohdinta.

Vaikka väestönkehitystä on pyritty monipuolisesti eri näkökulmista ennakoimaan, niin toisin kuin eläkejärjestelmän kohdalla, ei palvelujen rahoitustarpeen kasvuun ole ryhdytty konkreettisesti varautumaan. Näin siitä huolimatta, että tunnustetaan hoivan ja sen rahoitusjärjestelmän pirstaleisuus ja sen seurauksena se, että palveluketjut saattavat olla tarpeet-

3 Esim. hoivarahastoa kosketellut, Työpoliittiseen aikakauskirjaan 3/2003 kirjattu työministeriön edustajan herättelemä, Palkansaajien ja Elinkeinoelämän tutkimuslaitosten ja valtiovarainministeriön edustajien käymä keskustelu. [20.7.2009] http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/aikakausi/tak/TAK_2003_3_2.pdf

toman monimutkaisia ja katkonaisia eli toiminnan tehokkuutta on mahdollista lisätä. (Met-sämäki 2006, 51 ja Vaarama 2004, 135.)

Aika ajoin on ollut esillä myös ansioeläkkeiden paraneminen ja sen myötä kysymys siitä, pitäisikö ihmisten ottaa itse suurempi taloudellinen vastuu tarvitsemistaan palveluista. Tähän liittyen on muun muassa selvitetty yksityisen hoito- tai hoivavakuutuksen luomista. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 3.3.2000 työryhmän selvittämään vapaaehtoisen hoitovakuutuksen käyttöönottoa. Työryhmän lähtökohtana oli, että hoitovakuutuksen tuli olla julkisia palveluja täydentävä ja niiden käyttöä tukeva tapa rahoittaa vanhuspalveluja. Loppuraportissa työryhmä katsoikin, että yksityisiä palveluja korvaava, vahinkovakuutukseen rinnastettava riskivakuutus voitaisiin ottaa käyttöön muun muassa edellytyksin, että vakuutustapahtuma määriteltäisiin lainsäädännössä, vakuutusmaksut eivät olisi verovähennyskelpoisia, vakuutuskorvauksia ei katsottaisi tuloiksi lakisääteisten pitkäaikaishoidon korvauksia myönnettäessä eivätkä korvaukset vaikuttaisi asiakkaan oikeuteen saada tarvitessaan julkisia palveluja eivätkä niistä perittäviin asiakasmaksuihin.⁴ Työryhmän näkemykset herättivät keskustelua, ja sen loppupäätelmistä arvosteltiin etenkin vakuutusmaksujen verovähennyskelpoisuutta koskevaa osiota.⁵

Sosiaalimenotoimikunta Somera hahmotteli vuoden 2002 taustaraportissaan ikääntyneiden pitkäaikaishoidon ja -hoivan järjestämistä rahoittamaan keskusrahastoa, joka saisi tulonsa kunnilta tai kunnilta ja valtiolta. Toimikunta tarkasteli myös eräissä muissa maissa käytössä olleita terveyspalvelujen tilimalleja. Keskusrahasto- ja tilimallin esille ottamisessa oli yhtenä näkökohtana se, että rahoitusjärjestelmän avulla ikääntyneitä ohjattaisiin vastuullisiin valintoihin. Eri rahoitustavat tulivat esille valtiovarainministeriön kesäkuussa 2002 julkistetuissa julkista taloutta tutkineen Immo Pohjolan työryhmän raportissa, ja selvityshenkilö Elli Aaltonen mainitsi myös rahoitusjärjestelyt vuonna 2004 julkistetussa raportissaan ”Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen” viitaten Saksan hoitovakuutukseen.⁶

Jonkin verran on käyty keskustelua eläkettä saavan hoitotuen (aiemmin eläkkeensaajan hoitotuki) kehittämisestä julkiseksi vakuutukseksi, jota selvitettiin sosiaaliturvan uudistusta pohtineen SATA-komitean työn yhteydessä⁷. Myös hoivarahaston periaate on saanut joidenkin yhteiskunnan toimijatahojen hyväksynnän.⁸

Hoivan kehittämisen viimeaikaiset strategiset linjaukset

Pääministeri Matti Vanhasen toisen hallituksen 19.4.2007 ohjelman alkusanoissa todetaan, että hyvinvointiyhteiskunnan rakentamisessa hallitus haluaa selkiyttää oman vastuun, yhteisen vastuun ja yhteiskunnan vastuun välistä suhdetta.⁹ Ohjelman osiossa ”10.3 Kattavat ja vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelut” todetaan muun muassa:

- Hallituksen tavoitteena on turvata sosiaali- ja terveydenhuollon vakaa rahoitus ja palvelujen saatavuus.
- Palvelujen järjestämistä vastuu tulee säilyttää kunnilla ja rahoituksen tulee pääosin perustua valtionosuuteen ja kuntien omiin verotuloihin.
- Kattavan vanhustenhoidon turvaamiseksi parannetaan hoitotuen, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen, omaishoidontuen ja kotitalousvähennyksen yhteensovittamista siten, että nämä täydentävät toisiaan saumattomasti.
- Selvitetään mahdollisuuksia siirtää omaishoidon tuki Kansaneläkelaitokselle.
- Selvitetään mahdollisuudet hoitovapaajärjestelmän kehittämiseen työn ja omaishoidon paremmaksi yhteensovittamiseksi.

4 Hoitovakuutustyöryhmän muistio... 2001, 66–67.

5 Esim. Palvelutyönantajien sosiaalipoliittinen asiamies Saara Kerttula, Taloussanomien 24.7.2001. [20.7.2009] <http://www.taloussanomien.fi/arkisto/2001/07/24/hoitovakuutus-on-investointi-tulevaisuuteen/200128221/12>

6 Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:3, 28.

7 Hoitotuen ja omaishoidon tuen yhteensovittaminen ”uudeksi hoitotueksi” ks. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLEF-10835.pdf.

8 Hoivarahastosta keskustelua herättivät muun muassa Lassila ja Valkonen (2003) kirjallaan Hoivarahasto. Esim. SAK:n Lauri Ihalaisen puhe 24.11.2006 <http://www.sak.fi/suomi/tietoasaksta.jsp?lang=fi&location1=5&id=30782>; JHL:n puheenjohtajan Tuire Santamäki-Vuoren puheenvuoro sähköisessä julkaisussa Motiivi 2/2007 http://www.ktv.fi/sivu/jhl_www_1625 [20.5.2009]

9 Kaikki hallitusohjelmat: www.valtioneuvosto.fi/tietoa-valtioneuvostosta/hallitukset/hallitusohjelmat/fi.jsp [25.03.1009]

Hallitusohjelmassa on myös hoito- ja hoivatakuuta sekä palvelusetelin käytön laajentamista koskevat lausekkeet, ja osiossa ”10.6 Kestävä eläkepolitiikka” on lisäksi maininta:

- Selvitetään vapaaehtoisen hoivavakuutuksen ja hoivarahaston käyttöönottoa.

Omaishoitoon verrattavissa on sosiaalihuoltolaissa kunnan järjestettäväksi säädetty perhehoito. Yhtenäisyyden vuoksi voinee mukaan ottaa myös perhehoidon tuen. Esimerkiksi näistä tuista ja Kelan ennestään hallinnoimasta eläkettä saavan hoitotuesta olisi mahdollisesti hahmotettavissa yksi julkinen rahoitusmalli, joka nivoutuisi yhteen monituottajamallin mukaisen palvelujärjestelmän kanssa.

Suomen lähivuosien hoivastrategiaa on linjattu myös muissa asiakirjoissa. Esimerkiksi Hyvinvointi 2015-ohjelmassa on tuotu esille tarve selkeyttää yhteiskunnan vastuun, oman vastuun ja yhteisen vastuun välistä suhdetta.¹⁰ Lähtökohtana on julkisen rahoituksen keskeisyys, palvelujen järjestämisen osalta monipuoliset tuotantotavat julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toteuttamina sekä käyttäjien osalta asiakkaan valinnanvapauden aiempaa parempi kunnioittaminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto julkistivat ensimmäisen ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2001, ja uusin ikäihmisten palvelujen laatusuositus on vuodelta 2008. Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. Hoivan yhteiskunnallista merkitystä ilmentää se, että suosituksessa on valtakunnallisiksi tavoitteiksi vuoteen 2012 mennessä asetettu, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä:

- 91–92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin
- 13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa
- 5–6 prosenttia saa omaishoidon tukea
- 5–6 prosenttia on tehostetun palveluasumisen piirissä
- 3 prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla.

Kesällä 2007 asetetun, sosiaaliturvan kokonaisuudistamista valmisteleavan SATA-komitean väliraporttiin (Sosiaaliturvan uudistuskomitea 2009, 50–51) on kirjattu muun muassa seuraavat tavoitteet:

”Ikääntyneiden määrän kasvaessa on varmistettava hoivan riittävyys ja voimavarojen tehokas kohdentaminen sekä selkeytettävä eri toimijoiden vastuut hoivan toteuttamisessa. Hoivaan liittyvät taloudelliset tukimuodot ja palvelut on sovitettava yhteen asiakkaiden kannalta toimivaksi kokonaisuudeksi. Tukien tulisi myös olla neutraaleja siten, ettei taloudellinen tuki johda epätarkoituksenmukaisiin asiakkaan tarpeita vastaamattomiin hoivan muotoihin.”

Jo aiemmin on ollut pyrkimys sosiaaliturvan osalta selkeyttää vakuutusperusteisten etuuksien ja muiden etuuksien rahoituksen keräämistä. Esimerkiksi sairausvakuutuksen etuuksien rahoitusta selkiytettiin ja vakuutusperiaatetta vahvistettiin vuonna 2006.

Koko sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista pohtiva työryhmä on aloittanut työnsä, mutta sen lopulliset linjaukset ovat odotettavissa vuosien 2010 – 2011 mittaana¹¹. Uudistuksessa pyritään arvioimaan toimintaympäristössä tapahtuvien muutosten asettamia haasteita lain sosiaalihuoltolain soveltamisalaan ja lain sisältöön. Tärkeitä arvioitavia kysymyksiä ovat lain määrittämät peruspalvelut ja niiden suhde sosiaalihuollon erityispalveluihin, suhteet muihin lähitoimintoihin, erityisesti terveydenhuoltoon sekä yhteistyö muiden sektoreiden kanssa.

¹⁰ Hyvinvointi 2015..., 2007, 21–22.

¹¹ työryhmän väliraportti on julkaistu kesäkuussa 2010: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1514048. [25.6.2010]

2 HOIVA JA HOIVAPALVELUJEN JÄRJESTELMÄ

2.1 HOIVA JA HOIVAPALVELUJEN SISÄLTÖ

2.1.1 Hoivan määritelmä

Yleistä

Kaikki ikäryhmät tarvitsevat ja käyttävät periaatteessa samoja sosiaali- ja terveyspalveluja, mutta eri ikäryhmien tarpeisiin liittyy erikoispiirteitä. Nuoren ihmisen avuntarve voi olla tilapäistä, mutta ikääntymiseen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen on usein jatkuvaa ja eri toiminta-alueille laajenevaa, jolloin myös avuntarve kasvaa iän myötä. Tässä tutkimuksessa lähtökohtana on ikääntyneiden, pitkäaikaissairaiden ja vammaisten kodeissa ja kodin-omaisissa asuinoloissa – esimerkiksi palvelutaloissa ja ryhmäkodeissa – tuotettavat sosiaali- ja terveydenhuollon avopalvelut, jotka voivat olla tilapäisiä tai jatkuvia.

Tässä työssä koteihin tuotavien, asiakkaan koko elämäntilanteen huomioon ottavien avopalvelujen kokonaisuudesta käytetään käsitettä *hoiva* erotukseksi *hoidosta*, jolla pyritään erilaisin tarkoin rajatuin toimenpitein hoidettavan tervehtymiseen. Hoivan käsite on lyhyt ja yläkäsitteeksi sopivan abstrakti kattamaan eri laeissa yksilöidyt avopalvelut. Hoivan käsite ei ole yksiselitteinen, ja kussakin yhteydessä sitä käytetään tarkoitukseensa sopivalla tavalla. Esimerkiksi verolaissa kotitalousvähennystä koskevan osan maininta *hoiva- ja hoitopalvelut* tarkoittaa kotiin ostettavia sosiaali- ja terveydenhuoltolain mukaisia avopalveluja.

Naisasialiike ja 1980-luvun naistutkimus nostivat hoivan esille naisten omana työnä, jolla on yhteiskunnallinen, uusintava merkitys. Hoiva on ollut ja on edelleen naisten tehtävä. Etenkin vanhushoiva on työvoimaintensiivistä, kokonaisvaltaista työtä, jolla helpotetaan asiakkaan arjen sujumista ja tuetaan häntä löytämään jäljellä olevat voimavarat toimintakyvyn heikettyä. Siihen kuuluu arjessa selviytymistä auttavien toimien lisäksi myös se, ettei sairaus tai vamma johda eristäytymiseen ja yksipuoliseen elämään. Tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämä, vaikka sairaus tai vammat ovat voittamattomia. (Ks. Anttonen 2006, 13. 17 ja 81; Kalliomaa-Puha 2007, 29–30).

Arkikieleen hoivan käsite tuli viimeistään 1990-luvun lopulla sen jälkeen, kun kunnille oli annettu lisää valtaa valita sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistapa, ja kunnat ryhtyivät järjestämään vanhushoivaa yhä useammin hankkimalla niitä yksityiseltä sektorilta. Kotipalveluja ja kotisairaanhoidon tuottavia yrittäjiä ja yrityksiä ryhdyttiin tarkastelemaan *hoivayrityksinä*. Tutkijat kiinnostuivat muun muassa siitä, miten kunnat määrittivät tai tuoteistivat palvelut tarjouspyynnöissä.

Aiemmin yksinomaan perheissä tuotettu hoiva onkin yhteiskunnallistunut julkisen sektorin, markkinoiden ja kansalaisyhteiskunnan toimijoiden tekemäksi palkatuksi työksi. Hoivaa ja hoitoa voidaan tarkastella erillisinäkin. Hoito perustuu lääke- ja/tai hoitotieteelliseen asiantuntemukseen ja sitä antavat hoidon ammattilaiset. Hoiva taas viittaa kaikkeen siihen fyysiseen, psyykkiseen ja emotionaaliseen huolenpitoon, jota ilman avun tarpeessa oleva ihminen ei tule toimeen (Aarva 2009, 42), ja sitä voivat antaa niin koulutuksen saaneet ammattilaiset kuin läheiset ihmisetkin.

Hoivan määritelmä

Yleispiirteisesti ja lyhyesti hoiva määritellään tässä työssä seuraavalla tavalla (vrt. Sipilä 2003, 23 ja Gleckman 2007):

Hoiva on kokonaisvaltaista henkilökohtaista huolenpitoa sellaisesta ihmisestä, jolla on pysyvää tai pitkäkestoista toimintakyvyn vajausta ja, joka sen vuoksi tarvitsee toistuvasti tai päivittäin toisen ihmisen apua.

Toimintakyvyllä tarkoitetaan erilaisilla mittareilla mitattavissa olevaa fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ikääntyneen hoivantarvetta tarkasteltaessa pääpiirteissään kuvaten fyysinen toimintakyky käsittää hänen kykynsä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, pukeutumisesta, wc-käynneistä jne., sekä kotiaskareiden hoitamisesta, asioinnista kodin ulkopuolella jne. Kognitiivinen toimintakyky käsittää muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan. Psykkisen toimintakyvyn käsite liittyy ihmisen elämänhallintaan ja yleiseen tyytyväisyyteen, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Sosiaalinen toimintakyky käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa.

Hoivan ja palvelujen tarvetta arvioitaessa toimintakykyä mitataan laajasti ottaen huomioon yksilöllisiä seikkoja, mutta huomioon tulisi ottaa myös ihmisen asuin- ja elinympäristö. Toimintakykyä arvioitaessa voidaan käyttää hyväksi laitteita kuten vaikkapa verenpainetta tai puristusvoimaa mittaavaa laitetta, mutta myös muita mittausten menetelmiä, kuten kävely- ja tasapainotestejä. Yhteistä mittareille on, että niitä on testattu suurilla joukoilla ja että ne ovat yleisesti luotettaviksi katsottuja ja hyväksytyjä.¹²

Ikääntyneiden toimintakykyä arvioitaessa keskeistä on siis selviytyminen jokapäiväisistä toiminnoista kodissa tai kodinomaisissa oloissa. Taloudellisen toimintakyvyn arviointi ei kuulu testattaviin, mutta myös sitä tarkastellaan eräitä asiakasmaksuja määrättäessä ja silloin, kun kunnan sosiaalitoimen edustaja tarkistaa, että hoivan saaja on hakenut ja saanut hänelle kuuluvat etuudet.

Hoivaan sisältyy ripaus hoitoa

Hoivalla ja hoidolla voidaan jäsentää käytännön vanhustyötä, sillä vanhustyö edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. Kuitenkin hoivan ja hoidon ero on kuin veteen piirretty viiva silloin, kun ei ole kysymys selkeästi vaativista sairaanhoidollisista toimenpiteistä. *Laitoksessa sairaanhoitaja voi hoivata potilasta* kylvettämällä ja henkilökohtaisesti tukemalla. *Kodissa kunnan sosiaalitoimen lähihoitaja voi hoitaa asiakasta* vaikkapa antamalla pistoksia ja haavahoitoa. Samoin omais- ja perhehoitajat usein sekä hoivaavat että hoitavat. Hoiva- ja hoitotyöntekijöille itselleenkin rajanveto on vaikeaa, joskin heille hoitotyö näyttäytyy ammattilaisen tekemänä sairaanhoitotyönä ja tarkkarajaisempaan kuin hoivatyö, johon liittyy tunne ja jonka osaaminen syntyy arjen käytännöissä (Aarva 2009, 124).

Nykyisin noin puolet kunnista on yhdistänyt sosiaalihuoltolain mukaisen kotipalvelun ja kansanterveyslain mukaisen kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Jotkut kunnat tarjoavat esimerkiksi akuuttia erikoissairaanhoitoa kodeissa kotisairaalan muodossa edellyttäen, että potilaan tarvitsemat sosiaalihuollon palvelut järjestyvät erikseen.

Hoivan ja hoidon erottaminen on joskus paitsi hankalaa myös tarpeetonta. Tätä voidaan verrata lastenhoitoon, jossa kriittinen rajalinja kulkee hoivan ja kasvatuksen välillä, kun taas vanhushoivassa hoivan ja terveydenhuollon / sairaanhoidon välillä. (Aarva 2009, 42.) Lasta kasvatetaan myös hoivatessa, ja hyvä vanhushoiva sisältää lähes aina terveydenhuollon ja sairaanhoidon toimenpiteitä.

¹² Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 7.6.2006. Mittareista esimerkkinä lueteltakoon tässä vain ADL (Activities of daily living): päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä mittaava asteikko; IADL (Instrumental activities of daily living): välineellisistä päivittäisistä toiminnoista selviytyminen eli esim. apulaitteiden ja kodinkoneiden käyttö; MMSE (MiniMental state examination): muistihäiriön ja demensian vaikeusasteen arvioinnin mittari, arvioi kognition eri osa-alueiden toimintoja; RAI (Resident assessment instrument): laaja asiakaspohjainen seuranta- ja arviointijärjestelmä (koti- ja laitoshoidon järjestelmät) ja RAVA: ikääntyneen ihmisen toimintakykyä sekä päivittäisen avun ja palvelun tarvetta mittaava mittari.

2.1.2 Kokonaisvaltainen huolenpito

Hoivaa on kuvattu sanattomien sopimusten ja hiljaisten välttämättömyyksiensä kentäksi. Asiakkaan kotiin tuleva työntekijä mukautuu kodin haltijan käsityksiin kodista ja sen ylläpitämisestä. Yleensä asiakas toivoo omien tekemisen tapojensa jatkuvan, sillä koti koostuu tutuista rutiineista; arkisessa elämässä toistuvista toimista. Kotipalvelun sisältönä onkin jokapäiväinen toistuva tekeminen asiakkaan ehdoilla. Fyysisestä ympäristöstä huolehtimisen yhtenä tehtävänä on tuottaa ”koti” ja siihen sisältyen kodin jäsenet julkisesti hyväksyttävänä, mihin kuuluu siivoaminen ja tarvittaessa asiakkaan kylvettäminen ja asiakkaalle vaihtaminen. (Tedre 1998, 412–413 ja 2000, 520–525.) Hoivatyölle on ominaista, että kotiin tuleva työntekijä tunnistaa asiakkaan eli hoivattavan tilanteen, reagoi siihen ja pyrkii lisäämään hoivattavan hyvinvointia (Andersson 2000, 56–57).

Kodit asukkaineen ovat erilaisia, ja alan ammattilaisen tehtävä voi vaihtua varoittamatta ruuan valmistamisesta ihmiseritteiden siivoamiseen, tai päihtyneen asiakkaan hillitsemisestä seuraavassa kodissa kuolemaa pelkäävän vanhuksen tukemiseen. On kyettävä toimimaan aistivamman, viittomakielisen tai puhekykynsä kadottaneen asiakkaan kanssa. Vastaavasti kommunikaatio vaikeutuu toisin päin, mikäli globaalit hoivaketjut yleistyvät eli vieraista kulttuureista olevat, lähinnä naiset, jättävät lapsensa kotimaahansa edellisen sukupolven hoivattaviksi ja siirtyvät Suomeen hoivaamaan vanhuksiamme. Vaikka lähihoitajan työ varataan ihmiselle ja asuinrakennus ja huoneisto pyritään jättämään hoivan ulkopuolelle, voi kokonaisvaltainen huolenpito talvella edelleenkin joskus alkaa kulkuväylän puhdistamisesta lumesta ja puulämmitteisten uunien lataamisesta ja sytyttämisestä.

Itse asiassa ihmiseltä ihmiselle annettu hoiva on emotionaalinen, vastavuoroinen prosessi ja kahden osapuolen suhde, mikä edellyttää molemmilta kykyä hyväksyä ja sietää, sopeutua ja mukautua. Hoivaprosessin kuvaaminen ja tuotteistaminen eli kokonaisvaltaisen huolenpidon pilkkominen rajatuiksi osiksi ei ole helppoa, mutta siihen pyritään esimerkiksi henkilökunnan mitoitusta, palvelujen hinnoittelua ja palvelujen kilpailuttamista valmisteltaessa.

2.1.3 Lakisääteisten hoivapalvelujen sisältö

Muu kuin laitosmuotoinen hoiva muodostuu Suomessa kotipalveluista, palveluasumisesta, omais- ja perhehoidosta sekä kansanterveyslain mukaisesta kotisairaanhoidosta. *Kotipalveluilla* tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluina järjestetään 1) kodinhoitajan tai kotiavustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista; sekä 2) tukipalveluja, kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluita.

Palveluasuminen sisältää asumisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon avopalvelut. Asiakas maksaa erikseen asumisestaan ja käyttämistään palveluista. Palveluasumisesta ei ole säädöksissä tarkempaa määritelmää, mutta käytännössä se on jaettu *tavalliseen palveluasumiseen*, jossa henkilökuntaa on paikalla vain päivisin, ja *tehostettuun palveluasumiseen*, jossa henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Kela hyväksyy tehostetun palveluasumisen yksiköt avohoidon palveluiksi.

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiooloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. *Omaishoidon tuki* on kokonaisuus, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista kuten hoidon järjestäminen omaishoitajan vapaiden aikana, sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. Palkkio, jonka taso määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan, on veronalaista työkorvausta, josta peritään myös eläkevakuutusmaksu, ja se oikeuttaa myös eläkkeeseen. Monet kunnat järjestävät omaishoitajille erilaisia koulutus- ja virkistystilaisuuksia, joiden tarkoituksena on tukea omaishoitajia raskaassa työssä.

Perhehoidolla tarkoitetaan jatkuvan hoidon ja ylläpidon järjestämistä yksityiskodissa. Perhehoitajalaissa on saman tyyppisiä kunnalle asetettuja velvoitteita palvelujen järjestämiseksi kuin omaishoidon tukea koskevassa laissa. Perhehoidon järjestämisestä vastaava kunta tai kuntainliitto vastaa perhehoitajalle annettavasta tarvittavasta valmennuksesta, työnohjauksesta ja koulutuksesta. Perhehoitajan palkkio on veronalaista tuloa kuten omaishoitajan palkkiokin.

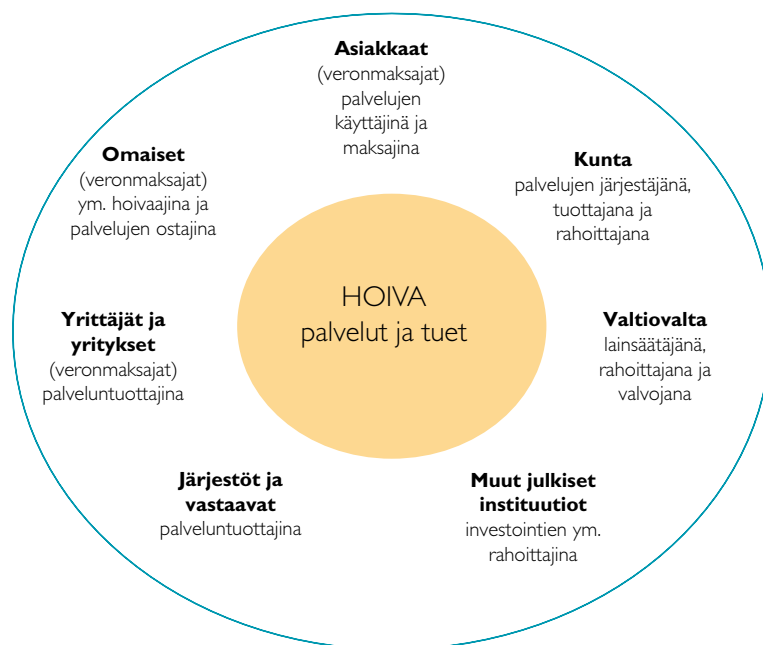
Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan ammatillisesti tuotettujen hoitopalvelujen kokonaisuutta, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito. Se annetaan henkilölle, joka kykenee sairaudestaan huolimatta asumaan kodissaan tai kodinomaisissa oloissa, mutta joka tarvitsee apua sairautensa tai vammansa vaatimissa hoitotoimenpiteissä ja voinnin seurannassa.

Hoivapalveluihin voitaneen liittää myös asiakkaan turvallisuutta edistävät palvelut, kuten turvapuhelin ja turvaranneke. Sähköiset turvajärjestelyt edellyttävät ihmistyövoimaa eli hälytyksiä vastaanottavaa ja edelleen käsittelevää henkilökuntaa. Saksassa pakollisen hoivavakuutuksen etuuksiin on liitetty apuvälineet ja asunnon muutostyöt (Häkkinen 2000, 38–39). Suomessa apuvälineistä osa kuuluu erikoissairaanhoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin, ja valtio ja kunnat myöntävät avustusta vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaamiseen.

2.2 HOIVAJÄRJESTELMÄ TOIMIJOINEEN

2.2.1 Hoivajärjestelmä pääpiirteissään

Hoivan järjestelmässä on useita toimijoita, jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään; toimijoilla on toistensa suhteen oikeuksia ja velvollisuuksia (kuvio 1).



Kuvio 1. Hoivajärjestelmän keskeiset toimijat

Hoivajärjestelmässä julkinen valta on keskeinen toimija. Valtiovalta säätää hoivaa koskevat lait ja antaa suosituksia, ja viranomaiset myös valvovat järjestelmää koskevien lakien noudattamista sekä pitävät rekisteriä alan yrittäjistä, yrityksistä, säätiöistä ja muista tuottajista, jolloin viranomaisilla on oikeus saada tarvittavat tiedot kunnilta ja palvelujen tuottajilta.¹³ Kuntien velvollisuus on järjestää lakisäätiset palvelut, ja niillä on oikeus määrittellä kunnallisveroprosentti ja saada myös valtion keräämistä veroista valtionosuusjärjestelmän kautta

¹³ Aiemmin lääninhallitukset, vuoden 2010 alusta aluehallintovirastot sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira, ks. [5.7.2009] http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/sosiaalihuollon_valvonta

osuutensa hoivan järjestämiseksi. Järjestelmän rahoitusvastuu palautuu pääsääntöisesti aina kansalaisille veronmaksajina. Tosin hoivan kehittämistä tukevan Raha-automaattiyhdistys RAYn varat tulevat kansalaisten pelaamista rahapeleistä ja hoivasektorin rakennusinvestointeja tukevan Valtion asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARAn rahasto on karttunut takaisinmaksetuista aravalainoista ja niiden koroista.

Asiakkaalla taas on oikeutensa palvelujen kuluttajana ja velvollisuutensa verojen ja asiakasmaksujen maksajana jne. Omaiset tuottavat pääasiallisen hoivan ja osallistuvat kustannuksiin maksamalla veroja tai ostamalla palveluja lähimmäisilleen, jolloin heillä on eräin ehdoin oikeus saada ostoistaan muun muassa kotitalousvähennys verotuksessaan. Vaikka hoivajärjestelmän pääpiirteitä voitaneen pitää jokseenkin selkeinä, toimijoiden väliset suhteet ovat vuosien mittaan monimutkaistuneet.

2.2.2 Hoivan kolme tuotantosektoria

Yleistä

Hoivaa tuotetaan kolmella taholla eli kansalaissektorilla, julkisella sektorilla ja yrityssektorilla. Yhden ja saman ihmisen saama hoiva voi olla omaisen antamaa, kunnan tuotantoa ja palvelualan yrittäjän, yrityksen, järjestön tai säätiön tuottamaa. Yleishyödylliset, voittoa tavoittelemattomat yhteisöt ja säätiöt voidaan lukea kuuluvan myös nk. kolmanteen sektoriin, mutta kaiken kaikkiaan yhdessä yritysten ja yrittäjien kanssa nekin ovat muodostamassa hoiva-alan markkinoita.

Hoiva voi olla informaalia eli epävirallista tai formaalia eli virallista tai palvelujärjestelmän kautta toteutettua. Se voi olla käyttäjälleen vastikkeetonta eli maksutonta tai vastikkeellista. Maksu voi kattaa palvelulle määritellyn koko hinnan tai se voi olla osamaksu eli osa todellisista tuotantokustannuksista (asiakasmaksu) tai määritellystä hinnasta (omavastuuosuus).

Informaali, perheissä tuotettu hoiva on kaiken ydin

Informaalilla hoivalla tarkoitetaan yhteisöllistä eli omaisten tai muiden läheisten, naapureiden tai muiden vapaaehtoisten antamaa vastikkeetonta hoivaa. Sitä pidetään yhteiskunnassa lähtökohtana. Suurin osa hoivasta tuotetaan kodeissa, joissa perheenjäsenet huolehtivat edelliseen ja seuraavaan sukupolveen kuuluvista läheisistään ja puoliset ja sisarukset toisistaan.

Valtaosa kaikesta vanushoivasta kaikissa maissa on informaalia, ja sitä säätelevät sellaiset yhteisölliset arvot kuten vastavuoroisuus, velvollisuus, rakkaus ja keskinäinen huolenpito (Anttonen ym. 2006, 93). Suomessa vuonna 2006 kerätyn aineiston perusteella arvioitiin, että noin 280 000 omaista hoivaa vanhusta, vammaista, sairasta tai muutoin apua tarvitsevaa perheenjäsentä tai muuta läheistä. Lähimmäisestään huolehtivista vain noin kymmenesosa sai kunnalta omaishoidon tukea (Voutilainen ym. 2007, 14). Vastikkeeton hoiva on tarpeen myös laitoksissa, joissa omaiset käyvät syöttämässä ja ulkoiluttamassa vanhuksiaan (Sipilä 2003, 26). Perheissä tuotettua hoivaa voidaan perustella myös yksilöllisyydellä (Kallioma-Puha 2007, 38). Esimerkiksi jotkut etenevät ja parantumattomat pitkäaikaissairaudet edellyttävät hoidettavalta sellaista vuorokauden rytmiä ja ajankäytön tarkkuutta lääkitsemisen, ruokailun, levon ja liikunnan vuorottelemisessa, että se onnistuu usein laitosta paremmin kotioiloissa omaisen tai läheisen ympärivuorokautisessa valvonnassa.

Omaisia ja läheisiä kannustetaan hoivatyöhön myös erilaisin tuin, joita kuvataan myöhemmin. Tukien taustalla on paitsi halu luoda mahdollisuus mahdollisimman pitkään kotona asumiseen, myös taloudelliset seikat. Monet omaishoidettavista ovat raskashoitaisia, joten omaishoito on tuettunakin halvempaa kuin vaihtoehtoiset hoitomuodot. Tulevaisuudessa kiinnostusta omaishoidon tukemiseen lisää myös niukentuva työvoima.

Formaali eli palvelujärjestelmän kautta järjestetty hoiva

Formaali hoiva on tyypillisesti ammattihenkilöiden korvausta vastaan antamaa apua, ts. julkisen tai yksityisen palvelujärjestelmän kautta saatua vastikkeellista hoivaa. Suomessa pe-

rustuslaki velvoittaa antamaan tarpeellisen hoivan, ja julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Koteihin tarkoitetut avopalvelut on lainsäädännössä määrätty kunnan järjestettäväksi. Ne ovat universaaleja, eli asumisperusteisina ne kuuluvat kaikille maassa asuville.

Itsehallinnollisella kunnalla on valtiosuuslain¹⁴ nojalla oikeus valita, järjestääkö se palvelut 1) hoitamalla toiminnan itse, 2) sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, 3) olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä, 4) hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta, 5) antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin¹⁵, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti. Valtakunnallisesti tarkastellen hoivapalveluissa käytetään kaikkia edellä mainittuja neljää järjestämistapaa, mutta läheskään jokainen kunta ei käytä koko keinovalikoimaa.

Kunnalla on oikeus periä palveluista vastikkeita siten kuin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992) ja asetuksessa (912/1992) säädetään. Palveluseteli on täydentävä järjestämistapa. Kunnan järjestämän hoivan lisäksi on myös yksityistä, vapaasti markkinoilta ostettavaa hoivaa.

Formaalin ja informaalin hoivan rajanveto

Virallisen ja epävirallisen hoivan raja on sumea. Pääsääntöisesti virallisena hoivana voidaan pitää kaikkea hoivaa, minkä kunta tavalla tai toisella järjestää. Kuitenkin rajankäyntiä sumentaa julkisen vallan mukaantulo ja verovarojen käyttäminen yksityisten henkilöiden hoivatyön tukemiseen ja palkitsemiseen (esimerkiksi omaishoito ja harvoin käytetty vanhuksen perhehoito), jolloin hoivaa tuottavalta henkilöltä ei edellytetä yrittäjyyttä. Lisäksi verotusoikeuden omaava evankelis-luterilainen kirkko järjestää vanhuksille maksuttomana diakoniapalveluna kotipalvelua muistuttavaa henkilökohtaista tukemista. Vastaavia, usein vastikkeettomia palveluja järjestävät myös vertaisyhdistykset, jotka voivat saada Raha-automaattiyhdistyksen (RAY)¹⁶ tukea ja kunnan tukea sellaiseen toimintaan, joka ei vääristä palvelutuottajien välistä kilpailua.

Markkinoiden näkökulmasta kaupallisella puolella rajan vetäminen on samalla tavalla vaikeaa muun muassa sen suhteen, onko formaalia hoivaa vain yhteiskunnan valvoma¹⁷ ja ammatillisen koulutuksen saaneiden henkilöiden¹⁸ antama palvelu vai yleensäkin kaikki vastikkeellinen, asiakkaiden maksama palvelu. Esimerkiksi tukipalvelut kuten siivous ja kylvetysapu tai päivittäisessä toiminnoissa annettava apu mielletään yleensä hoivaksi, vaikka sen antaisi sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviin kouluttamaton henkilö.

Hoivan markkinatuotanto

Hoivapalvelujen yksityiset markkinat koostuvat alan yrittäjistä, yrityksistä, yhteisöistä ja säätiöistä, jotka tuottavat ja tarjoavat vastikkeellisia palveluja. Joukossa on sekä voittoa tavoittelemattomia yleishyödyllisiä yhteisöjä ja säätiöitä että voittoa tavoittelevia kotimaisia ja kansainvälisiä yrityksiä.

Vapailta markkinoilla palveluntuottajat tuotteistavat ja hinnoittelevat palvelunsa haluamallaan tavalla ja tarjoavat niitä suoraan asiakkaille. Tuloverolaissa (1535/1992) mainituin ehdoin asiakas saa tehdä ostamastaan tavanmukaisesta hoiva- ja hoitotyöstä verotuksessaan kotitalousvähennyksen (ks. jäljempänä luku 3.2). Vähennyksen saamisen edellytyksenä on, että palveluntuottaja on merkitty ennakkoperintärekisteriin.

¹⁴ Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annettu laki (733/1992)

¹⁵ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009).

¹⁶ Valtioneuvoston päätös Raha-automaattiyhdistyksen tuotosta myönnettävistä avustuksista (929/1998).

¹⁷ Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (603/1996) ja laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990).

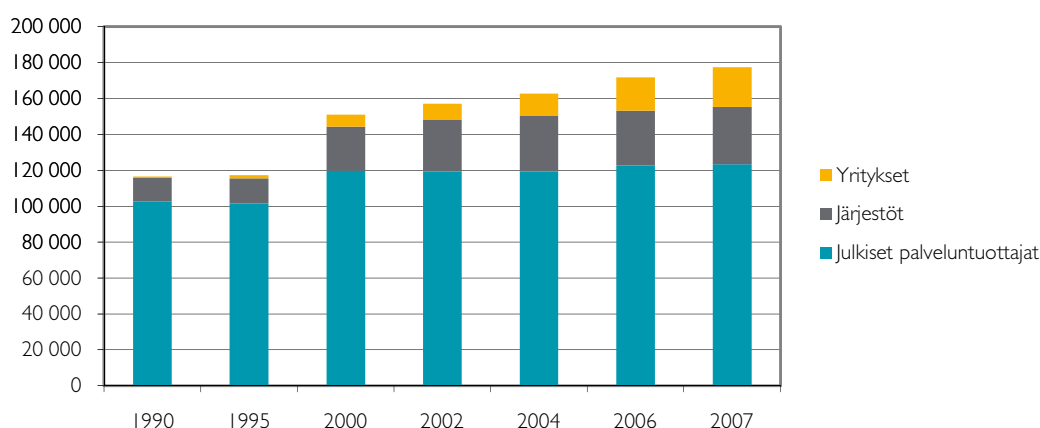
¹⁸ Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

Kunnan, yritysten ja järjestöjen osuudet palvelutuotannossa

Tilastoidusta vastikkeellisesta hoivasta suurimman osan tuottavat kunnat. Ikääntyneiden palveluissa on yksityisten yritysten ja järjestöjen osuus suurempi kuin muissa sosiaalipalveluissa. Vanhuspalveluja tuottavien yrittäjien ja yritysten määrä kasvoi voimakkaasti 1990-luvun lopulla, jolloin kunnat ryhtyivät järjestämään palveluja hankkimalla niitä yrityksiltä ja järjestöiltä. Aiemmin melko harvinaisten osakeyhtiöiden määrä onkin kasvanut myös sen vuoksi, että palvelujen tarjouskilpailuihin osallistuvat järjestöt ovat eriyttäneet ja yhtiöittäneet palvelutuotantonsa niin, että järjestön yleishyödyllinen status ja mahdollisuus saada RAY:lta toimintatukea ja avustusta projektien rahoittamiseen eivät vaarannu. Tästä syystä tuotantoalan henkilöstömäärällä mitaten 2000-luvun alussa järjestöjen osuus on hieman pienentynyt ja yritysten vastaavasti kasvanut.

Sosiaalihuoltoasetuksessa kotipalvelun tukipalveluiksi nimettyjä siivous-, asiointi- ja kuljetuspalveluja tarjoavia yrityksiä on perustettu etenkin sen jälkeen, kun monet kunnat ovat lopettaneet mainittujen palvelujen tuottamisen. Kunnallisen kotihoidon ongelmana on kuntien tiukka talous, joten yrittäjät ovat saaneet tilaisuuden toimia julkisen sektorin palvelurakenteen puutteiden täydentäjinä (Andersson 2000, 62). Kuntien palveluhankintojen vuoksi hoivayritysten kannattavuus perustuukin usein julkisen sektorin ostoihin (Metsämäki 2006, 28; Hellman 1999, 29).

Kuntien palvelutuotanto kattaa edelleen suurimman osan hoivatarpeesta, mutta yritysten ja järjestöjen osuudet kasvavat myös vanhushuollossa (kuviot 2). Henkilöstömäärällä mitattuna kaikissa sosiaalipalveluissa eli ikääntyvien, lasten, nuorten ja muiden väestöryhmien palveluissa yksityisten osuus on noussut lähes kolmannekseen.



Kuvio 2. Julkisten ja yksityisten palveluntuottajien osuudet sosiaalipalvelujen henkilöstöstä vuosina 1990-2007, koko maa.¹⁹

Kaikille väestöryhmille suunnatuissa kotipalveluissa vuosien 2002 – 2007 välillä julkisen sektorin henkilöstö väheni 16 615:sta 16 473:een ja järjestöjen henkilöstö 891:sta 444:een, mutta yrityksissä henkilöstön määrä kasvoi 1 158:sta 2 830:een. Järjestöjen ja yritysten henkilöstön muutoksien takana on osin myös järjestöjen em. palvelutuotannon eriyttäminen muusta toiminnasta erillisiksi yhtiöiksi.

2.2.3 Julkisen hoivan asiakas – oikeudet ja velvollisuudet, arvot ja asenteet

Vanhuksilla ei subjektiivista oikeutta hoivapalveluihin

Julkisen vallan vastuu hoivan tarjoamisesta vaihtelee paljon maittain. Suomessa julkinen valta vastaa rahoituksesta ja pääosin siis myös tuottamisesta. Kotipalvelun asiakkaaksi ja kotisairaanhoidon potilaaksi pääseminen edellyttää kuitenkin tutkittua tarvetta ja painavia perusteita.

¹⁹ Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [09.05.2010.] www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto

Formaalit hoivapalvelut ovat pääsääntöisesti universaaleja eli tarkoitettut kaikille, mutta toimintakyky ja palvelutarve tarkistetaan. Tarvetta arvioitaessa otetaan huomioon myös asuinolot ja läheisten kyky ja halu auttaa, vaikka Suomessa lapsilla ei ole lakisääteistä velvollisuutta huolehtia vanhemmistaan eikä vanhemmilla aikuisista lapsistaan. Tiukan tarveharkinnan voi nähdä murentavan universalismin periaatetta (Järvinen 2004, 196).

Sosiaalihuoltolain mukaan kotipalveluja annetaan alentuneen toimintakyvyn, perhelanteen, rasittuneisuuden, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuakseen palvelun tarkoittamista tehtävistä ja toiminnoista. Kansanterveyslain mukaan terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää, järjestetäänkö potilaan hoito kotisairaanhoidon. Kyse on siis tarveharkinnasta. Vanhuksella, pitkäaikaisairaalla ja vammaisella ei ole subjektiivista oikeutta avopalveluihin.²⁰

Kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon tarvitsijan tai hänen läheisensä tehtävänä on olla aktiivinen ja pyytää palveluja kunnan viranomaiselta. Edellä mainituissa laeissa on säädökset siitä, missä ajassa henkilön palvelujen tarve on selvitettävä. Laitoksesta toimintakyvyltään heikentynyttä kotiutettaessa usein sairaalan viranomainen pitää yhteyttä kunnan avopalveluista vastaaviin varmistaen, että kotiutettu saa riittävät palvelut. Lait sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan asemasta ja oikeuksista säätelevät itsemääräämisoikeutta ja oikeutta osallistua ja vaikuttaa omien palvelujen suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Viime vuosina yhä useammat kunnat ovat ryhtyneet tekemään tietyn ikärajan ylittäneiden, palvelujen piiriin kuulumattomien kuntalaisten luokse kotikäyntejä. Käyntien tavoitteena on ikääntyneen toimintakyky ja palvelutarve tarkistamalla tukea kodissa asumista. Ihmisellä on kuitenkin oikeus kieltää kotikäynti ja kieltäytyä palveluista.

2000-luvun ikäihminen ja asiakaslähtöisyyden vaatimus

Nykyajan ikääntyneiden arvot ja asenteet ja niistä seuraavat kulutustavat ovat erilaiset kuin viime sotien jälkeisillä vanhuksilla, jolloin ensimmäiset kunnat palkkasivat kotihoitajia. Nyt ikääntyneet eivät halua tulla luokitelluksi vanhuksiksi liian aikaisin eivätkä kuulua kasvotomaan vanhusmassaan. Aktiivinen ja omannäköinen elämä on iästä riippumaton perusoikeus; ikäihmisellä on oikeus odottaa, että hänet nähdään ensisijaisesti voimavarojensa valossa (Hakonen 2008, 155–156 ja 159). Vaikka ikääntynyt tarvitsisi kotihoitoa yhtäällä, on hänellä oikeus pitää kiinni aktiviteeteistaan toisaalla.

Individualismi, yksilöllisyyden korostuminen on yleisesti tunnustettu seuraus arvomaailman muuttumisesta. Ikääntyneet ovat heterogeeninen väestöryhmä, johon kuuluu fyysiseltä, psyykkiseltä, sosiaaliselta ja taloudelliselta toimintakyvyltään ja elämäkokemuksiltaan erilaisia ihmisiä, joilla on erilaiset tarpeet ja toiveet aina elämänsä loppuun saakka.

Vuosina 1946–1950 syntyneistä suurista ikäluokista hieman yli 400 000 miestä ja naista on siirtymässä eläkkeelle. He kuuluvat ryhmään, jota yhteiskunnan eri tahot ovat opastaneet rakentamaan omaa hyvää vanhuuttaan: kohentamaan kuntoaan, vaalimaan terveyttään ja varjelemaan henkistä ja taloudellista pääomaansa. He ovat myös joukko, joka odottaa saavansa aiempia ikäluokkia vähemmän apua läheisiltään. Parisuhteita kariutuu myöhemmälläkin iällä, ja perheitä on hajonnut perillisten muutettua eri paikkakunnille ja ulkomaille. Yksinasuvien asuntokuntia on noin miljoona eli asuntokunnista 40 prosenttia. Vuoden 2008 lopussa asui 65 vuotta täyttäneitä yksin kaikkiaan 330 730 henkilöä.²¹

Eliniän pidetessä terveet vuodet ovat lisääntyneet ja vanhuuden vaivat myöhentyneet, joskin vastaavasti kasvavaa ikääntyneiden väestönosaa koettelevien raskashoitoisten ja dementoivien sairauksien määrätkin lisääntyvät. Eläkkeellä oloon suhtaudutaan myönteisesti. Tulevaan vapaa-aikaan ladataan odotuksia ja tehdään uusia elämänsuunnitelmia (Hakonen 2008, 154). Asumisen esteettömyyteen ja kodin tarkoituksenmukaisuuteen kiinnitetään yhä enemmän huomiota ikääntymisen näkökulmasta. Uudenaikaiset ja viihtyisät seniori- ja palvelutalot kasvattavat suosiotaan. Muuttoalttius vähenee iän myötä, mutta aina jotkut vaihtavat asuinympäristöään: hakeutuvat lähelle palveluja tai valitsevat asuinympäristön

20 Vaikeavammaisilla ja kehitysvammaisilla on subjektiivinen oikeus eräisiin palveluihin, ks. vammaispalvelulain (380/1987) 8 §:n 2. momentti ja nk. kehitysvammalain (519/1977) 2 §.

21 Tilastokeskus, www.stat.fi, väestö. Pienasuntokuntien määrä on kasvava. Kaikkiaan määrä kasvoi vuoden 2008 lopusta 11 000 hengellä, ja oli vuoden 2009 lopussa 1.026 milj. eri ikäistä henkilöä. [26.5.2010]

sosiaalista kanssakäymistä tai muita aktiviteettejaan silmälläpitäen. Ikääntyneiden muutoliike on yleensä kunnan tai seudun sisäistä, mutta pieniä viitteitä suurten ikäluokkien edustajien maallemuutosta on myös nähtävissä (Volk ym. 2009, 44–45).

Massapalvelujen asemesta toivotaan valinnan vapautta, asiakaslähtöisiä ja yksilöllisiä palveluja. Hyvä ihmiseltä ihmiselle annettu hoivapalvelu koostuu monesta pienestä nimeämättömästä asiasta, eikä siis tunnu sarjatuotannossa valmistuneelta tuotteelta (Sipilä 2003, 32).

Asiakkaat puoltavat julkisia palveluja – vaihtoehtoillemkin löytyy kannatusta

Nykyisellä kuntien omaan tuotantoon painottuvalla hoivan järjestämismallilla on vahva kansalaisyhteiskunnan tuki. Vuosina 2004 ja 2006 noin 5 000:lta 16–71-vuotiaalta kerätyn aineiston perusteella yhdeksän kymmenestä oli vähintään jokseenkin sitä mieltä, että valtion ja kuntien tulee tuottaa pääosa sosiaali- ja terveystalvveluista (Muuri 2008, 46; Vaarama 2009, 21). Kansalaiset suhtautuvat kriittisesti kunnallisten palvelujen ulkoistamista ja markkinaistumiskehitystä kohtaan, mutta toisaalta kannatusta saa myös yksityisten sosiaalipalvelujen lisääminen (Muuri 2008, 28 ja 47). 1990-luvulla tehtyjen tutkimusten mukaan kansalaiset myös pitivät julkisten sosiaalipalvelujen laatua riittävänä, mutta 60 vuotta täyttäneet antoivat vuoden 1998 Vanhusbarometrissä yksityisille sosiaalipalveluille hieman paremmat kouluarvosanat kuin julkisille.²²

Myönteisyys vaihtoehtoillem ja yksityisten palvelujen arvosanat johtavat pohtimaan sitä, parantaako kilpailu ikääntyvien mielestä laatua ja koetaanko laatu parempana, jos itse pääsee vaikuttamaan palvelun sisältöön ja palveluprosessiin. Yleensä yksityinen palveluntuottaja pyrkii luomaan hyvän ja pysyvän asiakassuhteen, ja on siksi valmis neuvottelemaan ja tekemään myönnytyksiä asiakkaalle (Andersson 2000, 62 – 63). Asiakaslähtöisyys on ollut jo yli kolmen vuosikymmenen ajan julkisten sosiaalipalvelujen tavoitteena ja rinnalla on pidetty myös asiakkaan oikeudet (Muuri 2008, 31 ja 62). Silti kunnan organisaatio ei aina kykene samaan joustavuuteen kuin yrittäjä tai pieni yritys.

Aihepiiriin liittyy myös oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa koskevat odotukset. Ajattellaan, että aktiivi-iällään maksetut verot oikeuttavat julkisiin hoivapalveluihin, kun oma toimintakyky ei enää riitä. Sosiaaliturvanhan pitäisi jakaa tuloja myös oman elämänsä aikana niin sanotusti riskittömiltä ajanjaksoilta riskiajankohtiin (Forss ym. 2004, 341). Kansalaiset vertailevat myös eri kuntien erilaisia käytäntöjä. Jossakin kunnassa varataan talousarvioon esimerkiksi omaishoidon tukeen rahaa niukasti ja tuen saamisehtoja kiristetään. Toisessa kunnassa taas seurataan vanhusväestön kehitystä, panostetaan kotona asumisen tukemiseen ja budjetoidaan määrärahoja niin, että ne riittävät jopa omaishoitajien virkistyspalveluihin.

Joka tapauksessa jo nykyisten ikääntyneiden kansalaisten subjektiiviset toiveet ja myös objektiivisesti arvioidut tarpeet ennustavat paineita hoivan laatuun ja määrään tulevaisuudessa. Erityistarkasteluun joutuvat kunnat, joista työikäiset muuttavat pois ja jäljelle jäävät ikäihmiset. Alueellisesti eriytyvä sairastavuuskin – mihin toki vaikuttavat myös elintavat, sukupuoli ja elinkeinorakenne – vaikuttavat hoivapalvelujen kysyntään (Volk ym. 2009, 32–33).

Yhteenvetona ikääntyneistä ja heidän elinympäristöstään kumpuavat, hoivapalvelujen määrällisen ja laadullisen kysynnän kehitykseen ja palvelujen rahoitustarpeeseen vaikuttavat tekijät voidaan luetella seuraavasti:²³

- ikääntyneen väestöosan kasvu
- ikääntyneiden terveydentilan ja toimintakyvyn kehitys
- asuin- ja elinympäristön kehitys
- ikääntyneiden hoivaan kohdistamien odotusten muutos ja
- epävirallisen avun suhteellisen osuuden kehitys.

22 Hoitovakuutusryhmän muistio... 2001, 34.

23 Hoitovakuutusryhmän muistio... 2001, 38.

3 HOIVAN RAHOITUS, MENOKEHITYS JA RAHOITUKSEEN KOHDISTUVAT PAINHEET

3.1 HOIVAPALVELUJEN RAHOITUS

3.1.1 Verorahoitteisuus

Kuntien järjestämät sosiaalipalvelut rahoitetaan valtaosin verovaroin eli kuntien ja valtion veroilla ja veronluonteisilla maksuilla, mutta viime kädessä palvelujen kustantajina ovat veronmaksajat. Kuntien omasta rahoituksesta suurin osa tulee kunnallisveron tuottona eli siis periaatteessa suhteellisen veron kautta. Valtionosuuksiin käytetyt varat kerätään pääosin yhteisöveroina, kulutusveroina ja progressiivisena tuloverona. Kyseessä on periaatteessa jakojärjestelmä eli kunakin vuonna kootaan se määrä, joka tarvitaan palvelujen järjestämisen rahoittamiseen. Verotuloihin perustuvaan rahoitukseen liittyy riski, sillä talouden ja työllisyyden vaihtelut vaikuttavat etenkin kunnallisveron tuottoon ja yhteisöverojen tuotto-osuuksiin.

Vuonna 2009 kuntien sosiaali- ja terveystoimen toimintamenojen arvioidaan ylittäneen 19 miljardia euroa, mikä on yli puolet kuntien kokonaismenoista. Vanhusten ja vammaisten palvelujen osuus menosta on arviolta noin 3 miljardia euroa. Kunnat rahoittavat verotuloilla keskimäärin 54 prosenttia, ja toinen puolikas koostuu valtionosuuksista (29 %), maksutulosta (7 %) ja muista toimintatuloista (10 %), joskin osuudet vaihtelevat vuosittain.²⁴ Maksutulosten ja muiden toimintatulojen osuudet ovat vuosien varrella vaihdelleet vain vähän, mutta vuosittuhannen vaihteessa valtionosuudet kattoivat menoista hieman alle viidenneksen, jolloin kunnan rahoitusvastuu nousi lähes kahteen kolmasosaan eli 64 prosentin tuntumaan. Kuntien vastuu menosta on kuitenkin edellistä suurempi silloin, kun tarkasteluun mukaan otetaan investointimenot, joihin valtio ei osallistu.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus on osa peruspalvelujen valtionosuutta. Suuruutta määriteltäessä otetaan huomioon erikseen kumpaisenkin sektorin kohdalla muiden muassa väestön ikä- ja sukupuolirakenne kunnassa eli osuudet ovat ikä- ja sukupuolivakioituja. Valtionosuuteen lisätään kertoimilla erilaisia kustannusvaikutuksia, kunnes kaikista yhteenlasketuista laskennallisista kustannuksista vähennetään kunnan itsensä rahoitettava osuus. Kuntien veropohjissa olevia eroja tasataan kuntien kesken, mikä tapahtuu lisäämällä tai vähentämällä valtionosuuksia; taloudellisesti menestyvät kunnat osallistuvat heikommin menestyvien kuntien palvelujen rahoittamiseen.

Rahoitusjärjestelmä on siis monimutkainen, mutta useista yrityksistä huolimatta radikaalia uudistusta ei ole saatu aikaan. Vaikka valtionosuuksien laskenta tapahtuu sektori-kohtaisesti, rahoitus ei kuitenkaan ole pääsääntöisesti niin kutsutusti korvamerkittyä eli rahoitusta ei ole kohdennettu tiettyyn tarkoitukseen, vaan itsehallinnollisen kunnan päättäjät voivat kuntaorganisaation sisällä kattaa menoja harkitsemassaan tärkeys- ja kiireellisyysjärjestyksessä.

3.1.2 Asiakasmaksujen osuus rahoituksessa

Sosiaalipalvelujen kustannuksia katetaan myös asiakasmaksuilla. *Asiakasmaksu* on oma-vastuu hoivan tarvitsijan käyttämistä palveluista. Osa asiakasmaksuista määräytyy kotitalouden yhteenlaskettujen tulojen ja niistä tehtävien vähennysten perusteella, ja osalle joko valtiovalta tai kunta määrää kiinteän maksun. Myös asiakasmaksujen kokonaisuus on jokseenkin monimutkainen. Palvelujärjestelmässä asiakasmaksuilla on aito rahoitustehtävä,

²⁴ Suomen Kuntaliitto, diasarja Kuntien menot ja tulot. [3.7.2009] http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1:29:347:93750:11320:30820:31181

mutta tausta-ajatuksena on ollut myös pyrkimys ohjata asiakasta vastuullisuuteen kuluttajana ja karsia perusteetonta kysyntää.

Valtakunnallisesti sosiaali- ja terveystalouden kokonaismenojen kattamisessa asiakasmaksujen osuus on vähäinen: esimerkiksi vuonna 2008 se oli vain runsaat 7 prosenttia. Osuus vaihtelee palveluittain. Vuonna 2007 kotipalvelujen menoista katettiin asiakasmaksuilla 15 prosenttia ja laitospalveluista 17 prosenttia.

Asiakkaan kannalta avopalveluista yleensä kalleimmaksi muodostuu jatkuvasti ja säännöllisesti saatu kotisairaanhoido ja kotipalvelu, joista kunta voi asiakasmaksulain 3 §:n mukaisesti periä palvelun laadun ja määrän, palvelun käyttäjän maksukyvyyn sekä perheen koon mukaan määräytyvän kohtuullisen kuukausimaksun.²⁵ Asiakasmaksujen kattama osuus kustannuksista vaihtelee alueellisesti ja kuntakohtaisesti harjoitetun asiakasmaksupolitiikan seurauksena. Vaikka Suomessa on laaja julkinen vastuu hoivan järjestämisessä, asiakkaat osallistuvat huomattavissa määrin rahoitukseen. Asiakasmaksuja määriteltäessä otetaan kuitenkin huomioon vain kotitalouden tulot, ei omaisuutta. Omaisuuden käyttäminen hoivan rahoitukseen ei siis ole Suomessa pakollista.

3.2 ASIAKKAAN TALOUTTA TUKEVAT HOIVAN RAHOITUSJÄRJESTELYT JA PERHEHOIDONTUKI

3.2.1 Eläkettä saavan hoitotuki

Hoivan saamista tuetaan verovaroista myös tarvitsijalle maksettavan rahallisen tuen avulla. Kela hallinnoi *eläkettä saavan hoitotukea*,²⁶ joka rahoitetaan verovaroin. Hoitotuki on tarkoitettu tukemaan eläkeläisen selviytymistä jokapäiväisessä elämässä sekä hänen toimintakykynsä ylläpitämistä, hänen kotona asumistaan, kuntoutustaan ja hoitoaan. Tuen saaja voi käyttää tuen paitsi kunnan järjestämien palvelujen asiakasmaksuihin myös yksityiseltä sektorilta hankkimiensa lääkkeiden, apuvälineiden tai hoiva- ja hoitopalvelujen ostamiseen. Hoitotuen käyttöä ei valvota eli sen saajalla ei ole jälkeensä velvollisuutta selvittää maksajalle eli Kelalle sitä, mihin on tuen käytäntä. Hoitotuki ei ole veronalaista tuloa.

Eläkettä saavan hoitotuesta säädetään vammaisuuksista annetussa laissa (2007/570) ja sitä voi saada täytettyään 16 vuotta. Saamisen ehtona on, että tuen hakija saa Suomessa tai ulkomailta jotain lakisääteistä eläkettä tai eläkkeen luontoista tukea tai korvausta, mutta osa-, perhe tai työttömyyseläkkeet eivät oikeuta etuuteen. Hakijan toimintakyvyn tulee olla heikentynyt sairauden tai vammaisuuden vuoksi yhtäjaksoisesti vähintään vuoden ajan. Toimintakyvyn menetys mitataan, ja tuen saantiehtot täyttyvät, jos sairaus tai vamma heikentää kykyä huolehtia itsestään, tehdä välttämättömiä kotitaloustöitä tai asioida kodin ulkopuolella. Sairauteen tai vammaan vedottaessa niiden tulee aiheuttaa säännöllistä avuntarvetta, ohjauksen tai valvonnan tarvetta tai jatkuvia erityiskustannuksia. Käytännössä toimintakyvyn heikentymisen osoittamiseksi tarvitaan lääkärinlausunto tai asuinkunnan sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijän tai muun tilanteen tuntevan henkilön antama selvitys avuntarpeesta, käytetyistä palveluista ja erityiskustannuksista. Tuessa on samoja elementtejä kuin lakisääteisessä omaishoidossa. Molempia on haettava ja osoitettava tuen tarve. Tuen hakemisessa on kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilla hyvin usein rooli, joten Kelan ja kunnan yhteistyöllä on jo pitkäaikainen perinne.

Eläkettä saavan hoitotuki maksetaan hoitoluokittain eli kolmeen ryhmään porrastettuna avuntarpeen, ohjauksen ja valvonnan tarpeen sekä erityiskustannusten määrän perusteella. Toimintakyvyn heikentymisellä ei tarkoiteta työkyvyn heikentymistä. Pelkkä avuntarve esimerkiksi kotitaloustöissä tai asioiden hoidossa ei oikeuta hoitotukeen. Hoitotukiluokkia on kolme eli perushoitotuki, korotettu hoitotuki ja ylin hoitotuki. Tukiluokkiin sijoittamisen perusteena on hakijan tarvitseman toisen henkilön avun, ohjauksen, hoidon ja valvonnan tarve sekä erityiskustannusten määrä. Hoitotuessa on kyse valtakunnallisesti merkittävästä

25 Suomen Kuntaliitto, http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;15284 [6.3.2009].

26 Kelan internet-sivut, Etuusohteet 2. Ks. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/230801104113EH> [3.5.2009] Vuonna 2009 perushoitotuki on 57,32; korotettu hoitotuki 142,70 ja ylin hoitotuki 301,75 €/kk.

tulonsiirrosta,²⁷ jolla katetaan palvelujen käyttämisestä kunnille maksettavia asiakasmaksuja ja palveluseteliä käytettäessä yksityisille palveluntuottajille maksettavia omavastuuosuuksia:

Vuoden 2009 ensimmäisellä neljänneksellä eläkettä saavan hoitotukea sai 195 956 henkilöä, joista 65 vuotta täyttäneitä oli 136 703. Etuuksiin käytettiin vuonna 2009 310 miljoonaa euroa.

3.2.2 Omaishoidon tuki

Kunnan järjestettäviin palveluihin kuuluva *omaishoidon tuki* perustuu hakemukseen. Kunta päättää, kuinka paljon se osoittaa voimavaroja omaishoidon tukeen. Omaishoidon tuki on otettu huomioon myös laskennallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudessa.

Kunnan sosiaali- ja terveystoimen edustaja mittaa hoidettavan toimintakyvyn ja arvioi palvelutarpeen, ja hoitaja tekee kunnan kanssa omaishoitosopimuksen. Sopimuksessa määritellään muun muassa hoitajan oikeus vapaapäiviin ja hoitopalkkioon, joka on porrastettu hoidettavan hoitoisuuden mukaan.

Hoitopalkkion vähimmäismäärät on määritelty omaishoitajalaissa, ja niihin tehdään indeksitarkistukset. Kunnat määrittelevät palvelujen myöntämisperusteet ja palkkioluokat ja palkkioiden tason, joten ne vaihtelevat kunnittain. Kunnalle aiheutuu kuluja myös hoitajan eläketurva- ja tapaturmavakuutusjärjestelyistä sekä palveluista, jotka kunta järjestää tukeakseen hoitajan jaksamista hoitotyössä. Kuluja aiheutuu myös palveluista, jotka on järjestettävä hoitajan lakisääteisen vapaan ja muiden poissaolojen varalle.

Omaishoitajan hoitopalkkiota ei ole tarkoitettu palvelujen ostamiseen. Omaishoidon kokonaisuuteen kuitenkin liittyy kunnan järjestämiä palveluja, jotka tukevat palvelujen hankintaa. Esimerkiksi kunnan järjestäessä hoidettavalle sellaisia palveluja omaishoitajan vapaapäivän ajaksi, jotka korvaavat omaishoitajan antamaa hoitoa ja huolenpitoa, on asiakasmaksu kohtuullinen, nyt vuonna 2009 enintään 9,90 euroa päivältä. Jotkut kunnat järjestävät nämä palvelut – asiakkaan niin halutessa – antamalla palvelusetelin, jota maksuvälineenä käyttäen voi hankkia sijaisen kotiin. Samoin palvelusetelitä voidaan antaa tukipalvelujen, vaikkapa siivouksen hankintaan, minkä toivotaan edistävän omaishoitajan jaksamista.

Omaishoidon tuen, kuten eläkettä saavan hoitotuenkin perimmäinen tarkoitus on ehkäistä ennalta laitoshoitoon turvautumista. Omaishoitosopimus on tehokas instrumentti sopia esimerkiksi omaisen antaman hoivan suuntaviivoista, sen valvonnasta ja samoin yhteydenpidosta, jossa seurataan hoidettavan kuntoa ja mahdollisesti sopimuksen ja palkkion muuttamisen tarvetta. (Esim. Kalliomaa-Puha 2007, 389, 401–403.)

Omaishoidon tuki on nk. määrärahasidonnainen. Kunnan talousarviota laadittaessa omaishoitoon panostaminen riippuu kuntataloudesta ja siitä, miten poliittiset päättäjät arvostavat omaishoitajuutta ja arvioivat siitä saatavan hyödyn. Jotkut kunnat tukevat omaishoitajia korkeammilla palkkioilla kuin laissa on määrätty. Kunnat säästävät satoja miljoonia euroja tukemalla omaishoitajuutta. Nimittäin eri selvityksissä on todettu, että noin joka kolmas hoidettava tarvitsee ympärivuorokautista apua ja valvontaa ja, että ilman omaishoitajien työtä he olisivat asumis- tai laitoshoitopalvelujen pitkäaikaisasiakkaita (Voutilainen ym. 2007, 29 ja 58). Kuntien menoissa omaishoitajien palkkiot eivät ole suuri tekijä:²⁸

²⁷ Kelan vammaisetuustilasto 2007, 40. Kelan vuosikertomus 2009. www.kela.fi

²⁸ Suomen Kuntaliitto, Heikki Pukki, henkilökohtainen haastattelu 21.4.2009. Sata-komitea 10.11.2009 arvioi, että palkkioiden yhteismäärät olisivat vuonna 2009 143 ja vuonna 2010 147 miljoonaa euroa, ja samana aikana tuen saajien määrä kasvaisi 36 700:stä 38 500:aan henkilöön.

Omaishoidon tukea saa noin 36 000 henkilöä, joista 65 vuotta täyttäneitä on 66 prosenttia. Noin puolet omaishoidon tuesta sopimuksen tehneistä hoitajista on itsekin täyttänyt 65 vuotta. Vuonna 2008 kunnat maksoivat omaishoitajille palkkioina yhteensä 127,6 miljoonaa euroa. Vuonna 2010 hoitopalkkio vaihtelee 347 ja 695 euron välillä kuukaudessa.

3.2.3 Palveluseteli

Valtionosuuslain mukaisesti kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja antamalla asiakkaalle myös *palvelusetelin*. Elokuun 1. päivänä 2009 voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain (569/2009) mukaisesti palvelusetelillä tarkoitetaan järjestämistä vastaavassa olevan kunnan sosiaali- ja terveystalouden saajalle myöntämää sitoumusta korvata palvelujen tuottajan antaman palvelun kustannukset kunnan ennalta määräämään arvoon asti. Palvelusetelin arvo voi kattaa koko palvelun hinnan tai toimia osasuorituksena, jolloin asiakas maksaa palvelun hinnan ja palvelusetelin erotuksen eli nk. omavastuusuuden. Palveluseteli voi olla painettu seteli, sähköinen kortti tai viranomaispäätös.

Vuonna 2004 palvelujen järjestämisvaihtoehtoksi otetun palvelusetelin tavoitteena oli muun muassa lisätä asiakkaan valinnanvapautta ja vastuuta omasta palvelukokonaisuudestaan. Se ei siis ole uusi palvelu eikä lisäpalvelu, vaan periaatteessa kunnan palveluseteleihin panostamien varojen tulisi vähentää vastaavasti palvelujen tuottamis- tai muita järjestämiskuluja. Palvelusetelin tarkoituksena on tarjota asiakkaalle vaihtoehto, jossa hän hankkii palvelunsa yksityiseltä palveluntuottajalta omien tarpeittensa ja mieltymyksiensä mukaisesti kuitenkin siten, että kunta on määritellyt palvelutarpeen. Asiakas voi kieltäytyä vastaanottamasta palveluseteliä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet kunnan muilla tavoin järjestämien palvelujen piiriin.

Vielä vuosien 2006 – 2007 vaihteessa palvelusetelin käyttö kunnissa ei ollut niin laajaa, että se olisi näkynyt palvelurakenteen muutoksena. (Volk ym. 2007, 14, 17 ja 34.) Käyttö kuitenkin laajentuu, sillä palvelusetelilain nojalla kunta voi tarjota asiakkaalle palvelusetelin myös terveydenhuollon yksityisten palvelujen maksamiseen. Palvelusetelillä voidaan järjestää sekä laajalti käytettyjä standardimaisia palveluja että spesifisten asiakasryhmien palveluja. Itsehallinnollisella kunnalla on laajat oikeudet järjestää lakisääteiset palvelut myöntämällä asiakkaalle palveluseteli, jos asiakas menettelyn hyväksyy. Palveluseteliin voi liittyä asiakkaan maksama omavastuusuus, jos ko. palvelu ei ole lainsäädännössä määritelty asiakasmaksuttomaksi. Omavastuusuus voi vaihdella kunnan päätöksen mukaan.

Kunta voi, mutta sen ei tarvitse kilpailuttaa palvelujen tuottajia. Ensisijaisesti kunta jakaa tietoa, jota asiakas vertailee ja valitsee ts. asiakas kilpailuttaa. Palvelusetelijärjestelmässä kunta kuitenkin hyväksyy palveluntuottajat, joiden palvelujen ostamiseen seteliä voi käyttää. Palveluntuottaja on oltava merkitty ennakkoperintäluetteloon eli hänellä on oltava niin kutsuttu Y-tunnus. Tuottajan on täytettävä myös muita lakiin merkittyjä vaatimuksia, jotka on tarkoitettu asiakkaan turvaksi, mutta myös sitä silmällä pitäen, että kunta palveluntuottajien kelpoisuutta arvioidessaan toimii syrjimättä ja puolueettomasti. Palvelusetelilain 6 §:ssä on määritelty asiakkaan asema, asiakkaan ja palvelujen tuottajan suhde ja kunnan tehtävä.

3.2.4 Sairausvakuutuskorvaukset ja verovähennysoikeudet

Kotisairaanhoidon asiakas voi saada korvauksia Kelan hallinnoimasta *sairausvakuutuksesta* silloin, kun käyttää yksityisiä lääkäri- ja sairaanhoitopalveluja. Kotisairaanhoidon asiakas saa sairausvakuutuksesta korvauksia hänelle määrätystä lääkkeistä. Edellisissä alaluvuissa yksilöidyt etuudet ja palvelut sekä sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaiset etuudet ovat osa sosiaaliturvaa toisin kuin verovähennykset.

Yksityishenkilöllä on oikeus saada *verotuksessaan kotitalousvähennys* työstä, joka on tehty omassa tai puolison tai omien vanhempien tai näiden suoraan ylenevässä polvessa olevien sukulaisten käyttämässä asunnossa tai vapaa-ajan asunnossa. Edellytyksenä on, että palvelun tuottaja on merkitty ennakkoperintäluetteloon eli on yrittäjä, yritys tai vastaava.²⁹ Vähennykseen oikeuttaa tavanomainen kotitalous-, hoiva- tai hoitotyö esimerkiksi vanhuksen, vammaisen tai pitkäaikaissairaana kotona. Vähennystä ei kuitenkaan saa, jos samaa työtä varten saa jo omaishoidon tukea tai kunta on myöntänyt työn hankintaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelin.

Vanhukset, vammaiset ja pitkäaikaissairaavat voivat olla oikeutettuja myös muihin verovähennyksiin, kuten *veronmaksukyvyyn alentumis-, invalidi- ja / tai eläketulovähennykseen*.

Palveluasunnoissa asujat voivat muiden eläkeläisten tapaan saada eläkkeensaajan asumistukea. Vuonna 2008 asumistukea saavista eläkeläisistä 12 prosenttia asui palveluasunnoissa.

3.2.5 Perhehoidon tuki

Perhehoidon tuki ei ole tuki palvelujen käyttäjälle, mutta joissakin tapauksissa perhehoito voi olla hoidettavalle edullisempi kuin laitoshoido, ja kunnalle perhehoidon järjestäminen tulee yleensä edullisemmaksi kuin laitospaikan tarjoaminen. *Perhehoidolla* tarkoitetaan henkilön hoidon tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Perhehoitajalle maksettavista palkkioista ja muista korvauksista säädetään perhehoitajalain (312/1992) ja sen myöhemmissä muutoksissa.³⁰

Perhehoito on yleisimmin käytetty kehitysvammais- ja lastenhuollossa. Nykyisin perhehoitoa järjestyy vasta noin 70 vanhukselle, mutta sen ennakoitaan yleistyvän tulevaisuudessa etenkin maaseutumaisissa kunnissa, joissa perhehoitoa voidaan järjestää vanhuksille tutussa ympäristössä lähellä sukulaisia ja ystäviä. Vanhusten perhehoito sopii erityisen hyvin dementoivia sairauksia sairastaville tai hyvin korkeaan ikään ehtineille, turvattomuutta tai yksinäisyyttä kokeville ikäihmisille silloin, kun toimintakykyä on vielä tarpeeksi jäljellä. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti keväällä 2009 kehittämissyöryhmän selvittämään perhehoidon nykytilannetta ja tekemään esityksiä sen kehittämiseksi.³¹ Lyhytaikainen perhehoito saattaisi soveltua myös omaishoitajan vapaapäivien ajaksi järjestettäväksi hoivaksi (Havukainen ym. 2008). Perhehoito soveltuisi myös kaupunkioloihin esteettömiin kerros- ja pientaloihin, joissa tehtävään halukas voisi ottaa hoivaa tarvitsevan ystävänsä tai muun hoidettavakseen. Perhehoidon avulla voidaan yksilökohtaisesti vähentää ja lykätä laitoshoidon tarvetta.

Perhehoito muistuttaa omaishoitoa, mutta siinä hoidettava siirtyy hoitajan kotiin. Lain tekstin mukaan perhehoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka hoidon järjestämisestä vastaan kunnan tai kuntainliiton kanssa tekemänsä toimeksiantosopimuksen perusteella antaa kodissaan sosiaalihuoltolain tarkoittamaa perhehoitoa. Perhehoitaja ei ole työsuhteessa kuntaan tai kuntainliittoon.

Myös perhehoitajalla on oikeus vapaaseen, jonka pituus on vähintään yksi arkipäivä kunkin sellaista kalenterikuukautta kohden, jona hän on toiminut toimeksiantosopimuksen perusteella vähintään 14 vuorokautta perhehoitajana. Perhehoidon järjestämisestä vastaan kunnan tai kuntainliiton tulee huolehtia tai tarvittaessa avustaa perhehoidossa olevan henkilön hoidon tarkoituksenmukaisessa järjestämisessä perhehoitajan vapaan ajaksi.

Perhehoidossa kunnalla tai kuntainliitolla on samanlainen rooli kuin omaishoidossa. Se arvioi asiakkaan palvelutarpeen, perhehoitajan pätevyyden ja soveltuvuuden tehtävään sekä kodin, jossa hoito annetaan. Osapuolten välille laaditaan toimeksiantosopimus ja määritellään palkkio. Asiakkaalta voidaan asiakasmaksulain 19 §:n mukaisesti periä perhehoidosta sama maksu kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalta peritään, eli maksukyvyyn mukaan määräytyvä maksu. Maksu voi olla enintään 80 prosenttia hoidossa olevan kuukausituloista,

29 Lähteenä luvussa on Henkilöasiakkaan vero-opas 2009 verohallituksen internet-sivuilla [06.03.2009] www.vero.fi

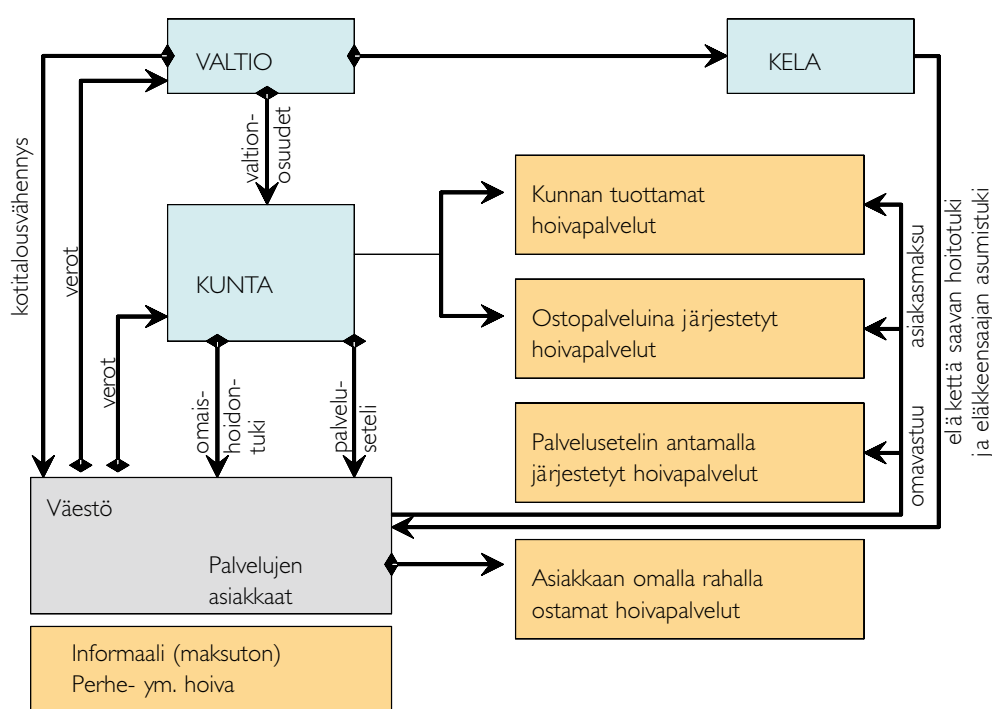
30 Laki perhehoitajain 2 ja 3 §:n muuttamisesta (948/2006). STM:n kuntainfo 14/2008: palkkakertoimella tarkistettu hoitopalkkio hoidossa olevaa henkilöä kohti 1.1.2009 alkaen on vähintään 336,41 €/kk. Perhehoitoa koskevan lainsäädännön uudistushanke on vireillä (2009).

31 Perhehoitoliiton internetsivut <http://www.perhehoitoliitto.fi> [1.8.2009]. Perhehoidon valtakunnallisen toimintaohjelman ja lainsäädännön kehittämisyöryhmän väliraportti on julkaistu ministeriön nettisivuilla: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1504194#fi [1.6.2010].

mutta kuitenkin enintään sen suuruinen, että hoitoa saavan henkilön henkilökohtaiseen käyttöön jää kuukausittain vähintään kansaneläkkeen pohjaosan suuruinen määrä.

3.3 HOIVAN RAHOITUKSEN YHTEENVETO

Kuvio 3 kuvaa hoivapalvelujen kustannuskehikkoa ja samalla rahoituksen ja tuotannon mekanismia. Kuvio on selkeyden vuoksi yksinkertaistettu. Laatikko, joka kuvaa kunnan tuottamia hoivapalveluja, käsittää myös muut mahdollisuudet järjestää palvelut julkisella sektorilla, kuten sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä tai hankkimalla palveluja toiselta kunnalta ja kuntayhtymältä tai muulta julkiselta palvelujen tuottajalta. Laatikko, jossa on mainittu väestö veronmaksajana ja palvelujen asiakkaat, käsittää kaikki veronmaksajat, myös yritys-sektorin eli yhteisöt ja vastaavat. Hoivan järjestämis- ja tuotantotavat ja osin rahoituskanavat ovat vuosien mittaan monipuolistuneet. Samalla myös rahoituksen puolelle on tullut moni-kanavaisuutta.



Lähde: Mukailtu lähteestä Hoidon ja hoivan taloudellinen kestävyys, Stakes 2006.

Kuvio 3. Hoivapalvelujen kustannuskehikko

Hoivan rahoituksessa liikkuu vuosittain arviolta 3 miljardia euroa eli pari prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Rahoitus kannetaan tulo-, kulutus-, yhteisö- ym. veroina. Valtio jakaa verotuloista osuudet kunnille ja Kelalle. Kunta järjestää palvelut eli kustantaa oman palvelutuotannon, ostaa palveluja yksityiseltä sektorilta, maksaa palkkion perhehoitajalle ja omaishoitajalle, ja joissakin tapauksissa antaa asiakkaalle palvelusetelin. Verojen maksamisen lisäksi kuntalainen eli asiakas osallistuu kustannuksiin maksamalla kunnan järjestämästä palvelusta asiakasmaksun ja palveluseteliöstä omavastuuosuuden.

Eläkettä saavan hoitotukeen oikeutettu asiakas voi maksaa tuella sekä julkisen sektorin järjestämien palvelujen asiakasmaksuja ja omavastuuosuuksia, ja luonnollisesti myös yksityiseltä tuottajalta ostetun palvelun hinnan tai sen osuuden. Kunnan maksamat euromääräiset omais- ja perhehoidon tuet ohjautuvat yksityishenkilöille; palkkioita ei ole tarkoitettu palvelujen hankkimiseen, mutta järjestelmässä omaishoitaja ja perhehoitaja saavat esimerkiksi lomituspalvelut kunnalta. Asiakas saa hyödykseen myös verotuksessa tehtävän kotitalousvähennyksen silloin, kun hän maksaa yksityisen tuottaman palvelun pelkästään omaa rahaa ja / tai eläkettä saavan hoitotukea käyttäen.

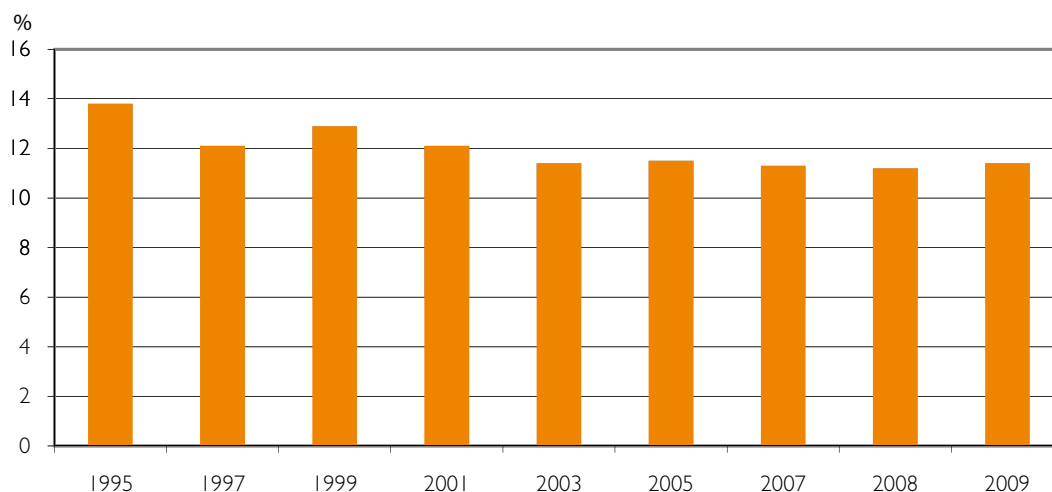
Informaalilla hoivalla ei ole kytköstä rahoitusjärjestelmään, mutta se on kehikossa muistuttamassa siitä, että epävirallinen hoiva vähentää formaalin hoivan ja niin muodoin sen rahoituksen tarvetta.

3.4 HOIVAPALVELUJEN KÄYTÖN JA JÄRJESTÄMISKUSTANNUSTEN KEHITYS

3.4.1 Kotihoidon määrän kehitys

Marraskuussa 2008 oli säännöllisen kotihoidon piirissä yhteensä 84 407 asiakasta, joista säännöllisen kotihoidon piirissä oli noin 64 000 henkilöä ja heistä 47 000 oli yli 75-vuotiaita. 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 11,2 prosenttia oli säännöllisen kotihoidon asiakkaina. Osuus vaihteli maakunnittain 8,4 prosentista 15,8 prosenttiin.³² Erot selittyvät esimerkiksi alueellisilla terveyseroilla, yksin asuvien määrillä, sekä yhteisöllisyydellä ja erilaisilla perinteillä kantaa huolta lähimmäisistä ja antaa apua – myös ongelmia ennaltaehkäisevää tukea – sukulaisille, ystäville ja naapureille.

STM:n Kaste-ohjelmassa asetettu 14 prosentin tavoite ylittyi 128 kunnassa, mutta ohjelman tavoitteena olevaa kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden osuuden nousua ei ole halutussa määrin tapahtunut. Niiden asiakkaiden osuus, joiden luona käytiin usein (yli 40 käyntiä kuukaudessa), oli hieman yli neljännes.



Lähde: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Kotihoidon laskenta, tilastoraportti 8/2009.

Kuvio 4. Säännöllistä kotihoitoa saaneiden, 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä vuosina 1995–2008.

3.4.2 Kotihoidon menojen kehitys

Kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon, yhdistettynä kotihoidon, menoista valtaosa muodostuu työntekijöiden palkoista. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon menot käyvin hinnoin ovat kehittyneet vuosien 2003–2007 aikana seuraavasti³³:

³² Terveyden ja hyvinvoinnin laitost. <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Sosiaalipalvelut/kotihoido.htm> [6.3.2009]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitost suorittaa joka toinen vuosi kotihoidon laskennan. Laskennassa ei erotella kotipalveluja ja kotisairaanhoidtoa, sillä monet kunnat eivät pysty niitä tilastoimaan erillisinä sen jälkeen, kun ovat yhdistäneet ne kotihoidoksi.

³³ Terveyden ja hyvinvoinnin laitost. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 1995–2007. <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Terveyspalvelut/terveysmenot.htm> (15.5.2010)

Taulukko I. Kotipalvelun käyttökustannukset ja kotisairaanhoidon menot käyvin hinnoin sekä 75 vuotta täyttäneiden määrä ja määrän kasvu vuosina 2003–2009.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	Kasvu 2003–2009
Palvelu milj. €								
Kotipalvelu	544	568	595	627	641	699	688	26,5 %
Kotisairaanhoido	174	187	211	222	240	..**)	..**)	
Väestö 1000 hlö								
75 v täyttäneet	368	380	393	404	413	419	427	16 %

*) Vuosi 2009 arvio. **) Kotisairaanhoidon menoja ei enää erikseen tilastoida.

Kustannukset ja menot nousevat nopeasti, sillä ikääntyneiden määrän kasvun vuoksi palvelujen piirissä on vuosi vuodelta enemmän yli 75-vuotiaita, jotka muodostavat eniten kotihoitoa saavan ryhmän. Nopeimmin nousee kuitenkin erittäin iäkkäiden määrä. Tarkastelujaksolla 90 vuotta täyttäneiden määrä on noussut jopa 23 prosenttia, ja yli 100 vuotta täyttäneiden määrä 340 henkilöstä 570 henkilöön eli 68 prosenttia.

Edellä kuvattu väestökehitys sekä hoiva-alan palkkojen ja yleinen hintojen nousu selittää kustannusten nousua, vaikka kotihoidon piirissä olevien, 75 vuotta täyttäneiden osuus samanikäisestä väestöstä on vähentynyt. Nykyisin ikäihmiset ovat aiempaa toimintakykyisempiä ja avuntarve myöhentyy. Kotihoidon kuukausittaisilla käyntikerroilla mitaten voimakkain kulutuspiikki osuu 80:n ikävuoden molemmin puolin.

3.5 HOIVAN RAHOITUKSEEN KOHDISTUVAT PAINEET

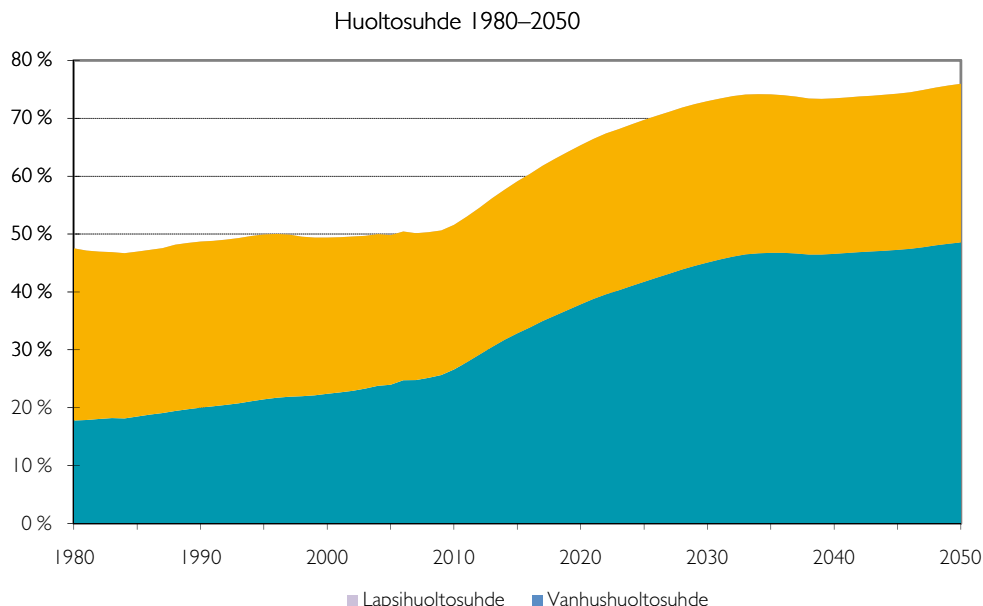
3.5.1 Määrälliset, kattavuutta ja riittävyttä koskevat paineet

Ikääntyneiden määrä kasvaa

Samanaikainen työikäisen väestön väheneminen ja ikääntyneiden määrän kasvu ja sen myötä lisääntyvä hoivan tarve ovat merkittävien peruste julkisten palvelujen vaihtoehtoisten rahoitusmallien etsimiselle. Esimerkiksi yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan vuoden 2007 alun 1,8 prosentista vuoteen 2040 mennessä 6,1 prosenttiin, jolloin heidän määränsä nousisi nykyisestä 94 000:sta 349 000:een.³⁴ Tämän ikäisistä on nykyisin eriaistaisen säännöllisen palvelun piirissä suunnilleen puolet. Hyvin iäkkäiden määrä lisääntyy kaikissa kunnissa.

Ikääntyneiden määrän absoluuttinen kasvu ei ole uusia ilmiö, se on jatkunut jo koko II maailmansodan jälkeisen ajan, mutta väestöllisen huoltosuhteen (eli alle 15-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden määrä sataa 15–64-vuotiasta (työikäistä) kohti) on muuttuu dramaattisesti vuoden 2010 jälkeen (kuvio 5). Pitkällä aikavälillä väestöennusteet ovat epävarmoja, mutta lähivuosikymmenen muutos on tosiasia.

34 Tilastokeskus, www.stat.fi, Väestöennuste 2007–2040. [06.03.2009] Ks. myös Lassila ym. 2003; Laine ym. 2009; Volk ym. 2009.



Lähde: Tilastokeskus

Kuvio 5. Huoltosuhteen ennustettu kehitys vuoteen 2050

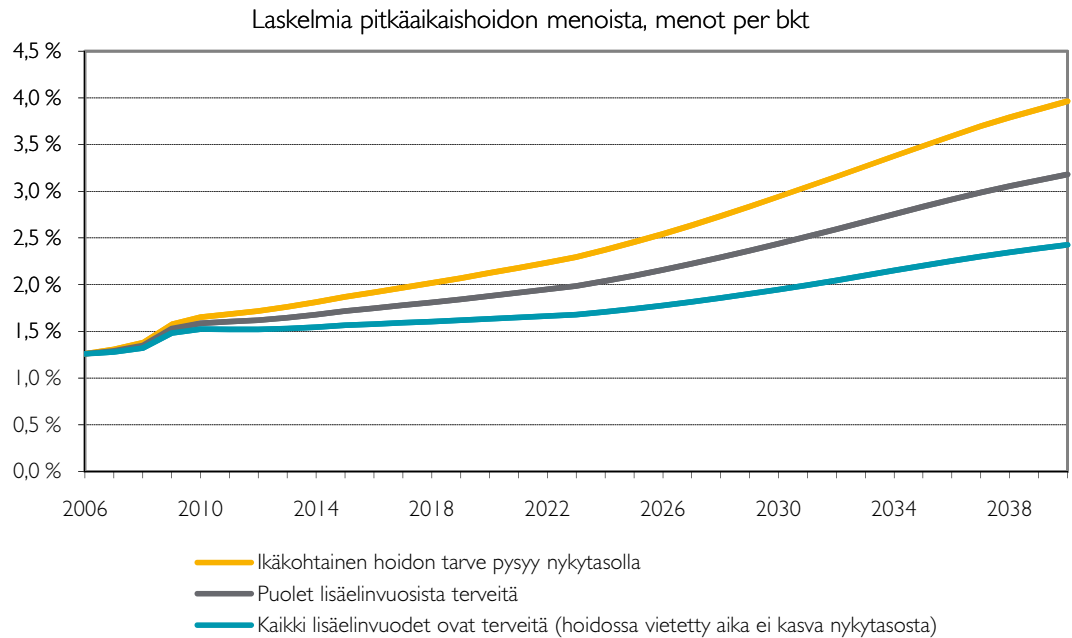
Ikääntyneen ihmisen avun ja tuen tarve alkaa kasvaa 75:n ikävuoden paikkeilla. Vuonna 2005 säännöllisen kotihoidon piirissä oli 65 vuotta täyttäneistä 6,5 prosenttia ja palveluasumisen piirissä 3 prosenttia, kun vastaavat luvut 75 vuotta täyttäneillä olivat 11,5 ja 5,4 prosenttia.³⁵ Tämä ja väestön kehitysennusteet osoittavat, että hoivan tarve kasvaa niin, että jo lähitulevaisuuden työssäkäyvien ikäluokkien rahoitusrasitus kasvaa. Kasvu aiheuttaa verotuksen kiristämispaineita, joten tilanteeseen tulee varautua (Lassila ym. 2003, 84). Ikääntymisen tuomiin muutoksiin onkin valmistauduttu monin tavoin. Sosiaalimenojen kehitystä ja sosiaaliturvan rahoituksen turvaamista pitkällä aikavälillä selvittänyt niin kutsuttu Somera -toimikunta katsoi vuoden 2002 mietinnössään, että kattava ja tasoltaan riittävä sosiaaliturva on mahdollista turvata myös tulevaisuudessa. Tämä edellyttäisi tasaista talouskasvua, mikä puolestaan edellyttää muun muassa työllisyysasteen nostamista, työn tuottavuuden ja kansantalouden kokonaistuottavuuden kohottamista sekä veroasteen pysyttämistä kohtuullisena.³⁶ Samaa korostettiin myös Valtioneuvoston kanslian ikääntymisraportissa vuonna 2009 (Laine ym. 2009), joskin siinäkin todettiin, että ikääntyneiden hoito- ja hoivapalveluiden varmistaminen kaikille kansalaisille yhtäläisesti ei ole itsestään selvää, sillä palvelujen laajuus ja taso ovat herkkiä kuntien rahoitustilanteen muutoksille. Talouden taantumia ja niitä seuraavat verokertymien vähenemiset vaikeuttavat kunnissa lakisääteisen hoivan järjestämistä. Talouden heilahtelua on tulevaisuudessakin, ja vuosien 2008–2010 kokemukset osoittavat, että vaihtelut ovat olla hyvin yllättäviä ja rajuja, mikä myös velvoittaa etsimään hoivan rahoitus pohjaan suhdannevaihteluja kestäviä ratkaisuja.

Ikärakenteen muuttumiseen liittyvistä menoista suurimpia eriä ovat eläkkeet ja terveydenhuollon menot. Mutta myös pitkäaikaishoidon menoissa on selkeä nousu. Jos ikäkohtainen hoivan tarve pysyy nykytasolla, pitkäaikaishoivan menot voivat nousta 4 prosenttiin bruttokansantuotteesta (kuviosta 6 on mukana kuntien hoivapalvelut eli vanhainkodit, palveluasuminen ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoito ilman asiakasmaksuja. OECD:n vertailussa kuviossa 8 on laajempi käsite).

³⁵ Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005.

³⁶ Komiteamietintö 2002:4, STM.

³⁷ Kuviossa 6 on mukana kuntien hoivapalvelut eli vanhainkodit, palveluasuminen ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoito ilman asiakasmaksuja. OECD:n vertailussa kuviossa 8 on laajempi käsite.



Lähde: STM

Kuvio 6. Vanhusten pitkäaikaishoidon menoarvioita toimintakyvyn kehityksen mukaan, % BKT:stä

Hoivan kysyntä jo nyt tarjontaa suurempi

Viime vuosina ovat kansalaiset moittineet julkisen hoivan laatua ja saatavuutta. Esimerkiksi luottamus kotipalvelun saatavuuteen on laskenut (Muuri 2008, 49 ja 51; Laine ym. 2009, 183 -184). 1990-luvun rakenneuudistuksessa vähennettiin laitospaikkoja ja laitoksia muunnettiin palveluasumiseen, mutta avopalveluja ei lisätty riittävästi.³⁸ On arvioitu, että esimerkiksi vuonna 2002 kotipalveluhenkilöstö olisi riittänyt koteihin annettaviin palveluihin, ellei henkilöstöä olisi siirretty palveluasumisen sektorille. (Hakonen 2008, 96–97.) Ikääntyneiden määrän kasvaessa kotipalvelun piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden osuus laski vuosien 1995–2005 välillä.³⁹

Kuntia on syytetty vanhuspalvelujen alimitoittamisesta, mitä voidaan tarkastella myös ikäsyrynnän näkökulmasta (Vaarama ym. 2009, 24–25). Omaishoitoonkaan ei aina panosteta riittävästi, vaikka sen avulla kunnat säästävät vuosittain satoja miljoonia. Empiirisen aineiston perusteella tehdyn arvion mukaan omaishoidon tuella vuonna 2006 hoidetuista henkilöistä noin 10 600 olisi ollut laitoshoidossa, jollei hoitavaa omaista olisi ollut (Voutilainen ym. 2007, 31).

Hoivatakuu eli sosiaalihuoltolain mukainen, kunnalle asetettu velvollisuus järjestää sosiaalipalvelujen tarpeen arviointi ei pakota kuntaa järjestämään yksilölle tarpeelliseksi arvioituja palveluja. Kotisairaanhoidon puolella hoitotakuusta eli kansanterveyslain mukaisesta hoitotarpeen arvioinnista seuraa edellä kuvattu terveyskeskuksen vastaavalle lääkärille asetettu velvoite päättää jatkosta. Yleensä vanhuspalvelujen asiakkaaksi päästään toimintakyvyn heikettyä jo olennaisesti, usein laitoshoidosta kotiutettaessa. Jotkut kunnat kuitenkin järjestävät tietyn ikäisille kuntalaisille palvelujen ja laitoshoidon tarvetta ennaltaehkäiseviä palveluja kuten terveystarkastuksia, kotikäyntejä ja mahdollisuuden toimintakykyä kohentaviin ja ylläpitäviin harrastuksiin. Ennaltaehkäisy on vähäistä verrattuna viimesijaisiin, taloudellisesti raskaiden palvelujen tarjontaan. (Mäkitalo ym. 2007, 47; Hakonen 2008, 96 ja 102.)

38 Hoitovakuutustyöryhmän muistio... 2001, 22–23. Asiakkaiden määrällä mitaten kodinhoitoapu aikavälillä 1990 – 1999 väheni 31 prosenttia.

39 Ikääntyneiden sosiaali- ja ... 2007, 92–93.

3.5.2 Laadulliset, yhdenvertaisuutta ja saatavuuden jatkuvuutta koskevat paineet

Kuntien taloudet ja valinnat vaihtelevat – niin myös hoivan tarjonta

Eri alueet ja kunnat ovat eri asemassa ikääntyneiden määrän suhteen. Työelämän ulkopuolella olevien määrän suhde työssäkäyvien määrään on muuttotappiosta pahiten kärsivillä alueilla lähes kaksi kertaa heikompi kuin parhaiten työllistävillä alueilla. Lisäksi Kainuussa, Pohjois-Karjalassa ja Lapissa työikäisten työllisyysasteet ovat alhaisia (Volk ym. 2009, 64). Työllisyysaste vaikuttaa kuntien talouksiin ja kykyyn järjestää hoivaa, ja alueellisesti eriytyvät kuntataloudet luovat eriarvoisuutta palvelujen saannin suhteen. Valtionosuusjärjestelmä kuitenkin tasaa taloudellista kantokykyä. Haasteeksi voi muodostua se, että suurissa kaupungeissa, joissa ikärakenne on keskimääräistä parempi, ikääntyneiden määrän kasvu kuitenkin on hyvin nopeaa. Se vaatii palvelujen määrällistä nopeaa laajentamista ja uuden työvoiman jatkuvaa rekrytointia.

Julkisesti rahoitetuilla palveluilla ei eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta ole nykyisin vahvaa lainsäädäntöä määrittämässä palvelujen saatavuutta ja tasoa. Oikeudet perusturvaan sekä sosiaali- ja terveyspalveluihin on turvattu jopa perustuslaissa, mutta säädösten tasolle ulottuvat määrittelyt puuttuvat siitä, mitä nämä perusoikeudet käytännössä tarkoittavat. Tiukassa kuntataloudessa palvelutarjonnan niukkuutta voidaan kompensoida kiristämällä palvelujen saamisen ehtoja. Samoin asiakasmaksujen osuutta palvelujen rahoittamisessa voidaan pyrkiä lisäämään. Asiaksmaksuilla katetaan eniten julkisia menoja alueilla ja kunnissa, joissa huoltosuhte on heikko, mikä antaa viitteitä eriarvoistumisesta. (Laine ym. 2009, 208; Volk ym. 2009, 66–67.) Palvelujen kysyntään vaikuttaa muiden muassa alueittain eriytyvä sairastavuus, elinolot ja taloudellinen hyvinvointi. Toisaalta tutkimustulokset viittaavat selkeästi siihen, että ikä- ja sukupuolijakauma eivätkä edes yleisimmät hoivan tarvetta lisäävät sairaudet selitä kuntien välisistä eroista kustannuksissa kuin alle 20 prosenttia⁴⁰.

Eri kuntien asukkaat ovat jo nyt jossain määrin erilaisessa asemassa palvelujen saatavuuden suhteen. Kansalaiset ovat tulleet tietoisiksi tästä esimerkiksi valtakunnallisissa vertaisjärjestöissä, joiden keskustelupalstoilla jäsenet vertailevat oman kuntansa käytäntöjä. Lainsäädäntö antaa kunnille liikkumavaraa, joten kunnat painottavat eri hoivapalvelumuotoja ja panostavat niihin eri tavoin, mutta yhdenvertaisuus ja tasa-arvo vaatimukset kohdistavat paineita hoivan järjestämisen ja rahoitusjärjestelmän tietynasteiseen yhdenmukaistamiseen. (Esim. omaishoidon osalta ks. Kalliomaa-Puha 2007, 69–71.)

Luotettavan kokonaiskuvan muodostaminen hoivapalvelujen saatavuus- ja laatueroista on vaikeaa, sillä kunnat ovat erikokoisia ja ne ovat järjestäneet palvelut sekä historiallisista syistä että poliittisten valintojen seurauksena eri tavalla. Kustannukset muun muassa kirjautuvat eri kunnissa eritavoin. Vaikka yhden palvelumuodon vertailut ovat ontuvia, vaihtelee esimerkiksi säännöllisen kotihoidon piirissä olevien osuus noin viidestä prosentista jopa lähes viidennekseen 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Myös suurten kaupunkien eli ns. kuusikon välillä vastaavia eroja näkyy. Yli 75-vuotiaista oli vuonna 2008 säännöllisen kotihoidon, muiden avopalvelujen tai ympärivuorokautisen hoivan/hoidon piirissä joulukuussa 2008 Oulussa 30,3 prosenttia, Turussa 28,5 prosenttia ja vähiten Espoossa 22,7 prosenttia. Näin suuret erot eivät selittyne toimintakyvyn, olosuhteiden tai palvelukokonaisuuden erojen perusteella, vaan aitoja saatavuuserojakin on.

Hoivan kustannusten oikeudenmukainen jakautuminen yli sukupolvien

Jakojärjestelmään perustuvassa rahoitusmallissa nuoret sukupolvet maksavat vanhempien sukupolvien eliniän pitenemisestä aiheutuvat kustannukset, sillä hyvän ja riittävän hoivan avulla myöhennetään kuolintodennäköisyyttä. Tosin joidenkin väestön kehitystä tutkivien mielestä epäoikeudenmukaiseksi tilanne muuttunee vasta 1990-luvun jälkeen syntyneiden ja syntyvien kohdalla (Lassila ym. 2003, 19; vrt. Laine ym. 2009, 142). Työssäkäyvien osuus

⁴⁰ Mallilaskelman perusteella pelkästään ikä- ja sukupuolirakenne selittävät noin 10 prosenttia kuntien välisestä kustannusvaihtelusta. Kun malliin lisätään kuusi vanhusten sairastavuutta kuvaavaa tekijää sekä 80 vuotta täyttäneiden siviilissäätä kuvaava muuttuja, nousee mallin selitysaste 16 prosenttiin (Häkkinen ym. 2009).

kuitenkin vähenee jo lähitulevaisuudessa ja huoltosuhde heikkenee. Maksajiksi joutuvien nuorempien sukupolvien asemaan on kuitenkin syytä ajoissa kiinnittää huomiota niin, ettei tyytymättömyys yhteiskunnassa leviä ja ettei ikääntyneiden väestöosan palvelumenoihin tulla tulevaisuudessa kohdistamaan nykyistä jyrkempää kritiikkiä.

Valinnanvapauden arvostus lisääntyy

Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä asiakkaan tai potilaan valinnanvapaus on ollut vähäistä. Valinnanvapaus on ollut vanhustenhuollossakin pitkään esillä ollut toive, jonka toteutuminen on osoittautunut hitaaksi, vaikka kunnan sisällä ei siihen ole esteitä, jos palveluntuottajia on. Valinnanvapauden ulottaminen yli kuntarajojen sen sijaan on kytkeytynyt myös rahoitusjärjestelmään, koska se edellyttää nykyisessä järjestelmässä muun muassa kuntien välisiä laskutuksia.

3.5.3 Rahoitusjärjestelmän selkeyden ja kestävyysvaatimus

Rahoitusjärjestelmän selkeyden ja läpinäkyvyyden vaatimus

Hoivan ja erityisesti terveydenhoidon palvelu- ja rahoitusjärjestelmää kokonaisuudessaan pidetään kompleksisena ja liian monikanavaisena, joten niitä tulisi selkiinnyttää ja järjestelmän läpinäkyvyyttä lisätä. Kokonaisuuden hallinta on vaativaa ja resursseja vievää, tästä esimerkkeinä ovat valtionosuus- ja asiakasmaksujärjestelmät. On myös arvosteltu sitä, ettei järjestelmä ole riittävän läpinäkyvä niin, että kansalaiset tuntisivat perustellusti oikeutensa etuuksiin ja velvollisuutensa veronmaksajina ja palveluiden käyttäjinä. (Esim. Mäkitalo ym. 2007, 35, 36.) Esimerkiksi eläkettä saavan hoitotukea ei todennäköisesti tunneta tai sitä osata, kyetä tai haluta hakea siinä määrin kuin siihen olisi oikeus. Myös tuen taso tulisi tarkistaa ajallaan. Vuonna 2004 tuen saajien osuus oli alhaisempi kuin ikääntyneiden osuus, joilla oli raportoitu toimintakyvyn rajoituksia. (Salmelainen ym. 2005.)

Järjestelmää on täydennetty ja muutettu vuosikymmenten kuluessa kiinnittämättä tarpeeksi huomiota uusien säädösten yhteensopivuuteen entisten kanssa. Niinpä järjestelmään sisältyy myös ristiriitaisuuksia, esimerkkinä oikeus tehdä verotuksessa kotitalousvähennys. Yleisperiaatteena on se, ettei useita samaan asiaan kohdistuvia tukimuotoja ole päällekkäin. Kuitenkin, jos Kelan eläkettä saavan hoitotuella maksetaan tavanmukaista hoiva- tai hoitopalvelua, saa vähennyksen tehdä. Sitä vastoin vähennykseen ei ole oikeutettu, jos käyttää ostokseensa kunnan antamaa palveluseteliä, vaikka omavastuuosuus olisi taloudellisesti merkittävä.

Taloudellisen, sosiaalisen ja poliittisen kestävyysvaatimus

Hoivan rahoituksen ideaalimallin olisi oltava *taloudellisesti, sosiaalisesti ja poliittisesti kestävä*. Taloudellisen kestävyysmittarina voidaan pitää julkisen talouden tilaa, joten ideaalimalli ei saisi lisätä julkisen talouden velkaantumista, mutta sen tulisi turvata palvelujen saanti. Taloudellisen ja sosiaalisen kestävyysvaatimuksen horjuminen luo poliittista painetta hoivan rahoituksen ja tuottamisjärjestelmän uudistamiseen.

Sosiaaliseen kestävyysvaatimukseen kuuluu ainakin oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja vaikutusmahdollisuus, joiden odotetaan toteutuvan sukupolvien välillä ja alueellisesti sekä mahdollistaa asiakkaan valinnanvapaus ja itsenäiset päätökset. Poliittiseen kestävyysvaatimukseen kuuluu jo lueteltujen arvojen ja seikkojen lisäksi muiden muassa pitkäjänteisyys. (Laine ym. 2009, 142, 163–164.) Pitkäjänteisyys sisältää ylisukupolvisen hyvinvointilupauksen, mikä luo yhteiskuntaan vakautta; luottamusta ja turvallisuuden tunnetta. Keskeistä poliittisessa kestävyysvaatimuksessa on sukupolvien välinen ja sukupolvien sisäinen oikeudenmukaisuus ja riskien jako, jolloin kyse on myös oikeudesta saada hoitoa ja hoivaa sitä tarvittaessa (emt., 165).

4 HOIVAN RAHOITUKSEN KANSAINVÄLISTÄ VERTAILUA

4.1 KANSAINVÄLISISTÄ HOIVAMALLEISTA JA NIIDEN RAHOITUKSESTA

4.1.1 Taustaa kansainvälisten mallien tarkastelulle

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD ja Euroopan unioni jäsenmaiden ovat viime vuosina kiinnittäneet enenevää huomiota hoivaan ja hoivapolitiikkaan. Sekä rikkaita että köyhiä maita uhkaa hoivavaje. Hoivavajeen uhka syntyy paitsi eliniän pitenemisestä ja vanhusväestön osuuden kasvusta, myös naisten työssäkäynnin yleistymisestä eli perinteisen eri sukupolvien välisen perhehoivan vähenemisestä. Vajetta syventävät muuttuneet arvot ja hoivatyön heikko arvostus, uudet kulutustottumukset, jotka ovat seurausta teollisuusmaiden yleisestä vaurastumisesta, globaalit hoivaketjut, joissa köyhien maiden vanhukset ja lapset jäävät keskenään työikäisten naisten lähtiessä hoivatyöhön ulkomaille jne.⁴¹ Hoivan tuottamisvastuut ja sen mukana tuottamisen tavat siis muuttuvat maailmanlaajuisesti.

Vanhusten hoivan järjestäminen vaihtelee maittain sekä palvelurakenteen, palvelun tuottajien että rahoituksen suhteen. Eroja on muun muassa julkisen vallan ja perheen vastuun laajuudessa sekä voittoa tavoittelemattomien organisaatioiden ja verovaroin tuotetun hoivan merkityksessä. Monissa maissa hoivan rahoitus poikkeaa terveydenhuollon rahoituksesta. Hoivan puolella ainakin viimesijaiset palvelut tuotetaan usein verovaroin. On myös eroja sen suhteen, missä määrin asiakkaat itse osallistuvat palvelujen rahoitukseen. Monissa maissa julkinen valta tukee informaalia hoivaa, ja joissakin maissa on vakuutuksia, jotka korvaavat hoivaostoja. Sekä hoivan järjestämistä (läheiset, yhteiskunta), rahoitustavat (vakuutus, verot, asiakasmaksut), etuuksien luonne (rahaa vai palvelua) että etuuksien taso vaihtelevat (tulosisäilyttäen tai universaalista) vaihtelevat.

Kansainväliset esimerkit osoittavat, että hoivajärjestelmät ovat niin kutsutusti polku-riippuvaisia, eli järjestelmien uudistukset rakentuvat yleensä laajentamaan ja parantamaan hoivan tasoa tuomalla uusia lisäelementtejä aiempaan turvaan. Myös hoivan rahoituksen muutokset pyritään upottamaan olemassa oleviin rahoitusrakenteisiin. Aito reformi oli jäljempänä esiteltävän Saksan hoivavakuutuksen luominen, mutta sielläkin vakuutusta on nyt rakennettu noin 20 vuotta, eikä sitä pidetä vieläkään kaikilta osiltaan tyydyttävänä. Saksan mallia uudempi on myös jäljempänä esiteltävä Japanin järjestelmä, mutta senkin juuret ulottuvat jopa 1970-luvulle, jolloin ryhdyttiin kiinnittämään huomiota silloisiin ongelmiin. Singaporen tilijärjestelmän alku sijoittuu 1950-luvulle.

Hoivajärjestelmät ovat alun perin kulttuurisidonnaisia, mutta globaalistumisen myötä ne ovat lähentymässä toisiaan. Suvun ja perheen hoivaan tukeutuvissa maissa on luotu sekä yksityistä vakuuttamista että sosiaalivakuutuksen piirteitä sisältäviä järjestelmiä hoivan saatavuuden parantamiseksi. Yleensä näissä maissa on ollut kattava vakuutusturva sairauksien varalta jo pitkään, mutta hoivaan ovat saaneet tukea vain sellaiset ikääntyneet, joilla ei ole perhettä tai joiden tulot ovat hyvin vähäiset. Yksin elävien määrän kasvaessa on jouduttu luomaan vaihtoehtoja. Esimerkiksi Japanissa ja Saksassa perheen tuottaman hoivan riittä-mättömyys heijastui sekä terveydenhuollon kustannusten nousuun, kun hoivan tarvitsijat olivat kustannuksiltaan liian raskaassa sairaanhoidossa, että toimeentulotuen tyyppisen viimesijaisen tarpeen kasvuun. Havainto johti hoivavakuutusjärjestelmän luomiseen. Myös Etelä-Koreassa on hoivavakuutus omana erillisenä osana sairausvakuutusta (Kwon 2008).

41 Esim. Anttonen 2007: "Hoivapolitiikan suunnat, vertaileva näkökulma", diaesitys Norden2007 internet-sivuilla [2.7.2009] [http://www.norden2007.fi/public/download.aspx?ID=23037&GUID=%7B3C9EC80B-075A-4865-888E-FFFA5F2EC551%7D#351,1.Hoivapolitiikan suunnat: vertaileva näkökulma](http://www.norden2007.fi/public/download.aspx?ID=23037&GUID=%7B3C9EC80B-075A-4865-888E-FFFA5F2EC551%7D#351,1.Hoivapolitiikan%20suunnat%20vertaileva%20n%C3%A4k%C3%B6kulma)

Vastaavasti pohjoismaiseen hyvinvointimalliin nojaavissa maissa läheisten antamaa informaalia hoivaa tuetaan monella tavoin ja pyritään lisäämään sen osuutta.

4.1.2 Katsaus eurooppalaisiin hoivajärjestelmiin rahoituksineen

Eurooppalaiset hoivajärjestelmät jaotellaan usein seuraavasti: pohjoismainen julkis palvelumalli; anglosaksinen tarveharkintamalli (Iso-Britannia), subsidiariteettimalli (Saksa, Alankomaat), perhehoivamalli (Belgia, Ranska) ja perinteinen kotihoitomalli (Irlanti, Italia) (Anttonen, 2007). Järjestelmien nimet kertovat niiden luonteesta. *Julkis palvelumallissa* hoiva rahoitetaan ensisijaisesti verovaroin ja hoivan jakoa ohjaa universalismin periaate. *Anglosaksisessa mallissa* valtion rooli on suppea, ja verovaroin tuotetut palvelut rajataan eniten tarvitseville pienituloisille. *Subsidiariteetti- eli läheisyysmallissa* ensisijainen vastuu läheisten hoivasta on omaisilla, ja niukat verovaroin tuotetut palvelut jaetaan taloudellisesti heikoimmin toimeentuleville perheettömille kansalaisille. Katolilaisuudesta juontuvassa mallissa julkinen valta usein tukee kolmannen sektorin palvelutuotantoa, ja hyväntekeväisyydellä ja vapaaehtoistyöllä on suuri merkitys. *Perhehoivamallissa* lasten julkinen hoiva on verrattain laajaa ja pienten lasten päivähoitoa ja esikoulua tuetaan julkisista varoista. Vanhushoivassa vastuu on perheillä, verovaroilla tuotettua hoivaa on niukasti, vapaaehtoistyöllä on suuri merkitys, ja tarjolla on yksityisiä vakuutuksia, jotka mahdollistavat hoivan ostamisen. *Perinteinen kotihoitomalli* perustuu naisten melko vähäiselle työssäkäynnille. Monissa maissa omaisten ensisijaisesta vastuusta huolimatta informaalia hoivaa tuetaan verovaroin. (Anttonen ym. 2006, 17–18; Metsämäki 2006, 6–7.)

Hoivapolitiikan ja järjestelmien muutos

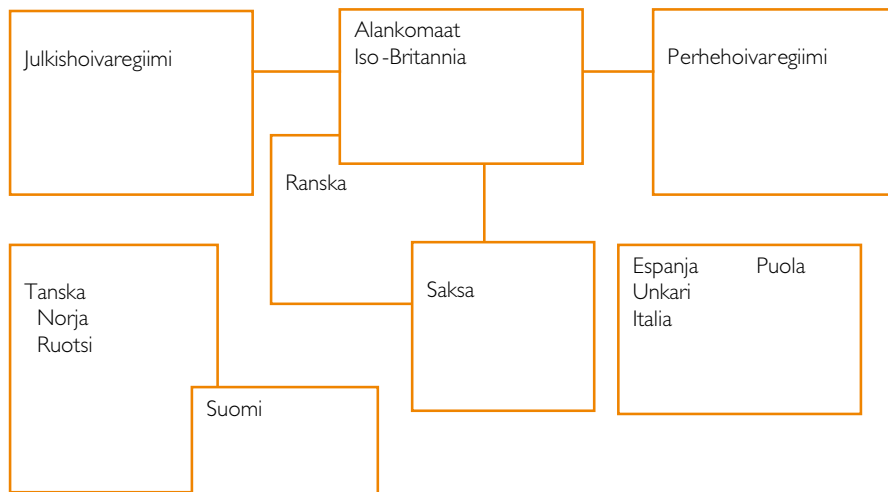
Edellä kuvattu jaottelu on edelleen käyttökelpoinen lähtökohta, mutta järjestelmien sisältö on muuttumassa monista eri syistä. EU:n tavoitteena on naisten aiempaa laajempi työelämään osallistuminen, mikä vaikuttaa hoivajärjestelmiin.

Isossa-Britanniassa on edelleen käytössä tarve- ja tuloharkinta, mutta sen verorahoitteisia vanhushoivapalveluja pidetään jokseenkin kattavina ja kehittyneinä ja lisäksi on myös hoivarahaa, jolla voi ostaa palveluja ja jonka myöntämisessä ei käytetä taloudellista tarveharkintaa.⁴² Alankomaissa on verovaroista rahoitettava henkilökohtainen hoiva- ja hoitobudjetti, eräänlainen tili, jota esitellään myöhemmin tässä työssä. Se on tarkoitettu hoivan hankintaan julkisen sektorin ulkopuolelta. Saksassa on otettu käyttöön jäljempänä esiteltävä hoivavakuutusjärjestelmä, johon sisältyy subsidiariteetin elementtejä, mutta koska EU:n jäsenvaltio ei voi subventoida kolmannen sektorin palvelutuotantoa vapaata markkinakilpailua vääristävällä tavalla, kolmannen sektorin osuus tuotannosta vähenee ja kolmannen sektorin toimijat ovat ryhtyneet yhtiöittämään palvelutuotantaan samoin kuin Suomessa on tapahtunut. Saksan malli sisältää useampia etuuksia toisin kuin vain rahallisia etuuksia jakava, puhtaasti Itävallan verorahoitteisen mallin hoitoraha, Pflegegeld.⁴³ Itävallan verovapaa hoitoraha ei ole tuloriippuvainen, ja seitsenportaisen hoivantarpeen määrittelyn perusteella sen suuruus vuonna 2009 vaihtelee 154,20 ja 1655,80 euron välillä. Se ei siis riitä korvaamaan kaikkia kuluja esimerkiksi ympärivuorokautisessa hoivan tarpeessa.

Muuttuvaa tilannetta voidaan havainnollistaa nimeämällä vain äärimmäiset vastakohtat eli julkishoivaregiimin ja perhehoivaregiimin, joiden väliin maat sijoittuvat (kuvio 7).

⁴² Hoivarahasta (Attendance Allowance) on päivitettävää tietoa muun muassa hallituksen tiedotussivuilla Directgovnement http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/FinancialSupport/AttendanceAllowance/DG_10012425

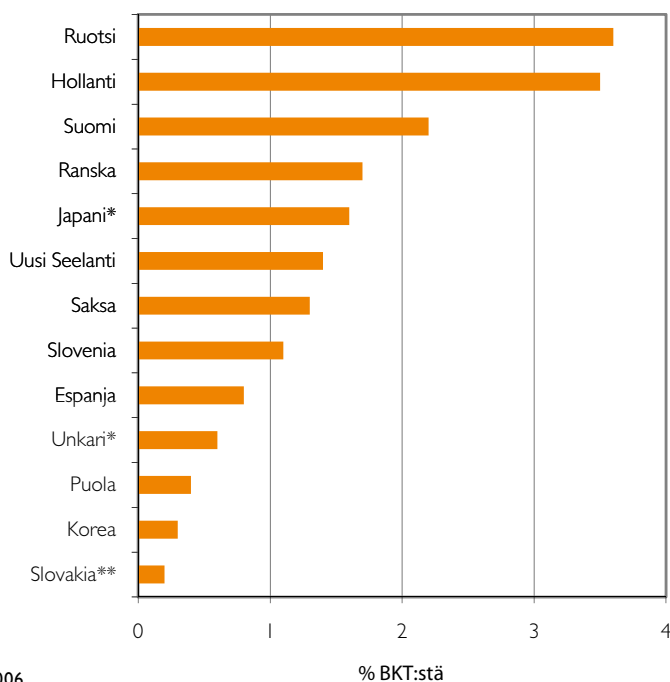
⁴³ Ks. Itävallan liittovaltion työ-, sosiaali- ja kuluttajasuojeluministeriön internet-sivut [4.5.2009] <http://www.bmsk.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0061>



Lähde: Anttonen ym. 2006, 122.

Kuvio 7. Eräiden Euroopan maiden sijoittuminen julkishoiva- ja perhehoivaregiimiin.

Kuviossa 7 hoiva sisältää sekä lasten että vanhusten hoivan. Kuvioon otetuissa esimerkki-maissa julkinen vastuu ja samalla verorahoitus vahvimmasta heikoimpaan etenee järjestyksessä: Tanska, Ruotsi, Norja, Suomi, Ranska, Iso-Britannia, Alankomaat, Saksa, Espanja, Unkari, Italia ja Puola. Nimenomaan vanhushoivan kohdalla Suomen ja Ruotsin on nähty liukuvan informaalia ja markkinoiden tuottamaa hoivaa korostaviksi ja siis kauemmas Tanskasta, jossa verorahoitteiset julkisen sektorin tuottamat palvelut ovat kattavimmat. Hoivamenojen kansainvälinen vertailu on muun muassa institutionaalisten erojen ja määrittelyvaikeuksien vuoksi hyvin vaikeaa. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että Hollannissa ja Pohjoismaissa menot suhteessa bruttokansantuotteeseen ovat keskimääräistä korkeampia (kuvio 8). Näissä maissa yhteiskunnan vastuu hoivasta on laaja. Vertailun vuoksi mainittakoon, että ikäriippuvaisista menoista hoivamenot ovat noin 3,5 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen, kun terveydenhuoltomenot ovat esimerkiksi Suomessa ja Ruotsissa suunnilleen 11 prosenttia BKT:stä.



* vuosi 2007, ** vuosi 2006

% BKT:stä

Lähde: OECD Health Data 2010 – Version June 2010.

Kuvio 8. Pitkäaikaishoivan kustannukset vuonna 2008, % bruttokansantuotteesta⁴⁴

44 OECD:n luvuissa on mukana myös omaishoidontuki, eläkkeensaajien hoitotuet ja Kelan vammaistuetsekä joitain muita pienempiä eriä ja lisäksi asiakasmaksut. Siksi menot ovat Suomen kohdalla korkeammat kuin kuvion 6 skenaariossa.

Pohjoismaissa ja Isossa-Britanniassa lapsilla ei ole lakisääteistä velvollisuutta huolehtia omista vanhemmistaan, kun taas valtaosassa koko maailman valtioita edellisestä ja seuraavasta sukupolvesta huolehtiminen on lakiin kirjattu velvollisuus. (Anttonen ym. 2006, 81, 122–123.) Alankomaissa informaalisella hoivalla on suuri merkitys, kunnan rooli sen sijaan on ollut marginaalinen, mutta nyttemmin sitä on vahvistettu. Yksityiset yhteisöt tuottavat hoivapalveluja, joiden rahoitus on järjestetty työnantajilta ja palkansaajilta perittävillä vakuutusmaksuilla. Saksan hoitovakuutusjärjestelmä rahoitetaan niin ikään vakuutusmaksuilla eikä siis varsinaisilla verotuloilla. Huomattakoon kuitenkin, että perhehoivaregiimissäkin esimerkiksi Espanjassa ja Italiassa on verotukseen liittyviä tukimuotoja (Kalliomaa-Puha 2007, 24).

Ei ole olemassa selkeää kuvaa siitä, vaikuttaako perheen antama tai muu informaali hoiva hoivamenoihin. Informaalin hoivan osalta tutkimustulokset viittaavat siihen, että erityisesti puolisoiden antama hoiva selittää hoivamenojen kehitystä (Yoo et al. 2004). Tulevaisuuden kannalta informaalin hoivan rooliin liittyy myös muita kansantaloudellisia näkökohtia kuin kustannukset. Puolison ohella työkäiset lapset ja näiden puoliset ovat usein hoivanantajia. Kun monien kehittyneiden maiden väestö vähenee, naisten työmarkkinoille osallistuminen on merkittävä työpanoksen lähde. Monet maat kohtaavat siis samanaikaisesti hoivan kysynnän kasvun ja informaalin hoivan vähenemisen. Julkisen hoivan kattavuus on Pohjoismaissa hyvä, ja esimerkiksi itäisen Euroopan maissa hyvin vähäinen (taulukko 2). On mahdollista, että jälkimmäisessä ryhmässä kuilu hoivan tarpeen ja saannin välillä muodostuu huomattavasti nykyistä suuremmaksi haasteeksi. Pohjoiseurooppalaiset maat lähtevät formaalin hoivan kattavuuden suhteen sopeutumaan kasvavaan kysyntään paremmista lähtökohdista kuin itäeurooppalaiset ja eteläeurooppalaiset maat.

Jos hoivan kattavuus pysyy nykytasolla ja iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn paraneminen on vähäistä, hoivamenot uhkaavat kasvaa huomattavasti kaikkialla. Esimerkiksi Hollannissa menot olisivat v. 2060 jopa 8,5 prosenttia suhteessa BKT:een ja Suomessa 4,5 prosenttia. Vaikka toimintakyky paranisi samassa suhteessa kuin elinikä pitenee, hoivamenojen kasvu loivenee vain lievästi. Esimerkiksi Suomen kohdalla hoivamenot ovat EU:n projektioissa tässä tapauksessa 4,3 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen (taulukko 2).

Taulukko 2. Projektio julkisten hoivamenojen muutoksesta eräissä Euroopan maissa

	% BKT:stä v. 2007	Ikääntyneiden määrän mukaan kasvava hoidon tarve		Parantuvan toimintakyvyn vaihtoehdo	
		Muutos, % 2007–60	% BKT:stä v. 2060	Muutos, % 2007–60	% BKT:stä v. 2060
Ruotsi	3,5	73	6	56	5,5
Hollanti	3,4	154	8,5	126	7,6
Suomi	1,8	150	4,5	138	4,2
Tanska	1,7	98	3,8	74	3
Italia	1,7	86	3,1	69	2,8
Belgia	1,5	105	3	81	2,7
Kreikka	1,4	172	3,8	140	3,4
Ranska	1,4	64	2,3	52	2,1
Itävalta	1,3	107	2,5	84	2,3
EU-27	1,2	103	2,5	85	2,3
Saksa	0,9	165	2,4	141	2,2
Irlanti	0,8	166	2,3	145	2,1
Yhdistyneet kuningaskunnat	0,8	66	1,4	54	1,3
Espanja	0,5	176	1,4	155	1,3
Puola	0,4	184	1,2	165	1,1
Tsekin tasavalta	0,2	194	0,7	163	0,6
Slovakia	0,2	197	0,6	175	0,6
Viro	0,1	134	0,2	114	0,1
Portugali	0,1	158	0,2	145	0,2

Lähde: European Commission and Economic Policy Committee (2009)

4.2 PAKOLLINEN SOSIAALIVAKUUTUS – SAKSAN JA JAPANIN MALLIT

4.2.1 Saksan hoitovakuutus ja sen käyttöönoton tavoitteet

Taustaa

Saksan vuonna 1995 voimaan tullut hoitovakuutus kattaa käytännössä koko väestön: vakuutettuja on perheenjäsenet ja yksityisesti vakuutetut mukaan lukien hieman alle 80 miljoonaa eli lähes 97 prosenttia Saksan väestöstä.⁴⁵ Hoitovakuutukseen siirtymiseen loi painetta muiden muassa se, että Saksassa lapsilla on lakisääteinen velvollisuus huolehtia vanhemmistaan, jolloin kumpaisenkin sukupolven omaisuutta voidaan eräin ehdoin realisoida hoito- ja hoivalaskujen maksamiseksi. Keskeisenä syynä hoitovakuutuksen luomiseen oli vanhusten lisääntynyt toimeentulotuen käyttö hoitolaskujen maksamiseen. Vakuutuksen finanssipoliittisena tavoitteena olikin vähentää toimeentulotuesta vastaavien eli kunta- ja aluejärjestelmään kuuluvien organisaatioiden kustannuksia; kunta on viime sijainen hoivan antaja ja rahoittaja Saksassa. Sosiaalipoliittiset tavoitteet olivat tiivistettyinä kotihoidon priorisointi, hoidettavan itsenäisen elämän tukeminen ja varmistaminen sekä kotihoidon laadun parantaminen, mihin liittyi myös omaishoitajuuden tukeminen. (Häkkinen 2000, 11 ja 27, Dietz 2002, 51–52, myös Maly 2001, 78–79.)

Usein tuodaan esiin, että kansainvälinen vertailu on vaikeaa maiden erilaisten kulttuuristen ja poliittisten järjestelmien vuoksi. Saksan liittovaltioon kuuluu 16 osavaltiota, joissa eräin ehdoin voi olla omaa lainsäädäntöä sellaisilla alueilla, joilla liittovaltio ei ole säätänyt lakeja; näin on tapahtunut myös hoitovakuutuksen kohdalla. Kuntajärjestelmä ja kunnan tehtävät poikkeavat suomalaisesta, ja kuntien asema ja organisaatiot vaihtelevat osavaltioittain. Katolisesta etiikasta juontuva subsidiariteettiperiaate on vahva, ja myös hoitovakuutus koskeva lainsäädäntö myötäilee yhteisöllisyyden perinnettä. Hoitovakuutuslain mukaan kunta ei saa ottaa itse tuotettavakseen palveluja silloin, kun järjestöt ja yritykset niitä tuottavat, joten itse asiassa julkisen sektorin rooli on muita palveluja täydentävä. (Häkkinen 1996, 1999 ja 2000, Anttonen ym. 2006, 17–19.) Saksassa korostuu yhden huoltajan malli, joka tarkoittaa miestä elättäjänä ja kotiäitiyttä, kun Suomessa on pitkään ollut vallalla kahden huoltajan malli. Näiden seurauksena Saksassa on ollut formaalia hoivaa tarjolla niukasti, kun sitä vastoin Suomeen on kehitetty etenkin 1960-luvulta alkaen jokseenkin kattavat palvelut eri sukupolvien tarpeisiin (myös Metsämäki 2006, 12).

Sosiaalivakuutukset, vakuutetut ja vakuutusten hallinnointi

Saksassa on viisi sosiaalivakuutusta: eläke-, työttömyys-, työtapaturma-, hoito- ja sairausvakuutus, joista kotisairaanhoido kuuluu viime mainitun etuuksiin.⁴⁶ Sairausvakuutus kerää kaikkien sosiaalivakuutusten vakuutusmaksut vakuutetuilta ja siirtää ne kunkin sosiaalivakuutuksen erilliselle ja itsenäiselle kassalle. Sairausvakuutuksen osalta varat siirretään edelleen yhteiseen rahastoon, joka jakaa ne uudelleen kassoille sen mukaan miten paljon niillä on vakuutettuja. Saksan tapaan muissakin vakuutusperustaisissa järjestelmissä on verrattain yleistä, että maksut ohjataan yhteiseen rahastoon, vaikka kassat kilpailevat keskenään. Vastaavantyyppisiä järjestelyjä on esimerkiksi Belgiassa ja Hollannissa.

Saksan hoitovakuutusjärjestelmä on organisatorisesti sairausvakuutuskassojen yhteydessä olevissa hoitokassoissa. Sen mukaan onko henkilön sairausvakuutus pakollinen ja vakuutus lakimääräisessä kassassa (gesetzliche Kasse) vai yksityiskassassa, määräytyy myös hoitovakuutuksen paikka samaan kassaan (joko ns. soziale Pflegeversicherung tai private Pflege-Pflichtversicherung). Viranhaltija, tietyn tulorajan ylittävä, ammatinharjoittaja, yrittäjä ja vastaava henkilö voi vakuuttaa itsensä yksityisessä sairausvakuutuksessa, minkä seurauksena hänen on oltava vakuutettuina myös yksityisessä hoitovakuutuksessa. Monet kassat tarjoavat vakuutuksia sekä lakimääräisen että yksityisen tariffin mukaan. Yksityisen pakollisen

⁴⁵ Liittovaltion terveysministeriön internetsivut [4.5.2009] http://www.bmg.bund.de/clin_162/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Glossar-Pflegereform-2008/Glossar-begriff-Pflegereform-2008__Zahlen-und-Fakten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Glossar-begriff-Pflegereform-2008_Zahlen-und

⁴⁶ Esim. Deutsche Sozialversicherung Europavertretung- nimisen edustuston internet-sivuilla [23.7.2009] <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/wegweiser/einfuehrung.html>

vakuutuksen piirissä on vajaat 10 miljoonaa yhteensä 80 miljoonasta vakuutetusta. Tiettyjen ryhmien mahdollisuutta yksityiseen vakuutukseen on paljon myös kritisoitu, mutta siitä luopuminen ei ole poliittisista syistä helppoa.

Työnantaja ja työntekijä maksavat vakuutuksen puoliksi ja sen taso määräytyy yleisessä vakuutuksessa tiettyinä prosenttina palkasta. Yleisen ja yksityisen pakollisen vakuutuksen ero on lähinnä vakuutusmaksun määräytymisessä (yksityisvakuutuksessa vaikuttaa muun muassa ikä, mutta ei tulot) ja siinä, että yksityisten kassojen puolella on rahastointia.⁴⁷ Pakollisesta vakuutuksesta saadut etuustasot ovat yhtäläiset vakuutuspaikasta riippumatta toisin kuin sairausvakuutuksessa. Kassat voivat erottautua toisistaan lähinnä neuvontapalvelujen tyypillisillä palveluilla. Tietyn tulorajan yli menevät henkilöt voivat olla periaatteessa ilman sairaus- ja hoitovakuutuksia, mutta käytännössä he ovat usein yksityisvakuutuksen asiakkaita. Vakuutuksen piiriin kuuluvat myös tuloja vailla olevat perheenjäsenet. Sairaudet eivät estä vakuutuksen saamista.

Hoitovakuutusmaksuista saa myös verovähennyksen, mutta käytännössä sillä ei liene merkitystä, koska vähennys on yhteinen kaikille sosiaalivakuutusmaksuille ja sen kokonaissumma on sen verran pieni, että se täyttyy jo sairausvakuutusmaksusta. Saksalaisessa sosiaalisessa hoitovakuutusjärjestelmässä maksu on pakollinen, se on tuloista riippuva ja taloudellista riskiä jaetaan suurituloisilta ja lapsettomilta pienituloisille. Hoitovakuutuksella on siis sosiaalivakuutuksen luonne.

Vakuutustapahtuma ja etuudet

Vakuutetun hakiessa etuuksia arvioi lääketieteellinen palvelu vakuutustapahtuman eli hoidon tarpeen ja sijoittaa hakijan johonkin kolmesta hoitoluokasta. Osavakuutuksena hoitovakuutus ei kuitenkaan kata kaikkia menoja. Jos korvaus ei kata kaikkea, asiakas maksaa erotuksen itse. Myöskään asumisen kustannuksia ei korvata. Avohoidossa etuudet voidaan ottaa hoitorahana tai palveluina tai näiden kahden yhdistelmänä, ja etuuksiin kuuluu myös omaishoitajuuden järjestäminen ja tukeminen, hoitotarvikkeet ja asunnon muutostyöt. Palveluna ottaminen tarkoittaa käytännössä kustannusten suoraa korvaamista palveluntuottajalle. Laitoshoidon tyypisessä hoidossa etuutena ovat kustannusten korvaukset hoitoisuusluokan mukaan. Hoitorahana ottaminen on selvästi yleisintä, joskin palvelujen osuus on hitaasti noussut. Sairausvakuutuksen lääketieteellinen palvelutiimi valvoo avopalvelujen laatua myös kotikäynnein. (Emt. 27, 31, 35–40, 52, Maly 2001⁴⁸, 82–86.)

Vuonna 2009 korvaukset palvelujen hankkimiseen kodeissaan asuville voivat maksimissaan kuukausittain olla ensimmäisen hoitoisuusluokan noin 400 eurosta kolmannen luokan noin 1400 euroon, poikkeustapauksissa enemmänkin. Hoitoraha-etuudet ovat edellisiä pienempiä.⁴⁹ Etuudet ovat kuitenkin käytännössä aina pienempiä kuin kustannukset esimerkiksi ympärivuorokautisessa hoivassa.

4.2.2 Saksan hoitovakuutuksesta kertyneitä kokemuksia

Yleistä, joskaan ei varauksetonta tyytyväisyyttä

Myönteisenä Saksassa on pidetty vakuutuksen laajaa kattavuutta ja yhtenäisiä korvauksia, omaishoitajien ja asiakkaiden aseman paranemista ja vakuutuksen vaikutuksia paitsi asiakkaiden ja heidän omaistensa myös kuntien talouteen. Hoitovakuutus on pakottanut palveluntuottajina toimivat yleishyödylliset järjestöt kilpailemaan asiakkaista ja toimimaan täyskateperiaatteella kunnan subvention asemesta, minkä on nähty tehostavan palvelutuotantoa

⁴⁷ Pakollinen hoitovakuutus 2009: vakuutusmaksu on yleensä 1,95 prosenttia työntekijän kuukausittaisesta bruttoansiosta; työnantaja ja työntekijät maksavat sen puoliksi. Eläkkeistä peritään 1,95 prosenttia. Pakollinen hoitovakuutus yksityiskassassa: vakuutusmaksu määräytyy vakuutuksenottajan iän mukaan vakuutuksen ottohetkellä; työntekijä ja työnantaja maksavat vakuutuksen puoliksi. Kumpaisessakin vakuutuksessa on lapsettomille 0,25 prosenttia lisämaksu ja voimassa on kuukausittainen ja vuosittainen vakuutusmaksukatto. <http://www.lohn-info.de/sozialversicherungswerte.html#sv2009> [4.5.2009]

⁴⁸ Maly 2001, 78–79 ja 82–86, kuvaa raportissaan käytännönläheisesti hoitovakuutuksen etuuksia, jotka pääpiirteissään ovat edelleen (2009) samat, mutta sekä vakuutusmaksujen perimisprosentit että etuuksien euromäärät ovat muuttuneet.

⁴⁹ Bundesministerium für Gesundheit 29.1.2009: Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Überblick. [1.8.2009] http://www.bmg.bund.de/cln_162/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Glossar-Pflegereform-2008/Glossar-begriff-Pflegereform-2008__Leistungen-Pflegeversicherung__C3_9Cberblick,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Glossar-begriff

ja parantaneen laatua. Hoitovakuutus on lisännyt myös alan yrittäjyyttä. Yhtenä epäkohtana on nähty sairaus- ja hoitovakuutuksen rajapinnoista lähtevät ristiriidat.

Hoitovakuutuksen vaikutuksia on tutkittu. Yhteenvetona tavoitteiden kannalta mainittakoon, että vakuutuksen vuonna 1995 tapahtuneen voimaantumisen jälkeen vuoteen 2000 ulottuvien tutkimusten mukaan toimeentulotukimenot ja tukiasiakkaiden määrä olivat vähentyneet. Omaishoidon arvostus oli lisääntynyt ja etuudet olivat tukeneet omaishoitojuuttia. Hoitovakuutus oli toiminut tasa-arvoa lisäävästi, mutta paineita kohdistui eri osavaltioiden erilaiseen vastuunottoon, hoitomaksujen nousun hillitsemiseen ja hoitovakuutusmaksujen nostamiseen. Vakuutuksen avulla on hankittu lisäresursseja vanhustenhuollolle, jonka tila oli ollut etenkin kotipalvelujen osalta aiemmin heikko. Vakuutuksen arvellaan nostaneen ihmisten tietoisuutta ikääntymisen mukanaan tuomista riskeistä ja tarpeesta varautua niihin. (Häkkinen 2000, 67–68, vrt. Anttonen ym. 2006, 106–107, ks. myös Maly 2001, 139, 142⁵⁰.)

Vuosituhanneen alussa tehtyjen tutkimusten mukaan asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä vakuutukseen, mutta tyytymättömyyttä kohdistui hoidon tarvemittauksiin ja hoitoisuusluokitukseen. Hoivan tuottajat sitä vastoin olivat tyytymättömiä em. tarvemittaukseen ja sen seurauksena etenkin ensimmäisessä luokassa korvauksen vähäiseen kattavuuteen, dementoituneiden asiakkaiden tarpeiden alimitoitukseen ja asiakkaiden liian suuriin odotuksiin (Söderström ym. 2000, 22). Omaishoitajan tukemista ensisijaisesti rahapalkkiolla ja palvelujen niukkaa saatavuutta arvosteltiin. Vaikka hoitovakuutus näytti luoneen palveluyrityksiä ja tarjontaa, ei ostettava ollut lisääntynyt. (Dietz 2002, 267.) Kielteisenä nähtiin myös se, että ympärivuorokautisessa hoidossa etuudet eivät kaikissa hoitoisuusluokissa toimi samalla tavoin. Hoitoluokitus koettiin karkeaksi. Sen uudistamiseksi onkin tehty pohjatyötä, ja kehitetty uusi toimintakykyyn perustuva viisiasteinen tarvemittaristo, jota kuitenkin ainakaan toistaiseksi ei ole otettu käyttöön.

Saksassa on keskusteltu myös siitä, onko erillinen hoitovakuutus yleensäkin tarpeellinen. Terveysministeriöstä on esitetty sosiaalivakuutusjärjestelmien parempaa yhteensovittamista eli sairaus- ja hoitovakuutuksen sekä sosiaaliapulain yhteensovittamista (Häkkinen 2000, 61). Erillisyydelle on puolustajia, jotka kiinnittävät huomiota hoivan kokonaisvaltaiseen luonteeseen, joka on erilainen kuin sairaaloissa annettava, diagnoosiin perustuva suoritusperusteinen hoito. Vastaavan tyyppistä keskustelua käytiin Suomessa kotipalvelua ja kotisairaanhoidon yhdistettäessä. Pelättiin, että ammatillinen sosiaalipalvelu jää arvostuksessa ammatillisen kotisairaanhoidon alle, mikä saattaa vähentää poliittista halua panostaa sosiaalisektorille.

Parantamisen tarvetta on nähty jo pitkään myös ehkäisevässä työssä ja siinä kuinka sairaanhoidon ja hoivan välinen työnjako ehkäisevän työn näkökulmasta hoidetaan (Rothgang ym. 2007). Kokonaisvaltaisen hoivan saatavuuden ja järjestelmän taloudellisen tehokkuuden näkökulmasta on tärkeää hoiva- ja hoitoketjujen yhteensovittaminen ja koordinointi. Saksan mallissa sairausvakuutus ja hoitovakuutus ovat erilliset, jolloin käytännössä on jouduttu ratkaisemaan, kummanko vakuutuksen piiriin jokin tapahtuma kuuluu. Asiakas joutuu myös usein asioimaan monen tahon kanssa, jolloin kokonaistilanteensa hahmottaminen ja hallitseminen vaarantuu.

Hoitovakuutuksen reformi ja edelleen kehittämisen tarpeet

Laajan poliittisen keskustelun jälkeen Saksan hoitovakuutusta uudistettiin vuonna 2008. Maksuja korotettiin, neuvontaa tehostettiin ja dementiaa sairastavien hoidon saantia parannettiin ja hoitolaitosten kontrollia uudistettiin. Keskustelu hoitovakuutuksen uudistamisesta jatkuu edelleen. Huolta aiheuttaa etenkin järjestelmän taloudellinen kestävyys. Järjestelmän luomisen yhteydessä tapahtunut rahastointi on pitkälle jo purkautunut, minä vuoksi maksuja korotettiin. Hoitoa tarvitsevien määrän arvioidaan pitkällä aikavälillä eli vuoteen 2050 mennessä yli kolminkertaistuvan samalla, kun maksajien määrä vähenee.

50 Anttonen ym. 2006 tukeutuu joiltakin osin vuodelta 2005 oleviin saksalaisiin tutkimuksiin ja muihin lähteisiin, ja arvioi hoivavakuutuksen tuloksia hieman varauksellisemmin kuin Häkkinen: informaali hoiva on edelleen ensisijaista ja etuuksien piiriin pääsemisen kriteerit tiukat; sekä laitosten avopalvelut ovat kuitenkin lisääntyneet. Maly'n, 2001, laadullisessa tutkimuksessa 20 äitiään hoitavasta tyttärestä 13 oli tyytyväisiä ja 5 tyytymättömiä hoitovakuutuksen etuuksiin; 3 ei osannut sanoa mielihpidettään.

Koska kysymyksessä on jakojärjestelmä, maksut nousevat ikääntyneiden määrän kasvaessa. On arvioitu, että maksut nousisivat nykyisillä korvaustasoilla ainakin neljään prosenttiin eli kaksinkertaiseksi nykyiseen verrattuna. Työnantajien edustajat näkisivät rahastoivaan järjestelmään siirtymisen nykyistä parempana tapana hoitaa rahoitus. Toisaalta on nähty, että yksityinen lisävakuutus toimii paremmin kuin julkisen hoitovakuutuksen muuttaminen rahastoivaksi, koska se kuitenkin olisi alttiina poliittisen päätöksenteon tuomille muutoksille. (Arentz ym. 2004 ja Arentz ym. 2005, Rotgang ym. 2007.) On myös ehdotettu, että julkista hoitovakuutusta tulisi kompensoida rahoituksen riittävyyden turvaamiseksi joko verovaroista tai yksityistä pakollista vakuutusta hoitavista kassoista, koska niillä näyttää olevan vähemmän korvattavia tapauksia valikoituneen asiakaskunnan vuoksi. Tasoittaminen ei ole yksinkertaista muun muassa siksi, että yksityisessä vakuutuksessa on vähän asiakkaita ja se on osin rahastoiva.⁵¹ Myös poliittisesti riskien tasoitus on vaikea asia. Sekä poliittisten päätöksentekijöiden että asiantuntijoiden mielipiteet näyttävätkin eroavan melkoisesti toisistaan.

Hoitovakuutuksesta huolimatta Saksassa korostetaan edelleen sitä, että vastuu hoivan saannista on ensisijaisesti tarvitsijalla ja hänen läheisillään. Niinpä hoivajärjestelmän kokonaisuuteen kuuluu vuoden 2008 uudistuksen myötä myös yli 15 hengen yrityksissä oikeus saada kuusi kuukautta vapaata työstä läheisen hoivan järjestämiseksi ja lisäksi 10 päivää akuutin hoivatarpeen tullessa.⁵²

Jonkin verran on keskustelussa ollut esillä myös hoitovakuutusta hallinnoivien kassojen välisen kilpailun puute sekä korvausten reaalisien tason jääminen jälkeen kustannuksista. Saksan hoivavakuutuksen etuudet on määritelty nimellisiksi, joten inflaation myötä niiden ostovoima alenee koko ajan. Tämä on omiaan lisäämään toimeentulotuen hakemista hoitomaksujen kattamiseksi, vaikka hoitovakuutuksella nimenomaan pyrittiin tästä pois.

Koska hoitovakuutus harvoin korvaa kaikkia kuluja, suositellaan yksityisen lisävakuutuksen ottamista. Niitä vakuutusyhtiöt ja vakuutuskassat tarjoavat periaatteessa kolmenlaisia eli joko kustannukset osittain tai kokonaan korvaavia, hoitopäiväkohtaista korvausta tarjoavia ja kuukausittaista hoitoeläkettä tarjoavia.

4.2.3 Japanin hoivavakuutus

Japanin hoivavakuutuslainsäädäntö tuli voimaan vuonna 2000. Kymmenen vuotta aiemmin Japanissa oli ryhdytty lisäämään hoivan saatavuutta universalismin periaatteella ja samalla määrätietoisesti siirtämään painopistettä omassa kodissa selviytymiseen ja kunnallisiin kuntoutuslaitoksiin vähentäen samalla kallista ja raskasta institutionaalista hoivaa. Kehitykseen johti väestön nopea ikääntyminen: 65 vuotta täyttäneitä arvioidaan vuonna 2030 olevan lähes 30 prosenttia väestöstä. Lisäksi perinteinen eri sukupolvien yhdessä asuminen vähenee ja vähenee koko ajan, joten perheenjäsenten keskinäinen hoiva on riittämätöntä. Yksin tai puolison kanssa asuvien määrä lisääntyy, ja jo vuosikymmen sitten yli puolet läheistään hoitavista oli itse yli 60-vuotiaita. Japanissakin naisten työssä käynnin yleistyessä seuraavasta sukupolvesta ei ollut apua. Niinpä monet pelkän hoivan tarvitsijat hakeutuivat tai joutuivat hakeutumaan sairaalahoitoon, jota eivät olisi vielä edes tarvinneet. Lähes puolet sairaalapaikoista oli yli 65-vuotiaiden hallussa, ja heistä kolmannes viipyi sairaalassa kauemmin kuin vuoden. Laitoshoitoon motivoi sairausvakuutuksen ikääntyneille varsin korkea korvaustaso. Lopulta institutionaalisessa hoivassa oli asiakaspaikkoja aivan liian vähän todelliseen tarpeeseen ja kysyntään nähden. (Campbell ja Ikegami 2003.)

Japanin hoivavakuutuksessa on monia sosiaalivakuutuksen piirteitä: se on pakollinen, takaa universaalit palvelut ja siirtää hoivavastuuta perheiltä yhteiskunnalle.⁵³ Suomalaisesta näkökulmasta on mielenkiintoista kuntien merkittävä rooli. Kunnat ovat vakuutuksenantajia, asettavat maksut, valvovat palveluja ja hallinnoivat rahoitusta ministeriön ohjeiden mukaan. Hoivan tarpeen määrittely, avun antamisen tavat, asiakkaan rahoitusomavastuun

51 Deutsche Bundesbank, Monatsbericht April 2007. [23.7.2009] http://www.bundesbank.de/download/volkswirtschaft/mba/2007/200704bbk_mba_pflegeversicherung.pdf

52 Pflegestufe.info-internetsivut: <http://www.pflegestufe.info/rss/2008-i/2008-03-14.html> [23.7.2009]

53 Japanin terveys-, työ- ja hyvinvointiministeriön internet-sivut (Long-term Care Insurance in Japan) <http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/index.html> [23.7.2009]

korkeus sekä palvelujen hinnoittelu on määritelty keskushallinnon toimesta. Rahoitus muodostuu kolmesta lähteestä: 10 prosenttia asiakasmaksuista ja loput kattaa puoliksi hoivavakuutus ja verorahoitus. Veroilla rahoitettavasta osuudesta puolet tulee valtiolta ja neljännes kunnilta ja loput väliasteen hallinnolta (prefektuureilta). Hoivavakuutuksen alkuperäinen tarkoitus turvata samanlaiset palvelut kaikille ei ole kuitenkaan toteutunut siinä mielessä, että vakuutusmaksu on muodostunut kunnittain erilaiseksi. Korkeimmillaan se on lähes kolminkertainen matalimman maksun kuntaan nähden. Vakuutusmaksun tasoon vaikuttavat muun muassa iäkkäiden osuus, informaalin hoivan määrä, tulotaso alueella sekä hoivan tarjonta (Shimizutani ja Inakura, 2007).

Pitkäaikaishoiva erotettiin sairaanhoidosta, mutta sairauden- ja terveydenhoidon sekä pitkäaikaishoivan rahoitus on integroitu yhdeksi järjestelmäksi (vrt. Saksan malli). Kunta vakuutuksenantajana määrittelee tulosidonnaisten vakuutusmaksujen tason. Etuuksina ovat hoivapalvelut, eikä siis raha. Hoiva on luokiteltu kuusitasoiseksi, ja henkilön tarve määrittelee tason: kunta arvioi henkilön palvelutarpeen ja päättää hoivan myöntämisestä. Palvelunkäyttäjä joutuu maksamaan omavastuun. Myös palvelujen hinnat on määritelty yhteiskunnan toimesta, ja tuottajat kilpailevat laadulla. Etuuksien saanti on sidottu ikään ja palvelutarpeeseen, mutta ei niinkään siihen, onko perheen apua saatavissa. Käytännössä kuitenkin tuloilla ja perheen tuella on ainakin alkuvaiheessa ollut merkitystä.

Hoitoon ohjaukseen ja hoidon suunnitteluun on perustettu ns. care manager-toimenkuvia. Saatava hoiva on jaoteltu 12 erilaiseen kunnalliseen hoivamuotoon sekä kolmeen institutionaalisen hoivan muotoon. Asiakkaat saavat kuitenkin valita itse hoivan tarjoajan myös yksityisten yritysten joukosta. Tukea voi saada myös 40 – 64 ikävuoden välillä esimerkiksi yleensä ikääntymiseen liitettävän, mutta varhain alkaneen etenevän, parantumattoman neurologisen sairauden vuoksi. (Campbell ja Ikegami 2003. Shimizutani, 2006, Shimizutani ja Inakura, 2009, Campbell, 2009.)

4.3 Kansainvälisiä kokemuksia tilimalleista

4.3.1 Hollannin henkilökohtainen tilimalli (Persoonsgebonden budget)

Kansainvälisten mallien mukaiset kokemukset vanhushoivaan tarkoitettuista tileistä ovat vielä lyhytaikaisia. Esimerkiksi Alankomaissa henkilökohtainen hoiva- ja hoitobudjetti, Persoonsgebonden budget (pgb), on ollut käytössä vuodesta 1995, mutta pitkäaikaishoivan osalta laajana vasta vuodesta 2003. Pgb oli vastaus siihen, että koteihin hoivaa pyytäneet vanhuset joutuivat jonottamaan kauan julkisen sektorin järjestämiä palveluja. Pgb:n avulla asiakas voi hankkia palveluja yksityiseltä sektorilta.

Alankomaissa jokainen yksittäinen hoivabudjetti vastaa suuruudeltaan sitä määrää, joka kuluisi formaalien palvelujen järjestämiseen kyseiselle henkilölle. Tilin käytöstä on pidettävä kirjaa ja sitä valvotaan. Tilin varoista voi ostaa hoivapalveluja ja palkata hoiva-avustajan, ja osan rahasta voi käyttää kompensoimaan epävirallisen hoivan kustannuksia; hoivan tarvitsija päättää itse, millaista apua hän hankkii. Budjetointijärjestelmään sisällytettäviä toimintoja ovat kodinhoitoapu, henkilökohtainen hoito ja huolenpito, sairaanhoidollinen apu, tukea antava sekä aktivoiva ohjaus ja lyhytaikaishoito kodin ulkopuolella.

Tilin varoilla ei sen sijaan voi hankkia lääketieteellistä hoitoa tai terapiaa eikä pitkäaikaista laitoshoidoa. Tili ei siis ole ainoa keino saada kotiin palveluja, vaan vaihtoehto Alankomaiden vakuutusmaksurahoitteiselle julkiselle palvelujärjestelmälle, jossa palveluntuottajina toimivat järjestöt ja yritykset. Tilijärjestelmä on määrärahasidonnainen. Kun vuosittainen budjetteihin varattu rahamäärä on käytetty, on selvítettävä, voidaanko henkilön tuki myöntää suoraan palveluina.⁵⁴ Henkilökohtaista hoivabudjettia käyttävät sitä useimmiten pienimuotoisen avuntarpeen tyydyttämiseen, vaikka se enimmillään voi kattaa jopa ympärivuorokautisen hoivan. Koska palveluiden käyttöä valvotaan, järjestelmä on melko raskas

⁵⁴ Ks. Alankomaiden terveysministeriön internet-sivut [4.5.2009] ja myös HE 20/2009 luku 1.2 Kansainvälinen kehitys sekä ulkomaiden lainsäädäntö. http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_pgb/default.asp <http://www.minvws.nl/en/reports/dmo/2008/elderly-policy-monitor-2008.asp>

hallinnoltaan. Se myös edellyttää joko käyttäjältä tai omaisilta sellaista toimintakykyä, että he pystyvät hankkimaan palvelut itsenäisesti palvelujen tarjoajilta.

4.3.2 Saksan tilimalli (Pflegebudget)

Saksassa vammaisilla on oikeus palvelujen sijaan myös Hollannin mallin tyyppiseen henkilökohtaiseen budjettiin (Pflegebudget). Sen kokeilu alkoi 1990-luvun lopulla ja vuosina 2004–2007 sitä kokeiltiin seitsemällä alueella noin tuhannen ihmisen otoksella. Pysyväksi järjestelmä tuli vuonna 2008.⁵⁵ Etuus koskee vammaisia ja myös vammaisten lasten vanhemmilla on mahdollisuus tiliin; vamman haitta-asteella ei ole merkitystä, mutta saajalla on oltava hoitoisuusluokituksen mukainen tarve hoivaan. Käytännössä tili on sidottu palvelujen hankkimiseen eli se on eräänlainen palveluseteli. Järjestelmällä pyritään vahvistamaan vammaisten itsemääräämisoikeutta ja omaa vastuuta. Tavoitteena on tehdä vammaisesta ihmisestä toimenpiteiden kohteen asemesta itsenäinen päättäjä eli ostaja, asiakas ja työnantaja. Järjestelmään liittyy kuitenkin neuvonta. Tilinhaltija saa henkilökohtaiseen käyttöönsä hoitovakuutuksen etuutta vastaavan summan, jolla voi ostaa hoivapalveluja, tuettua asumista ja vaikkapa palkata henkilökohtaisen avustajan.

Budjettia käyttävät ovat tyytyväisiä valinnan vapauteen. Saatujen kokemusten mukaan hoidettavalle enemmän vapauksia jättävä malli vaatii kuitenkin kontrollin eli mahdollisen väärinkäytön estävää valvontaa. Se vaatii myös uudenlaisia palvelujen laadunvarmistusmenetelmiä sekä erilaista yhteistyötä eri osapuolten kanssa kuin pelkkiä palveluja tarjottaessa. Kokeilussa havaittiin, että hoivatilin olisi oltava niin mitoitettu, että se kattaisi yksilöllisen, kullekin riittävän hoivan hankkimisen. (Meyer, 2007.)

4.3.3 Singaporen vakuutukseen kytketty tilimalli (MediSave ja ElderShield)

Singapore on esimerkkivaltio henkilökohtaisten vakuutusten, rahastojen ja tilien käyttämisessä. Siellä, kuten monissa muissakin maissa, väestön eläketurvaa on ryhdytty kehittämään ensin ja vasta sen jälkeen sairausvakuutusta. Maassa on 1950-luvulta lähtien ollut pakollinen Central Provident Fund, johon työntekijät ja työnantajat maksoivat alkuun lähinnä vanhuuden eläketurvaa vastaavaa etuutta. Maksut kerätään työntekijöiltä ja työnantajilta, ja maksujen suuruus riippuu muun muassa työntekijän iästä, palkasta ja työnantajan sektorista. Nykyisin ne ovat enimmillään 14,5 prosenttia työnantajille ja 20 prosenttia työntekijöille.

Nykyisin em. tavoin kootut maksut jaetaan kolmelle tilille: perustilille, erityistilille ja MediSave-tilille. Terveystili MediSave on ollut käytössä vuodesta 1984. Perustililtä varoja voidaan käyttää vaikkapa omistusasunnon hankintaan. Erityistiliä käytetään eläkkeisiin ja eläkkeisiin liittyviin tuotteisiin kuten elinikäisinä annuiteetteina maksettaviin vakuutuksiin – tai tilille kertyneistä varoista voi osan nostaa muuhun käyttöön. MediSave-tililtä maksetaan sairauskuluja tai varoja voi käyttää muun muassa jäljempänä kuvatun MediShield-vakuutuksen maksamiseen. Lisäksi singaporelaisilla on EduSave-tili lasten koulutusta varten.

Central Provident Fundin tavoitetaso, jonka jälkeen henkilön ei enää tarvitse tiliään kartuttaa, on vakuutettua kohti 120 000 Singaporen dollaria ja MediSaven 34 500 dollaria. Tavoitetasoja sopeutetaan inflaation mukaan. Tileille maksetaan korkoa ja niiltä voi nostaa varoja sääntöjen tarkoittamiin tarkoituksiin melko monella tavalla, ja vakuutettu voi sijoittaa minimisummien yli menevät varat erilaisiin rahoitusmarkkinainstrumentteihin. Eläkkeelle siirryttäessä MediSave-tilille on jätettävä tulevia sairausmenoja varten minimisummana 29 500 dollaria. Tilin haltijan kuollessa jäljelle jäävä summa periytyy (Lassila ym. 2008, 24).

Tilejä hallinnoi nykyään kolme yksityistä vakuutuslaitosta, jotka myös huolehtivat varallisuuden sijoittamisesta. MediSave on henkilökohtainen tili, jolle maksetaan korkoa, mutta jossa riskiä ei tasata. Tiettyjä suuria ja kalliita hoitotapahtumia kuten syöpähoitoja varten on

55 Ks. Saksan työ- ja sosiaaliministeriön sivut http://www.bmas.de/portal/9266/persoenliches_budget.html ja http://www.bmas.de/core-media/generator/9266/persoenliches_budget.html sekä informaationsivut <http://www.pflegebudget.de> [11.11.2009]

MediShield, jossa riski tasataan. Lisäksi on yksityisten vakuutusyhtiöiden tuotteita, joiden ehdot on sopeutettu täydentämään MediSaven ja MediShieldin turvaa.

Vuonna 2002 perustettiin ElderShield -vakuutus, jolla on tarkoitus rahoittaa pitkäaikashoidon kustannuksia. Myös ElderShield on riskiä tasaava vakuutus. Lisäksi on verorahoitteiset Medifund, josta saavat tulosidonnaista tukea ne sairaut, jotka eivät selviä kuluistaan itse, ja vastaavanlainen IDAPE hoivantarvitsijoille.⁵⁶ ElderShield on myös MediShieldin täydentäjä, koska jälkimmäinen maksaa vain sairaalahoidoja, mutta ei esimerkiksi toipumisaikana mahdollisesti tarvittavaa apua. ElderShieldin vuosimaksut poikkeavat hieman riippuen avataanko tili 40- tai 45-vuotiaana, jotka ovat normaaleja vakuutuksen aloitusaikoja. Vakuutuksen ottaneista on yli puolet alle 50-vuotiaita, ja vain 15 prosenttia yli 60-vuotiaita (Wong 2007).

ElderShieldiä on käytössä kahdenlaisena: ElderShield300 ja vuoden 2007 reformin jälkeen ElderShield400. Ne tarjoavat etuutena joko 300 tai 400 Singaporen dollaria joko 60 tai 72 kuukauden ajan.⁵⁷ ElderShield ei ole sosiaalivakuutusjärjestelmä, vaan se rakentuu aktuaariperiaatteelle ja etuudet maksetaan rahassa. Esimerkiksi yli 70-vuotiaat ja ne, joilla on jokin vamma, eivät kuulu tämän vakuutuksen piiriin. Vuoden 2007 alussa ElderShieldissä oli vakuutettuna vain noin 750 000 ihmistä, kun Singaporessa on asukkaita 4,6 miljoonaa.

Singaporen järjestelmässä perheen vastuu näkyy muun muassa siinä, että ElderShieldin vakuutusmaksut voidaan suorittaa tavanomaiseen tapaan käteissuorituksina tai tiettyyn summaan saakka omalta tai perheenjäsenten MediSave-tililtä. Näin lapsia ja lapsenlapsia halutaan kannustaa maksamaan vanhempien ja isovanhempien hoivaa. Maksua maksetaan 65-vuotiaaksi ja se antaa vakuutusuojan määrääjäksi loppuelämän ajan ts. vakuutustapahuma voi tapahtua minkä ikäisenä tahansa, mutta etuus juoksee vain edellä mainitut 60 tai 72 kuukauden ajan.

ElderShieldin tavoitteena on turvata vain perushoiva mahdollisimman monelle. Vakuutukseen halutaan mahdollisimman suuri joukko mukaan, jotta maksut pysyvät alhaisina. Näin ollen tämän perusvakuutuksen ehtoja säädellään lainsäädännöllä, ja niitä jotka haluavat perustasoa korkeamman turvan, kannustetaan ottamaan lisäturvaa tuottava oma vakuutus. Lisäturvan avulla voi saada etuutena käyttöönsä nykyisin maksimissaan 2000 dollarin kuukausisumman (ml. perusvakuutuksen turva). Lisäturvatuotteiden markkinoita ei haluta säädellä, vaan niillä kilpailun toivotaan tuovat houkuttelevia ja innovatiivisia vakuutustuotteita markkinoille. Asiakkaiden valikoitumiseen liittyvän kerman kuorinnan estämiseksi lisävakuutusta ei voi tarjota ilman perusvakuutusta eli jokaisella lisävakuutuksen tarjoajalla on oltava tarjolla myös perusvakuutus ja jokaisen lisävakuutuksen ottajan on otettava myös perusvakuutus, niiden ei tarvitse kuitenkaan olla samalta vakuutuksen tarjoajalta.⁵⁸

Singaporen tilijärjestelmä mahdollistaa varojen yksilöllisen käytön, mutta toisaalta vaatii yksilöiltä runsaasti vaihtoehtojen vertailemisessa tietotaitoa ja päätösten tekemistä. Riskiä tasataan yksilöiden kesken vain pienessä osassa järjestelmää. Vaikka järjestelmä on vanha, sitä on täydennetty jatkuvasti ja muun muassa siksi vain kolmasosa eläkkeelle lähtijöistä pääsee tavoiteltuun minimitasoon.⁵⁹

Singaporen hoivamalli on sekamalli, joka pohjautuu perhekeskeiselle kulttuurille, työhön osallistumisen kannustamiseen ja hyvään työllisyystilanteeseen sekä yksilön tai perheen laajaan vastuuseen. Se on omintakeinen muun muassa siinä, että hyvinvointipalvelujen rahoitusjärjestelmään on liitetty myös asuntorahoitus. Singaporessa ei myöskään ole monia länsimaille tyypillisiä sosiaaliturvan osia tai yhteiskunnan palveluja. Julkinen valta ei tarjoa työttömyysturvaa, vammaispalveluja, lasten päivähoitoa jne. Osittain sosiaaliturvan vähäisyyttä paikkaavat vapaaehtoisjärjestöt, joita valtio tukee. Lisäksi julkisista varoista on muodostuttu kaksi em. rahastoa, joista saa tulosidonnaista tukea hoivatarpeen syntyessä. Verrattuna pohjoismaiseen verorahoitteiseen järjestelmän Singaporen malli rakentuu monesta palasesta ja vaatii kattavan turvan antaakseen kansalaisten itse maksettua täydentävää turvaa.

56 IDAPE eli Interim disability assistance programme for elderly. Ks. http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Information_Papers/2007/ESH_Experience_2002-2007.pdf [23.7.2009]

57 Tieleistä on päivitettyä tietoa Singaporen terveysministeriön internet-sivuilla: <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=310> [3.5.2009]

58 Esimerkki markkinoilla olevasta tuotteesta http://www.aviva-singapore.com.sg/eldershield/faq_myicare.html

59 Luvun ensimmäisissä kappaleissa on käytetty lähteenä Singaporen hallituksen tiedotesivuja: <http://mycpf.cpf.gov.sg/Members/Gen-Info/Con-Rates/ContriRa.htm> ja <http://mycpf.cpf.gov.sg> [23.7.2009]

5 RAHASTO- JA TILIMALLIT SUOMALAISESTA NÄKÖKULMASTA

5.1 VAIHTOEHTOISTEN MALLIEN TAUSTA

Tarve tulonsiirtoihin ja sosiaaliturvaan syntyy ensinnäkin siitä, että eri väestöryhmillä on erilainen mahdollisuus muun muassa tulojen puolesta varautua riskeihin. Toiseksi yksilöt kohtaavat elinaikanaan riskejä, joihin on syytä varautua, koska tulot jakautuvat elinkaarella eri tavoin kuin menot. Muun muassa tanskalaisen tutkimuksen mukaan jopa kolme neljännestä julkisista tulonsiirroista ohjautuu etuuksiin, jotka jakavat tuloja yli yksilön elinkaaren ja siten vain pienempi osa etuuksiin, jotka jakavat tuloja yksilöiden välillä (Bovenberg, Hansen ja Sørensen, 2006).

Edellä mainittu on luonut perustan keskusteluille yhtäältä malleista, joissa osa sosiaaliturvasta rahastoidaan yli sukupolvien, ja toisaalta myös malleista, joissa rahoitus järjestetään kansalaisen henkilökohtaisen pakollisen tilin avulla. Toinen motiivi keskustelulle on tarve hillitä palvelumenojen kasvua pyrkimällä avoimeen ja läpinäkyvään järjestelmään, jossa asiakas on tietoinen palvelutuotannon todellisista kustannuksista, minkä toivotaan lisäävän kokonaisvaltaista huolehtimista omasta hyvinvoinnista sekä vastuullisuutta palvelujen käyttämisessä.

- 1) *Rahastoista* on Suomessa käyty keskustelua kahdesta näkökulmasta. Ensinnäkin rahastoinnin tarvetta on pohdittu yli sukupolvien syntyvän maksurasituksen tasaajana, ja toiseksi nykyisen kunnallisen, jakoperusteisen rahoituksen ja palvelujen järjestämisen kehittämisvaihtoehtona. Rahasto-käsitteen alla on keskusteltu sekä jakojärjestelmään perustuvista vaihtoehtoista kuten yksinkertaisesta valtion talousarvion ulkopuolisesta rahastosta että yli ajan rahastoivista vaihtoehtoista.
- 2) *Keskitettyä valtakunnallista rahoitusmallia* edustaa Sitran kuntaohjelmassa kehitetty, kuntaorganisaatiosta irrotettava Kansallisen terveydenhoidon ja vanhustenhuollon tilaajan ja rahoittajan KATIRA-malli. Samanlainen lähtökohta on Kelan pääjohtajan Jorma HUUHTANEN ja eräiden muiden henkilöiden jo 2000-luvun alkupuolella esittämässä Kansallisen terveystilinsä saldosta tietoisesta kansalaisen ajatellaan käyttäytyvän kustannustietoisesti.
- 3) *Tilimallit* on nähty keinoksi vähentää ns. moraalikatoa, jolla tarkoitetaan sitä, että yksilö ei ennakoivasti varaudu tuleviin tarpeisiinsa, koska tietää toisten maksavan kulut. Henkilökohtaiset tilimallit sisältävät erilaisia vastuullisuuteen ohjaavia kannusteita: esimerkiksi terveystilinsä saldosta tietoisesta kansalaisen ajatellaan käyttäytyvän kustannustietoisesti.
- 4) *Uusi tukimalli* on sosiaaliturvan uudistamista pohtineen SATA-komitean piirissä luotu malli eläkettä saavan hoitotuen ja omaishoidon tuen yhdistämiseksi, siis osaratkaisuna eräänlaisen henkilökohtaisen tilin suuntaan. Mallissa on pyrkimyksenä vähentää tukien päällekkäisyyttä ja sovittaa yhteen tuet, palvelut ja kotitalousvähennys toisiaan saumattomasti täydentäväksi kokonaisuudeksi. Yhteensovittamisen tarve on kirjattu vuoden 2007 hallitusohjelmaan.

Tässä luvussa esitellään suomalaisessa keskustelussa esillä olleita sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmalleja. Terveystilinsä saldosta tietoisesta kansalaisen ajatellaan käyttäytyvän kustannustietoisesti. Terveystilinsä saldosta tietoisesta kansalaisen ajatellaan käyttäytyvän kustannustietoisesti. Terveystilinsä saldosta tietoisesta kansalaisen ajatellaan käyttäytyvän kustannustietoisesti.

5.2 RAHASTOMALLIT

5.2.1 Hoivarahasto riskien jakajana ja hyvinvointilupauksena

Rahastointi ylisukupolvisena lupauksena

Kansantalouden kasvu ja sen myötä lisääntyvät verotulot ovat keskeinen tekijä hoivan rahoituksen kannalta. Verotulojen vaarantuminen vaarantaa viimekädessä palvelujen saatavuuden tilanteissa, joissa lakisääteisiä hoivapalveluja ei haluta tai kyetä järjestämään kasvattamalla julkista velkaa. Talouden vaihtelujen tasaamista ja sukupolvien välistä oikeudenmukaisuutta ajatellen yksi keino on etukäteisrahastointi. Kun ikäkohortit ovat hyvin erikokoisia, jakojärjestelmässä vanhuusajan hoivan rahoitusvastuu jakautuu sukupolvien välillä epätasaisesti, rahastoinnissa sen sijaan kohorttiero voidaan ottaa huomioon.

Jukka Lassila ja Tarmo Valkonen (2003) ovat tarkastelleet julkisista varoista koottavia rahastoja ikääntyneiden määrän kasvun tuoman rahoitustarpeen tasaajina yli ajan. Vaihtoehtoisina rahastointimalleina ovat verotukseen perustuva puskurirahastointi, ikäluokittain kohdistettu kiinteä rahastointi (neljä erilaista rahastoa), menoennusteisiin perustuva rahastointi ja suhteutettu hoivarahasto. Mallissa palvelujen järjestäjätaho on edelleen kunta, joka soveltaa monituottajamallia.

Väestökehitykseen reagoivan rahaston perusajatus on sama kuin yksityisen sektorin työeläkkeiden rahastoinnissa. TEL-järjestelmässä erityisesti vanhuuseläkkeitä koskevat rahastointisäännöt lähtevät yksilötasolta, ja TEL-rahastoja sekä kartutetaan että puretaan joka vuosi. Lassilan ja Valkosen mukaan hoivan rahoitusjärjestelmässä rahastointi todennäköisesti tasaa ajallisesti hoivamenojen maksurasitusta, joskin tasauksen merkittävyys riippuu sekä väestön tulevasta kehityksestä että valitun rahastointitavan yksityiskohdista.

Rahastointisääntöjen laatiminen hoivalle on vaikeampaa kuin eläkejärjestelmässä. Varautumista menoihin haittaavat suuret ennusteongelmat niin väestökehityksen kuin hoivamenojen, mutta myös hoivan työvoimatarpeen ja työvoimakustannusten osalta. Rahastointiin liittyy myös poliittisia riskejä. Valtio ja kunnat voivat mitätöidä rahastoinnin myönteiset vaikutukset velanotolla, ja kansalaiset voivat vähentää säästämistään kuvitellen, että rahastointi on riittävä vakuus tuleviin palvelutarpeisiin. Rahastoon kertyviä varoja on luonnollisesti sijoitettava, ja sijoittamiseen sisältyy riskejä. Rahoitusmarkkinoihin liittyy systeemiriskejä, mutta toisaalta merkittävä rahastokertymä mahdollistaa pitkäaikaiset sijoitukset ja suhteellisen suuretkin lyhyen aikavälin tuottovaihtelut sen varalle, että pitkän aikavälin keskimääräinen tuotto kertyy riittäväksi. (Lassila ja Valkonen 2003, s.75 ja 83.)

Alueellisia ja kuntakohtaisia rahastoinnin vaikutuseroja tarkasteltaessa on keskeistä se, mitä vakuutetaan. Valtio voi rahastoida tasatakseen vastaista valtionosuuksien nousua ja kunnat voivat rahastoida tasatakseen kasvavien hoitomenojen vaikutusta kunnallisveroihin.⁶⁰ Lassila ja Valkonen näkevät mielekkäimpänä vaihtoehtona kuntien hallitseman paikallisen hoivarahaston, joka toimisi Kuntien eläkevakuutuksen tapaan ja tasaisi alueiden ja kuntien erilaisesta ikääntymisestä aiheutuvia kustannuksia. Se siis tasaisi hoivamenojen maksurasitusta ajassa, kuten muutkin rahastointitavat, mutta sen lisäksi se tasaisi alueitten ja kuntien välisiä ikääntymisestä aiheutuvia kustannuseroja.

Myös Stakesin Hyvinvointivaltion rajat -hankkeen julkaisussa ”Oikeus ja kohtuus” (Stakes 2006, 39–41) esitettiin valtion talousarvion ulkopuolisen hoivarahaston perustamista. Rahaston tulot koostuisivat työnantajamaksuista, henkilöverotuksen yhteydessä ansio- ja pääomatulosta perittävästä maksusta sekä rahaston sijoitustoiminnan tuotoista. Maksut olisivat ehdotuksen mukaan vähennyskelpoisia verotuksessa, mutta järjestelmässä henkilöetuudet eivät perustuisi maksuihin vaan hoivan, avun ja palvelujen tarpeeseen. Ehdotuksen mukaan rahaston hallinnon tulisi olla yhteiskunnan eri tahot hyvin kattava, sen toimintaa valvoisi vakuutusvalvontavirasto ja sen hoito soveltuisi Kelalle. Tässä ehdotuksessa kyseessä olisi siis samantyyppinen hoivavakuutus kuin esimerkiksi Saksassa on käytössä.

⁶⁰ Belgiassa on pitkäaikaishoitoa tarvitsevien hoivavakuutus, jonka rahastoon (Vlaamse Zorgfonds) valtio on siirtänyt budjettivaroja ja jota hallinnoivat voittoa tavoittelemattomat hoivaetuslaitokset. Ne keräävät maksut ja valtion osuudet; jakavat hoivaseteleitä ja käsittelevät etuusvaatimuksia. Hoivavakuutuksen taso on tosin alhainen ja etuuksien kattavuus vähäinen. (Lassila ym. 2003, 26.) Ks. myös <http://www.vlaamsezorgverzekering.be/> [3.5.2009]

Kokonaan rahastoiva järjestelmä tulisi kuitenkin aloittaa ajoissa ja Suomessa rahastoinnin olisi oltava jo käynnissä, jos haluttaisiin valmistautua suurten ikäluokkien mukanaan tuomaan kasvavaan palvelukysyntään. Aikoinaan, kun työeläkerahastointi aloitettiin 1960-luvulla, tilanne oli toisenlainen. Suuret ikäluokat olivat tulossa työelämään, jolloin maksukertymät kasvoivat. Talous oli suljettu ja maassa oli pula pääomasta, jolloin kotimaisia sijoituskohteita oli runsaasti. Saksassa liittovaltio siirsi hoitovakuutukseen verovaroja rahaston alkupääomaksi. Nytemmin Saksan hoitovakuutusta luonnehditaan jo jakojärjestelmäksi, jolloin sen kokoamisessa on etukäteen otettava huomioon tuleva hoivan tarve ja kustannuskehitys. Joka tapauksessa hoivamenoja varten rahastoitaessa osa väestöstä joutuu aluksi maksamaan molempia eli sekä jako- että rahastojärjestelmää.

Suomessa rahastoinnilla on myönteinen perinne työeläkkeiden kohdalla, joten sillä saataisi olla myös väestön kannatus. Rahastointi parhaimmillaan tuottaa vakautta ja uskottavuutta rahoituksen kestävyys. Tällä on merkitystä toivottaessa, että jokaisesta ikäluokasta riittävän moni valitsee koulutus- ja ammattialakseen hoivan.

Keskitetty, valtakunnallinen rahasto edellyttää rahaston ja varojen käytön ohjauksen valvontaa, mutta kuntien järjestäessä palvelut myös valvontaa varojen käyttämisestä kuntatasolla. Valvonnan kannalta ja muutoinkin järjestelmässä tulisi kunnilta edellyttää tietotutannon yhtenäistämistä: tilastot ja rekisterit tulisi olla yhteen sovitettavissa niin, että tietoa taloudesta, palvelujen tarjonnasta ja kysynnästä jne. olisi saatavissa ajantasaisesti esimerkiksi tehokkuuden ja vaikuttavuuden arviointeja varten.

Yhtenäisten käytäntöjen vaatimus olisi ulotettava myös hoivan ja tukien saantiehtoihin, toimintakyvyn mittaamenetelmiin, hoitoisuusluokituksiin ja siihen, mikä missäkin hoitoisuusluokassa on riittävä palvelu. Tähän palataan myöhemmin hoivavakuutusta koskevassa luvussa.

5.2.2 Rahastovien mallien yleistä arviointia

Taulukko 3. Rahastointi hoivan ja hoidon takaajana: vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisuudet ja uhkat.

Vahvuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> – kunnan taloudesta riippumaton keino hoitaa perustulossa julkiselle vallalle säädetty tehtävä (taloudellinen kestävyys) – vahvistaa hyvinvointilupausta alueellisesti ja sukupolvien yli, jakaa riskiä ja rahoitusvastuuta myös yli ajan – kokemukset työeläkerahastoista olemassa, potentiaalisesti siksi äänestäjien hyväksyttävissä (poliittinen kestävyys) – takaa tasa-arvoisesti palvelut ja hoivaan kuuluvat tuet, luo kansalaisille turvallisuuden tunnetta palvelujen saannin suhteen (sosiaalinen kestävyys) 	<ul style="list-style-type: none"> – edellyttää täysin uutta lainsäädäntöä ja uutta vallanjakoa, jossa kuntien itsehallinto kapenee – ennusteongelmien vuoksi riittävän rahaston kokoa on hankala arvioida – rahastointia aloitettaessa jotkut ikäluokat joutuvat maksamaan sekä jakojärjestelmää että rahastoa – rahasto sijoituksineen on altis globaalin talouden vaihteluille
<i>Mahdollisuudet</i>	<i>Uhkat</i>
<ul style="list-style-type: none"> – pakottaa siirtymisen valtakunnallisesti yhtenäisiin käytäntöihin palvelujen ja tukien tarpeen arvioinnin ja saannin osalta – edellyttää valtakunnalliset, yhtenäiset käytännöt ja tietotutannon palvelujärjestelmän tehokkuuden ja tuloksellisuuden arviointia varten, voi siten edistää kustannustietoisuutta ja -tehokkuutta – valtakunnallinen rahasto, sen hallinnointi ja kuntien sopimat säännöt voivat synnyttää säästöjä – onnistunut sijoitustoiminta kasvattaa rahastoa – mahdollisesti luo uskottavuutta rahoituksen kestävyys-tulevaisuudessa ja siten parantaa alan vetovoimaisuutta muun muassa työmarkkinoilla 	<ul style="list-style-type: none"> – uudistuksena ei vastaa odotuksia, mikäli poliittista konsensusta ei synny säädöksistä ja valtakunnallisista, yhtenäisistä käytännöistä – jossakin taloustilanteessa poliitikot voivat tuntea houkutusta ottaa rahaston varoja muuhun käyttöön kuin on tarkoitettu – julkinen valta voi mitätöidä rahastoinnin hyödyt velkaa ottamalla – yksityiset ihmiset voivat vähentää säästämistään ajatellen, että rahasto takaa heille riittävien palvelujen saannin

5.2.3 Verotukseen perustuva rahastomalli terveydenhuollon rahoittamisessa

Terveysrahasto ja terveysvakuutus

Terveydenhuollon rahoitusmallina on ollut esillä verotukseen perustuvan terveysvakuutuksen tai kansallisen terveysrahaston malli.⁶¹ Eräissä yhteyksissä on ehdotettu myös sosiaalipalvelujen osittaista liittämistä järjestelmään. Terveysrahaston mallissa kunta verotulojaan ja valtionosuuksiaan hyödyntäen ”vakuuttaisi” asukkaansa eli siirtäisi varoja rahastoon. Tarvittaessa valtio voisi tukea taloudellisesti heikoimpien kuntien maksuja lisäämällä korva merkittyä valtionosuutta. Terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyisi kunnilta kansalliselle rahastolle.

Rahastoa oli ensimmäisissä esityksissä ajateltu Kelan yhteyteen, mutta se voisi olla itsenäinen elin. Alueelliset piirit huolehtisivat palvelujen järjestämisestä, seurannasta ja rahoituksesta keskitetysti ohjattuina ja yhteisen tietojärjestelmän turvin. Palveluja tuottaisivat tasaveroisina kilpailijoina kunnalliset yksiköt sekä yksityinen ja kolmas sektori. Rahasto neuvottelisi palvelujen tuottamisesta ja hinnoista ja solmisi määräaikaisten sopimukset. Sopimus määrittäisi muun ohessa palvelujen hintatason ja laatustandardit. Alueyksiköiksi soveltuisivat yliopistollisten sairaaloiden vastuualueiden tai Kelan viiden vakuutusalueen kokoiset alueet. Paikallistasolla kuntaryhmien etuja valvoisivat suunnilleen samankokoiset yksiköt. Sairausvakuutusjärjestelmä ja sen tukema yksityinen tuotantosektori ja työterveyshuolto toimisivat terveysvakuutuksen rinnalla nykyiseen tapaan.

Terveysvakuutusmalli tarkoittaisi kilpailua lisäävää järjestelmää, jossa mallin suunnittelijoiden mielestä yhdistyisi keskitetyn ohjauksen voima ja osaaminen sekä alueellisten erityistarpeiden huomioonottaminen. Palvelujen tilaajaorganisaatio olisi riittävän vahva suhteessa palvelujen tuottajiin. Monikanavaista rahoitusta voitaisiin purkaa ja tietojärjestelmät yhtenäistää. Kuntien asema vahvistuisi, alueorganisaatio olisi lähellä asiakkaita ja asiakkaan asema korostuisi.⁶²

Terveysvakuutuksen malli ei sellaisenaan sovellu hoivan puolelle, sillä terveydenhuollon painopiste on enemmän suuria investointeja vaativissa sairaaloissa tuotettavassa hoidossa ja se poikkeaa kodeissa tuotettavasta, ihmiseltä ihmiselle annettavasta hoivasta. Hoiva onkin tyypillisesti paikallisesti tuotettua, eikä siinä ole samalla tavalla mittakaavaetuja kuin terveydenhuollon yksiköissä on.

Hoivavakuutus olisi tässä järjestelmässä luontevaa olla omana kokonaisuutenaan terveysvakuutuksen rinnalla. Tätä puoltaa myös se, että sairaanhoidon ja hoivan tuottajat tai tuotantoyksiköt poikkeavat toimintakulttuureiltaan paljon toisistaan. Kodeissa arjen käytännöissä muotoutuva, ”sanattomiin sopimuksiin” perustuvan hoivan pelätään usein jäävän resurssien jaossa tarkkarajaisen suoritusperustaisen sairaanhoidon jalkoihin. Silti kumpaisenkin sektorin rahoitusjärjestelmään kohdistuvat paineet ja odotukset sekä hoidon ja hoivan saumattoman yhteistyön tuomat hyödyt oikeuttavat pohtimaan rahoituksen selkiinnyttämisen ja palveluja järjestävien ja tuottavien organisaatioiden tietotaidon vahvistamisen, tietojärjestelmien yhtenäistämisen ja asiakkaan aseman parantamisen etuja yhtenä kokonaisuutena.

5.2.4 Kansallinen terveydenhoidon ja vanhustenhuollon tilaaja ja rahoittaja KATIRA

Kansallisen terveysrahaston mallin kanssa samanlaisia piirteitä on myös mallissa, jota on kehitetty Sitran kuntaohjelman yhteydessä (Aronkytö ym. 2010). Mallissa annetaan kansalaisille lisää omaa vapautta valita itselleen terveyspalvelujen tuottaja. Tuottajaksi voi ryhtyä sekä julkinen että yksityinen organisaatio. Kilpailun piirissä olevien perusterveydenhuollon

61 Kansallinen terveysrahaston mallia ideoivat Forss ja Klaukka (2003), ja se on ollut eri yhteyksissä esillä Kelan pääjohtajan Jorma Huumtasen ja pääministeri Matti Vanhasen taholta ks. esim. Rahastosta terveyttä jokaiselle? Sosiaalivakuutus 2/2010 ja <http://www.vnk.fi/ajankoh-taista/puheet/puhe/fi.jsp?oid=292891> (viitattu 15.5.2010) Kansallinen terveys (-ja hoiva)rahasto. Jorma Huumtanan 9.6.2010, Media-ta-paaminen. [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/090610104122ML/\\$File/0609_terveysrahasto_Huumtanan.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/090610104122ML/$File/0609_terveysrahasto_Huumtanan.pdf?OpenElement)

62 Kelan pääjohtaja Jorma Huumtasen 28.10.2005 päivätty esitys on Kelan internet-sivuilla: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/281005101822PN/\\$File/jh281005.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/281005101822PN/$File/jh281005.pdf?openElement) [31.3.2009]

tuottajien kautta siirrytään jatkohoitoon joko erikoissairaanhoidon tai vanhuspalveluihin, joissa tuottajakenttä on myös vapautettu kilpailulle. Kilpailun ulkopuolelle jätetään vaa-
tivin erikoissairaanhoidon sekä ensiapu ja päivystystoiminta. Tuottajat saavat rahoituksensa
tuotettujen hoitojen sijaan asiakkaiden sairausriskien ja sairauksien perusteella sekä ennalta
ehkäisevän työn onnistumisen perusteella. Tämä kannustaa tuottajia etsimään kustannus-
vaikuttavia hoitoja ja terveyttä edistäviä toimia.

Järjestelmää operoisi Kansallinen Tilaaja-RAhoittaja, KATIRA. Sille kanavoidaan mal-
lissa sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet, työterveyshuollon rahoitus sekä kunnal-
lista verorahoitusta. Kunnallinen verorahoitusosuus voidaan kanavoida kansalliselle tilaaja-
rahoittajalle useilla tavoilla joko kuntien verotuksen kautta tai myöntämällä KATIRAlle
oma verotusoikeus. KATIRA-malli perustuu jakojärjestelmään, eli lähtökohtaisesti varat
kootaan samantyyppisesti kuin nykyisessä hoivan rahoitusmallissa ja kierrätetään kuntien
kautta. KATIRA-mallilla ei olisi siten sukupolvia ylittävää tasaavaa vaikutusta.

Kansallisten terveystalousten ideassa kuntien asema muuttuisi. Niiden valtionosuudet
ja osa kunnallisveron tuotosta ohjattaisiin rahastoon. Palveluiden tuottajina ne joutuisivat
kilpailemaan muiden tuottajien kanssa asiakkaan saadessa valita itse palvelunantajansa. Al-
kuun kuntien palvelujen tuotanto-organisaatioiden asema ei välttämättä muuttuisi, mutta
ajan kuluessa ne todennäköisesti yhtiöitettäisiin.

KATIRA-malliin on sisällytetty ”vanhuspalvelut” julkisine ja yksityisine tuottajineen.⁶³
Mallin alustavan hahmotelman mukaan kyse on lähinnä nykyisin usein terveyskeskusten
vuodeosastoilla tai vanhainkodeissa tarjottavista laitospalveluista, eikä vanhusten, vam-
maisten ja pitkäaikaissairaiden kodeissaan asumista tukevista avopalveluista.

Vanhusten osalta mallin suunnittelijat katsovat, että KATIRA-järjestelmästä ja siihen
sisältyvästä palveluneuvonnasta koituu kansantaloudelle hyötyä sitä kautta, että ”vanhus-
tenhoidon laitosvaltaisuus vähenee, koska potilas (omaisten tukemana) valitsee kevyemmän
palvelun” (Aronkylä 2010 s. 23). KATIRA-malli saattaisi edistää myös laitoshoidon tarvit-
sevien ikäihmisten muuttamista toiseen kuntaan, esimerkiksi aikuisten lastensa kotikuntaan.

5.3 TILIMALLIT

5.3.1 Henkilökohtainen tili suomalaisesta näkökulmasta

Tilit vastauksena moraalikatoon ja kermankuorintaan

Myös Suomessa on keskusteltu henkilökohtaisista tilimalleista ja niiden soveltuvuudesta
verorahoitukseen sosiaaliturvajärjestelmään. Yksinkertaisimmillaan tilimallit ovat verova-
roista palvelujen tarpeessa olevalle henkilölle osoitettuja varoja, joiden käytön suhteen hen-
kilöllä on itsenäistä päätäntävaltaa. Ne voivat olla myös henkilökohtaisia hoivatilejä, joissa
maksut talletetaan kunkin henkilön henkilökohtaiselle tilille, ja niihin saattaa myös liittyä
oikeus päättää tilillä olevien varojen sijoittamisesta eri kohteisiin. (Vrt. yksilölliset eläketilit
maksuperusteisessa järjestelmässä.)

Tilimalli on yleisellä tasolla nähty yhdeksi ratkaisuksi vakuutusten yhteydessä esiintyväl-
le moraalikadon ja kermankuorinnan ongelmalle. Vakuutustapahtuman riski kasvaa, koska
vakuutettu muuttaa käyttäytymistään vakuutusturvan vuoksi. Esimerkiksi vähennetään
yksityistä varautumista ja riskien välttämistä silloin, kun muut osallistuvat vahingonkorva-
uksiin tai maksavat ne kokonaan. Kermankuorimisesta esimerkiksi sopii vakuutuksenottaja,
joka valitsee lääkärin, jonka tietää helposti määrävän tarpeettomiakin hoitoja. Vastaavaa
tapahtuu myös päinvastoin: vakuuttaja myöntää huonommat etuudet ryhmälle, jonka riski
vakuutustapahtumaan on suurempi kuin toisen, jota vakuuttaja suosii vaikkapa alennetuilla
vakuutusmaksuilla. (Söderström ym. 2000, 27–29.)

Sosiaaliturvan uudistusta pohtineelle Sata-komitealle laatimassaan muistiossa Lassila ja
Valkonen (Lassila ym. 2008) arvioivat tilimallin soveltuvuutta työttömyyden ja terveyden-
huollon tai pitkäaikaishoivan tarpeeseen varautumisessa. Tarkastelussa terveydenhuollon
tilijärjestelmä koostuu kahdesta osasta: suuret ja toistuvat menot rahoitetaan verovaroista

63 Sitran selvityksiä 24. 1.6.2010. [3.6.2010] http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksiä-sarja/Selvityksiä_24.pdf?download=Lataa+pdf

tai vakuutusmaksuista koottavasta kassasta. Muiden menojen rahoitusta varten jokaisella on oma terveystili. Tilillä olevat rahat ovat vakuutetun omaisuutta. Järjestelmä muistuttaisi jossain määrin Singaporen mallia. Tilit voivat perustua jakojärjestelmään tai rahastointiin, mutta joka tapauksessa niiden keskitetty hallinto tulee edullisemmaksi kuin hajautettu. Hallinto voi olla julkinen tai yksityinen.

Lassilan ja Valkosen mukaan tilin mieltäminen säästämiseksi itselle vaikuttaa veronmaksuhaluun ts. haluun kartuttaa tiliä. Tili toimii elämänkaarella kustannuksia tasoittavasti: työttömyyden alkaessa ei tilin käytölle ole karenssiaikaa, ja sairastuessa voi terveystilin avulla valita tarvitsemansa hoidot jonottamatta tai asiakasmaksun suuruutta pelkäämättä. Tietoisuus tilin käyttövaroista toimii moraalikatoa ehkäisevästi.

Vanhusten hoivassa Lassila ja Valkonen eivät näe moraalikatoa ongelmaksi, sillä useimmat ikääntyneet haluavat asua kodeissaan eikä ennenaikaiseen laitoshoitoon hakeutumista yleensä esiinny. Lassilan ja Valkosen mielestä hoivatilin rooli voisi olla vakuutusluonteinen ja turvaa täydentävä. Se voisi liittyä esimerkiksi laitosasumisen laadun parantamiseen, tai tuetussa asumisessa hoivatili voisi toimia elintason parantajana. Pakollinen yksilöllinen tili on kattava, ja siihen siis voidaan lisätä uudelleenjakoa eli ohjata muun muassa työelämässä olevilta koottuja verovaroja työelämän ulkopuolella olevien henkilökohtaiselle tilille. Tilin haltija voi päättää, miten sijoittaa tilille kertyneet varat huomioon ottaen tuotto-odotukset ja riskit, joten hän kantaa yksilöllisen hoivatarpeensa riskin ja markkinoiden sijoitusriskit. (Ks. Lassila ja Valkonen 2003, 21, 23, 28 ja 82.)

Tilimallien eduiksi esitetään kirjallisuudessa usein kannustavuus säästeliääseen varojen käyttöön. Tämä näkökulma soveltuu parhaiten terveystileihin. Vanhusten ja vammaisten hoivan kohdalla ei ole yhtä ilmeistä, että omalla käyttäytymisellä voidaan vaikuttaa todennäköisyyteen tarvita ulkopuolista apua. Kattavia vertailevia empiirisiä tutkimuksia ei asiasta juurikaan ole muun muassa tilastointi- ja vertailuongelmien vuoksi enempää terveydenhuollon kuin hoivankaan näkökulmasta, ja näkemykset mallien toimivuudesta eroavat paljon toisistaan. On kuitenkin useita tekijöitä, jotka vaikuttavat siihen, että kustannukset tilijärjestelmässä eivät käytännössä välttämättä ole muita järjestelmiä pienempiä. Terveyspalveluissa tyypillisesti myös tarjonta vaikuttaa käyttöön ja päätöksen hoitojen tarpeellisuudesta tekee hoitohenkilökunta. Terveyspoliittisesta ja kokonaiskustannusten näkökulmasta on tärkeää myös se, tukeeko järjestelmä ennaltaehkäisevää hoitoa tai kannustaako se hakeutumaan hoitoon liian myöhään. Usein tilimalliin on suuria menoja varten liitetty erikoisjärjestelyjä. Tästä huolimatta käytännössä tili voi käydä tai mennä pysyvästi miinukselle, jolloin tulee tarve säätää siitä, mitätöidäänkö velkasaldo tilin käyttötarpeen päätyttyä. Tällöin tili itsessään ei välttämättä kannusta vastuulliseen ennaltaehkäisevään käyttäytymiseen.

Tilimallin legitimitettiin hoivan kohdalla saattaa olla epävarmaa, sillä hoivan tarve on hyvin yksilöllistä ja jakautuu epätasaisesti. Esimerkiksi Terveys 2000-tutkimuksen mukaan yli 90 prosenttia kaikista 65–74-vuotiaista selviytyy vaikeuksista pukeutumisesta ja riisuutumisesta ja 85 vuotta täyttäneistäkin puolet. Suurimmat kustannukset muodostuvat pitkäaikaishoivasta. Tilin säästöjen saaminen omaan käyttöön voidaan kokea epätasa-arvoiseksi, sillä jotkut ovat ilman omia ansioitaan erittäin hyväkuntoisia eivätkä tarvitse hoivaa, kun taas jotkut toiset voivat ilman syytään sairastua tai vammautua niin, että tarvitsevat runsaasti ja enenevästi palveluja. Koska hoivan tarve on useimmiten iän myötä kasvavaa, tilimalli ei sovellu hoivan puolelle yhtä hyvin kuin terveydenhoitoon, jossa palvelutarve on satunnaisemmin jakautunut.

Asiakkaalle lankeavat kustannukset vaikuttavat palvelujen käytön kokonaismäärän ohella myös siihen, miten kysyntä ohjautuu erilaisiin palveluihin (Pekurinen 2007). Vaikka tilimalli saattaisi kannustaa tilinhaltijaa vastuullisiin valintoihin ja joustaisi yksilöllisen hoivatarpeen suhteen, se ei välttämättä hillitsisi palveluntuottajia nostamasta hintojaan. Järjestelmässä saattaa syntyä kannustin nostaa hintoja tai vyöryttää omavastuuosuuksia tilinomistajien maksettavaksi, koska Suomessa hoivamarkkinat ovat ohuet. Sama piirre tosin saattaa olla silloinkin, kun kunta toimii ostajana.

Kansainväliset kokemukset Suomen näkökulmasta

Tilimalli voidaan yhdistää myös verorahoitteiseen järjestelmään. Suomen ohella Kanadassa on käyty keskustelua tilimalleista, joissa jokaiselle perustetaan henkilökohtainen tili, jolle julkinen valta ohjaa joko verovaroja tai verojen tapaan esimerkiksi palkkasummasidonnaisilla työnantaja- ja työntekijämaksuilla koottuja vakuutusmaksuja. Tilinomistaja tietää tilin saldon. Asiakkaan käyttäytymisen ohjaamiseksi tilin säästö pitäisi voida jossain elämänvaiheessa saada käyttöönsä, jotta se kannustaisi harkitsemaan eri tilanteissa, onko tilin käyttämiselle pakottava tarve.

Henkilökohtaisia tilejä on käytössä maissa, joissa perinteisesti perheellä on vastuu vanhusten hoitamisesta. Näissä maissa naisten työssäkäynti on vähäisempää tai osa-aikaisempaa kuin Suomessa ja maiden kulttuuriset perinteet ovat erilaiset kuin Suomessa. Esimerkiksi Singaporessa on ollut lähes täystyöllisyys, joka on mahdollistanut perinteisen isovanhempiin laajenevan perheen huoltamisen tiliä hyväksi käyttäen ja varoja voi käyttää eri sukupolvien edustavien perheenjäsenten palvelutarpeisiin.

Singaporen malli on yhdistelmä useita eri tilejä, se siis kattaa useampia elämän alueita ja varoja voi tietyissä rajoissa käyttää eri tarkoituksiin. Tilimallin hyväksyttävyyden näkökulmasta usean eri elämänalueen riskien yhdisteleminen on tarkoituksenmukaista, sillä hoivan tarve tai työttömyys ei välttämättä kohtaa kaikkia yksilöitä lainkaan. Singaporessa liikkuvuus maahan ja maasta pois on vilkasta, jolloin oman varautumisen mahdollisuutta arvostetaan enemmän kuin maassa, jossa maahan- ja maastamuutto ei ole vilkasta.

Singaporessa vakuutusmaksuista koottujen tilien varojen sijoittamiseen voi myös osallistua itse, mikä tarkoittaa sitä, että yksilö kantaa osan riskistä. Tilimallit saattaisivatkin saada nopeamman hyväksynnän sellaisissa maissa, joissa yksilöllä on eläkevakuuttamisessaan samantyyppinen järjestelmä.

Tilit voivat myös kasvattaa eriarvoisuutta. Yleensä köyhien ja työttömien terveys on vauraiden terveyttä heikompi ja sen takia terveys- ja hoivapalveluidenkin tarve suurempi, mutta heidän kykynsä kurtuttaa tilin varoja ovat heikommat, ellei tilin muodostamisessa oteta huomioon henkilökohtaisia riskitekijöitä. Esimerkiksi Singaporessa tämä on aiheuttanut sen, että matalapalkkaisille on oma järjestelmänsä, josta kuluja korvataan. Valtiovalta on järjestänyt Singaporessa pienituloisille ja ansiotuloja vailla oleville vastaavanlaiset tilit kuin työssä oleville. Lisäksi tuetaan kolmannen sektorin toimijoita, joten kokonaisuus on kompleksinen ja rahoitus jakautuu useaan eri tiliin ja vakuutukseen. Hoivan ja hoidon hintojen ja järjestelmän talouden kurissa pitäminen edellyttää julkisen vallan kontrollia ja neuvotteluja palveluntuottajien kanssa.

Singaporen mallin tyylinen ei Suomen oloissa tarkoittaisi sellaista järjestelmän selkeyttämistä, jota haetaan, ja istuu huonosti universaaliin palvelujärjestelmään. Suomen järjestelmässä palvelun tuottamisen kustannukset eivät yleensä paljastu niiden käyttäjille. Kustannusten esiin tuomista on pidetty palvelujen käyttöä tehostavana tekijänä. Tähän tavoitteeseen päästäisiin Hollannin mallilla tai Saksan vammaisten tilimallin tyyppisellä järjestelyllä, joka ei ole kaukana Suomen eläkkeensaajan hoitotuesta.

Saksan ja Hollannin tilimallit poikkeavat olennaisesti Singaporen mallista, sillä ne on rajattu tiettyihin asiakasryhmiin ja antavat vaihtoehtoon järjestää itse palvelut henkilökohtaisen tarpeen mukaan. Niissä on vähän samoja piirteitä kuin Suomen palvelusetelissä, mutta enemmän vapautta määritellä itse haettava palvelu. Eläkkeen saajan hoitotukeen verrattuna puolestaan Saksan ja Hollannin mallissa on rahan käyttöä ts. palvelujen saantia kontrolloitu tarkemmin.

Hoivatili erityisryhmien valinnanvapauden lisääjänä

Saksassa tilit on tarkoitettu vammaisille ja Hollannissa hoivan tarvitsijoille, jotka joko itse tai edustajiensa välityksellä kykenevät vertailemaan vaihtoehtoja ja tekemään päätöksiä eli toimimaan ostajina, asiakkaina ja työnantajina. Hollannin sairaus- ja hoivavakuutusurva on sinällään tilkkumainen kokonaisuus, mutta tilijärjestelmä vaikuttaa toimivan ja on käyttäjän kannalta joustavampi kuin Suomen vastaava, jossa vammaisen ihminen voi saada vam-

maisetuuslain mukaisia euromääräisiä tukia Kelalta ja kunnalta palveluseteleitä ja korvausta henkilökohtaisen avustajan palkkaamisen aiheuttamista menoista.

Vammaispalvelulain piirissä olevan väestöryhmän hoivan rahoitus ei ole tämän selvitystyön kohteena, mutta vaikeasti vammaisille verovaroista järjestetty henkilökohtainen tili voisi olla kokeilemisen arvoinen myös Suomessa mahdollisesti yhdistyneenä palvelusetelin käyttöön. Kokeilun arvoinen alue tilimallille voisi olla myös omaishoito, jossa omaishoitajalta vaaditaan usein nopeita ratkaisuja ja yllättäen eteen tulevia tarpeita hankkia palveluja. Omaisten hoidettavat ovat yleensä raskashoitaisia – omaishoito on usein laitoshoidon vaihtoehto. Laitoksissa yllättävät tilanteet hoituvat, kun paikalla on useampi henkilökuntaan kuuluva. Omaishoitajan on pyrittävä löytämään apu palvelujen markkinoilta, sillä kunnallisten kotihoidon työntekijöiden resurssit on yleensä sidottu jatkuvaa hoivaa tarvitseviin pyysiin asiakkaisiin.

5.3.2 Tilimallin yleistä arviointia

Taulukko 4. Henkilökohtainen tili: vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisuudet ja uhkat.

Vahvuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> – kunnan ei tarvitse kilpailuttaa palvelujen tuottajia, vaan asiakas kilpailuttaa ja valitsee – voidaan toteuttaa helposti myös verorahoitteisessa järjestelmässä – tietoisuus tilin saldosta ja palvelujen hinnoista johtaa rahoituksen kannalta vastuullisiin valintoihin – tukee tilinkäyttäjän itsenäisyyttä ja vapautta kuluttajana – tukee yksityistä rytteläisyyttä ja työpaikkojen luomista hoiva-alalle 	<ul style="list-style-type: none"> – palvelujen hinnat voivat nousta, sillä kilpailuttamistilanteessa yksittäisillä kuluttajilla ei ole samoja mahdollisuuksia kuin kunnalla vaikuttaa hintoihin (riippuu markkinoiden toimivuudesta) – luo eriarvoisuutta: pienituloisilla heikommat mahdollisuudet kasvattaa tiliään – ei täytä täysin tarkoitustaan, mikäli tilinhaltijan kognitiivinen toimintakyky ei ole riittävä, vaan joku muu tekee päätökset – ei täysin vastaa suomalaisessa perinteessä vallitsevaan universaaliuden ja solidaarisuuden vaatimusta
Mahdollisuudet	Uhkat
<ul style="list-style-type: none"> – hoivatili saattaisi toimia laitosasumisessa laadun ja kotona asumisessa elämänlaadun parantajana – soveltuu vammaisryhmille, jotka haluavat tehdä itsenäisesti ja nopeasti valintoja ja välttää riippuvuuden syntymistä valitsemalla useita palvelujen tarjoajia – soveltuu omaishoitajille, joiden hoidettavilla on erityisiä tarpeita 	<ul style="list-style-type: none"> – etäännyttää asiakasta hoivan järjestäjästä, jos asiakkaan toimintakyvyn ja tilinkäytön valvontaa ei järjestetä riittäväksi – palvelujen hankkimisen valvonta voi lisätä byrokratiaa – kattavasti toteutettuna monimutkainen; jos eri väestöryhmille on järjestettävä tilit, joiden rahoitus tulee eri kanavista, ei se selkiytä nykyistä rahoitusjärjestelmää – rahoituksen ja palvelujen tehokkuutta ja tuloksellisuutta vaikea valvoa, sillä henkilökohtaisten tilien kohdalla yhtenäisten tietotuotannon ja valvonnan järjestäminen olisi ongelmallista

5.4 ELÄKETTÄ SAAVAN HOITOTUEN JA OMAISHOIDONTUEN YHDISTÄMINEN

5.4.1 Päällekkäisyyksien ja epätasa-arvon poistaminen

SATA-komitean työn yhteydessä selvitettiin hoitotuen ja omaishoidon tuen kehittämistä yhdeksi kokonaisuudeksi⁶⁴. Asia on mainittu myös Matti Vanhasen toisen hallituksen ja Mari Kiviniemen hallituksen ohjelmissa. Kyseessä olisi osauudistus, jossa osittain samoihin saajaryhmiin kohdistuvia tukia koottaisiin yhteen. Tarkasteluun liittyy myös verotuksessa tehtävä invalidivähennys. Mahdollinen yhdistäminen yhdeksi tukimuodoksi edustaa eläkettä saavan hoitotuen osalta merkittävää taloudellista ja omaishoidon osalta myös tärkeää periaatteellista kysymystä.

Eläkettä saavan hoitotuki on Kelan hallinnoima ja maksama rahallinen tuki palvelujen, lääkkeiden, hoitotarvikkeiden tms. hankintaan. Sen käyttöä ei valvota, joten on epäilty, että jossain määrin tukea voidaan käyttää epätarkoituksenmukaisesti. Se kuitenkin otetaan

64 –Sata-komitea 10.11.2009: "Hoitotuen ja omaishoidon tuen yhteensovittaminen "uudeksi hoitotueksi" -niminen muistio.[1.3.2010] http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-10835.pdf

tulona huomioon asiakasmaksuja määrättäessä, kun asiakas joutuu kunnan järjestämien palvelujen piiriin. Omaishoidon tuki kuuluu kunnan järjestettäviin palveluihin, jonka laajuus on sidottu kunkin kunnan hoivapoliittisiin valintoihin ja käytössä oleviin varoihin. Näin ollen eri kuntien asukkaat ovat eriarvoisessa asemassa. Omaishoitajan tuen uudistamisen taustalla on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon tarve ja vaatimus.

Edellä kuvattujen etuuksien saajissa ja käyttäjissä on päällekkäisyyttä. Sama henkilö voi saada eläkettä saavan hoitotukea ja kuulua omaishoidon piiriin, ja olla oikeutettu tekemään tietyistä menoistaan invalidivähennyksen verotuksessa. Henkilölle itselleen tästä voi olla hyötyä, mutta myös haittaa. Hän joutuu asioimaan monen viranomaisen kanssa eri instituutioissa ja hänen toimintakykyään ja etuuden tarvettaan tarkastellaan monesta näkökulmasta useaan kertaan.

Omaishoidon tuen siirtäminen Kelan hallinnoitavaksi on ollut aika ajoin esillä myös ilman yhteyttä eläkettä saavan hoitotukeen. Uudistuksen jälkeen valtio ohjaisi verovaroista Kelalle uuteen hoitotukeen tarvittavat varat, Kela hallinnoisi rahoitusjärjestelmää ja maksatusta ja entiseen tapaan kunnat vastaisivat palvelujen järjestämisestä asiakkaalle.

Keskustelun ja Sata-komitean työn ulkopuolelle on jätetty vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden perhehoito. Perhehoito muistuttaa suuresti omaishoitoa: siinä perhehoitaja ottaa hoidettavan kotiinsa ja kunta maksaa hoitotyöstä palkkion solmimatta perhehoitajan kanssa työsuhdetta. Perhehoito saattaa yleistyä sen myötä, kun maaseudulle ilman perillisten antamaa tukea ja turvaa jääneiden vanhusten avun tarve kasvaa. Jos uuteen hoitotukeen liittyvä uudistus lähtee käyntiin, kannattaisi tutkia perhehoidon sisällyttämistä samaan tukipakettiin.

Ehdotus uudeksi hoitotueksi

Uudessa hoitotuessa olisi kolme osaa: hoito-osa, erityiskustannusosa ja omaishoito-osa. Siihen sisältyisi myös veteraanilisä. Hoito-osa ja omaishoito-osa sovitettaisiin yhteen. Tällä vaihtoehdolla voidaan selventää hoidon tarpeen kriteereitä ja muodostaa palveluista ja taloudellisesta tuesta kokonaisuus, jossa osat tukevat toisiaan. Valtio rahoittaisi hoito-osan ja erityiskustannusosan ohella myös omaishoito-osan, joka olisi omaishoitajalle maksettava hoitopalkkio. Lisäksi valtio korvaisi kunnalle omaishoitajan vapaan aikaisten palvelujen kustannukset. Avun tarpeen arvioiminen ja palvelujen järjestäminen säilyisivät kuntien vastuulla. Uudistus vähentäisi tukien päällekkäisyyttä.

Hoitotuen hoito-osan ja erityiskustannusosan rahoitusvastuu olisi valtiolla kuten nykyisenkin eläkettä saavan hoitotuen rahoituksessa. Myös vastuu omaishoitajalle maksettavista hoitopalkkioista ja omaishoitajan lakisääteisten vapaiden aikana omaishoitoa korvaavien palvelujen kustannuksista siirtyisi siis kunnilta valtiolle.

Palvelujen järjestämisvastuu jäisi kunnalle

Kunnat vastaisivat edelleen omaishoidettavalle ja omaishoitajalle annettavista palveluista ja niillä olisi velvollisuus järjestää omaishoitajan vapaan aikaiset palvelut, joihin se saisi kiinteän korvauksen Kelalta. Hoidettava voisi vaihtoehtoisesti hankkia palvelut myös yksityiseltä palveluntuottajalta. Tällöin vapaiden järjestämisessä voitaisiin soveltaa lasten yksityisen hoidon tuen kaltaista järjestelmää. Myös palveluseteliä voitaisiin mahdollisesti käyttää ja sen avulla voidaan sekä varmistaa, että tuki ohjautuu asiakkaan tarvitsemaan palveluun, että halutessa myös vaikuttaa kustannuksiin esimerkiksi kilpailuttamalla hyväksyttävien palveluntuottajien joukko. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla säilyisi rooli hoidettavan toimintakyvyn ja avun tarpeen arvioinnissa sekä omaishoidon edellytysten täyttymisen arvioinnissa. Kunta vastaisi myös tarvittavien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä hoidettavalle kunnan normaalin palvelujen järjestämisvelvollisuuden puitteissa.

Uudistus merkitsisi, että valtiolla olisi omaishoidossa suurempi rahoitusvastuu kuin muissa hoitomuodoissa. Tämän ohjausvaikutuksena saattaisi olla kuntien palvelutarjonnan ja -valikoiman supistuminen, mikäli kunnat ohjaisivat hoidon tarvisijoita ensisijaisesti omaishoidon piiriin. Toisaalta jos omaishoidon tuki nähdään tulonsiirtona kotitalouksille

kuten lasten kotihoidon tuki, se voisi myös vähentää kuntien tarvetta järjestää muita kaltevimpiä hoivapalveluja.

Uusi hoitotuki avaisi tietä valtakunnallisesti yhtenäisiin sääntöihin hoivan järjestämisessä

Olipa hoivan rahoitusjärjestelmä mikä hyvänsä, on järjestelmän tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden kannalta tärkeää se, että koko maassa hoivan tarpeen arviointimenettely olisi yhtenäinen ja hoivan saamisen ehdot samoja. Kuntien itsehallinnon näkökulmasta vaatimus on ongelmallinen, sillä kaikilla kunnilla ei ole samanlaisia resursseja järjestää palveluja. Satakomitealle tehdyn muistion mukaan mallissa hoitotuen eri osien saantikriteerit ja tuen määrät määriteltäisiin lainsäädännössä. Tuen saantikriteerit täyttävällä henkilöllä olisi subjektiivinen oikeus tukeen ehdolla, että henkilön toimintakyky olisi heikentynyt todistettavasti heikentynyt määrätyn ajan (6–12 kk). Muistioon on kirjattu, että Kelan arviot perustuisivat 1) hoidettavan tekemään hoitotukihakemukseen ja 2) sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tai henkilöiden tekemään arvioon avuntarpeesta ja omaishoidon sitovuudesta ja niiden pohjalta antamaan lausuntoon. Tukena Kelalla voisi olla asuinkunnan lausunto, joka olisi annettu valtakunnallisesti yhtenäiseen käyttöön luotavalla arviointilomakkeella.

Yhteisymmärrystä ja yhteisen hoitoisuusluokituksen sekä tukien porrastuksen hyväksyntää saattaisi helpottaa se, että rahaliikennettä hallinnoisi Kela, eivätkä menot näkyisi rasitteena kuntien talousarviossa. Toimintakyvyn arvioinnissa kaksi kolmesta kunnasta käyttää nykyisin nk. RAVA-mittaria,⁶⁵ jonka on katsottu soveltuvan paremmin tilastotutkimukseen kuin antamaan vastauksia yksilön toimintakyvystä ja tuen ja avun tarpeista. Vaihtoehtona on RAI-mittaristosta,⁶⁶ joka on koekäytössä, ja johon on kehitetty niin runsaasti muuttujia, ettei asiakasta testaava sen enempää kuin asiakaskaan voi vaikuttaa testin tulokseen. Kunnat saattaisivat hyötyä RAI-mittaristosta muutoinkin eikä vain toimintakyvyn mittaamisessa, ja se ehkä edistäisi uuden järjestelmän vaikutusten, muun muassa taloudellisuuden ja tehokkuuden valtakunnallista seurantaa ja eri kuntien rahoitustarpeiden ja palvelutarjonnan vertailua.

Keskeistä on myös Kelan ja kuntien yhteistyö palvelukokonaisuuden järjestämisessä. Uusi hoitotuki voisi olla tien avaaja valtakunnallisesti yhtenäisiin, aiempaa tehokkaampiin ja tuloksellisempiin käytäntöihin. Toisaalta samalla on riskinä asiakkaiden kaavamainen kohtelu, mikä kuuluu yleensä valtakunnallisiin järjestelmiin.

Uudistus selkeyttäisi kunnittain erilaista tilannetta, mutta omaishoidon tukemiseen muodostuisi uudistuksessa erillinen valtion (Kelan) vastuulla oleva tukijärjestelmä (omaishoito-osa) ja kunnan vastuulla oleva palvelujärjestelmä, mikä saattaisi etenkin asiakkaiden kannalta hämärtää vastuunjakoja hoidon ja huolenpidon kokonaisuudesta ja sen laadun turvaamisesta. Tätä riskiä voitaisiin vähentää esimerkiksi kunnan velvollisuudella nimetä omaishoitolisän saajille palvelukoordinaattori. Taloudellisesta näkökulmasta suurimman ongelman muodostaa kunnille syntyvä kannustin käyttää mahdollisimman paljon omaishoitoa palvelutarpeiden tyydyttäjänä.

Kunta voi nykyisin periä omaishoidon tuesta asiakasmaksun hoidettavalta, mutta maksun periminen on harvinaista. Hoitotuen omaishoito-osasta asiakasmaksua ei perittäisi. Omaishoidon tuki voidaan nykyisin ottaa huomioon kotihoidon tulosidonnaisissa maksuissa. Omaishoito-osan kohtelu kuntien perimissä tulosidonnaisissa asiakasmaksuissa vaikuttaisi kuntien saamiin asiakasmaksutuloihin.

65 Suomen Kuntaliiton nettisivut [1.8.2009], http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37581

66 Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen nettisivut [1.8.2009], <http://info.stakes.fi/finrai/FI/Index.htm>

5.4.2 Uuden hoitotuen arviointia

Taulukko 5. Uusi hoitotuki: vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisuudet ja uhkat.

Vahvuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none">– yksi taho hallinnoi, jolloin alueellinen ja yksilöiden välinen tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus palvelujen saamisessa paranee nykyisestä– asiakkaan asema helpottuu, kun toimijat vähenevät– kuntien talousarviosta erotettu, valtakunnallisesti keskitetty rahoitus vahvistaa järjestelmän luotettavuutta ja lisää omaishoitajuuden houkuttelevuutta	<ul style="list-style-type: none">– valtakunnallinen järjestelmä kohtelee yksilöä jossain määrin kaavamaisesti ottamatta huomioon yksilöllisiä erityistarpeita– tukea yhdistettäessä eräät ryhmät menettävät etuuksia, jotka heille on aiemmassa järjestelmässä myönnetty– luo kannustimet kunnille siirtää palvelurakennetta omaishoidon suuntaan ja täten pyrkii vähentämään kunnan omia kustannuksia
Mahdollisuudet	Uhkat
<ul style="list-style-type: none">– palvelujen järjestäjä eli kunta voi keskittyä palvelujärjestelmänsä kehittämiseen ja tehostamiseen– palvelujen rahoituksen hallinnoija voi valvoa valtakunnallisesti palvelujen saannin toteutumista ja kustannuksia– askel kohti lainsäädäntöä, jolla määritellään valtakunnallisesti yhtenevät ehdot ja tarvearviointi kaikkien hoivapalvelujen saamiseen	<ul style="list-style-type: none">– nykyisin paljon omaishoitajia ilman omaishoitosopimusta, siirtymävaiheessa voisi lisätä merkittävästi kustannuksia tai tuen taso muodostuisi matalaksi tarpeisiin nähden

6 SOSIAALIVAKUUTUS HOIVAN RAHOITUKSESSA

6.1 SOSIAALIVAKUUTUS HOIVAN NÄKÖKULMASTA

Verorahoitus on yleinen tapa järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus muun muassa siksi, että sosiaali- ja terveystalouden markkinat eivät toimi muiden hyödykemarkkinoiden tapaan ja lisäksi palvelut halutaan taata tuloista riippumatta kaikille. Verorahoituksen hyvänä puolenä pidetään usein myös alhaisia hallintokuluja ja sitä että menojen kehitykseen on helppo vaikuttaa.

Monissa maissa on terveydenhuollon ja nyttemmin myös hoivan rahoittamisessa valittu riskien tasaajaksi verorahoituksen sijaan sosiaalivakuutus, jossa rahoitus kerätään veronluonteisella maksulla, korvamerkityllä ”terveys- tai hoivaverolla”. Tässä luvussa pohditaan rahoitusvaihtoehtona vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden hoivavakuutusta, ja sitä soveltaisiko se mahdollisesti viidenneksi pakolliseksi, julkiseksi sosiaalivakuutuksen osaksi myös Suomessa? Tarkastelun kohteena on se, miten sosiaalivakuutuksen idea poikkeaa verorahoituksesta mallista ja se, mitä hyötyjä ja haittoja vakuutusmalli mahdollisesti sisältäisi.

Sosiaalivakuutus keskeinen sosiaaliturvan järjestämistapa

Sosiaalivakuutukset ovat merkittävä osa kansalaisten perusturvaa, ja niiden poliittinen kannatus näyttää vakaalta. Suomalainen sosiaalivakuutus sisältää i) sairausvakuutuksen, ii) työttömyysvakuutuksen, iii) tapaturmavakuutuksen ja iv) eläkevakuutuksen. Sosiaalivakuutusjärjestelmä on rakentunut vähitellen ja viimeisimmät osat ovat 1960-luvulta.

Vanhushoivan kohdalla on viitattu veroihin hyvinvointiyhteiskunnan ”vakuutusmaksuina”. Veronmaksun vastineeksi odotetaan kaikille riittäviä hoivapalveluja. ”Vakuutettuna” on koko väestö, sillä hoitoja annetaan ja kuluja korvataan kaikille, vaikka saaja ei olisi koskaan maksanut veroja. (Järvinen 2004, 185–186, 189.) Tiettyjä riskejä tasaamaan luotu sosiaalivakuutus tekee rahoituksesta kuitenkin ”korvamerkitympää” kuin verorahoitus on. Hoivavakuutusta maksettaessa ja sen etuuksia tarvittaessa ei kenties syntyisi nykyisin esitettyjä epäilyjä siitä, että julkinen valta priorisoi muut verorahoitteiset menot hoivan järjestämisen edelle. Tämä antaa aiheen olettaa, että yleinen ja pakollinen hoivavakuutus saattaisi saada äänestäjien hyväksymisen eli legitimitetin; toisin sanoen se voisi olla poliittisesti kestävä malli.

Sosiaalivakuutus poikkeaa yksityisvakuutuksesta

Vakuutusjärjestelmä on syntynyt keinoksi hallita erilaisia riskejä. Yksityinen vakuutus perustuu sopimukseen, jossa vakuutuksenantaja sitoutuu vakuutuksenottajan suorittamaa vakuutusmaksua vastaan korvaamaan vakuutetulle tai vahinkoa kärsineelle sopimuksessa yksilöidyn riskin sattumanvaraisesta toteutumisesta eli vakuutustapahtumasta aiheutuvaa vahinkoa. Sosiaalivakuutus poikkeaa olennaisesti yksityisestä vakuutuksesta, sillä se on julkisen vallan säätämä eli lakiin perustuva, jossa erillistä sopimusta ei tarvita eikä vakuutusmaksu aina määräydy riskin mukaan, vaan siihen voi sisältyä tulonsiirtoja (Järvinen 2004, 185.) Sosiaalivakuutuksella on siten tasa-arvon ulottuvuus.

Yksityiselle vakuutukselle ominaista on vapaaehtoisuus, riskiluokittelu ja vastuuvallinta sekä vakuutusmaksun ja riskin vakuutusmatemaattinen vastaavuus. Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kohdalla sosiaalivakuutusmaksun periminen riskin mukaan on ongelmallista. Esimerkiksi syntyessään vammaisen tai nuorena vammautunut ei aina saavuta sellaista tulotasoa, että suoriutuisi vakuutusmaksuista, joilla ennakoitava hoivan tarve katettaisiin. Kukaan ei ennalta tiedä, tuleeko itse työkyvyttömäksi niin, ettei kykene oman

sosiaaliturvan maksajaksi. Riskiluokittelu ja vastuuvallinta eivät kuulu lakisääteiseen sosiaalivakuutukseen, jota luonnehtii eräänlainen kansalaisten yhteisvastuu, solidaarisuus. Riskit jaetaan ja vakuutusresurssit kootaan aina jossakin yhteisössä. Sosiaalivakuutusta selittää se, että kansakunta tai kansallisvaltio on kattava vakuutusyhteisö. Universaalissa hyvinvointivaltiossa valtion rooli yleisenä riskivakuuttajana on kattavin. (Järvinen 2004, 186 ja 247.) Edelliset luonnehdinnat huomioon ottaen sosiaalivakuutus voidaan lyhyesti määritellä seuraavasti:

Sosiaalivakuutus on järjestetty julkisen vallan toimenpitein sosiaalisten henkilöriskien varalta. Tunnusomaista on lakisääteisyys ja pakollisuus.

Sosiaalivakuutus voi perustua jakojärjestelmään tai täysin tai osittain rahastoivaan järjestelmään. Pakollisuus sosiaalivakuutuksessa tarkoittaa, että sen piiriin kuulutaan ryhmän kautta: esimerkiksi kaikki maassa asuvat ovat oikeutettuja sairausvakuutuksen universaaleihin etuuksiin. Sosiaalivakuutus on siis osa sosiaaliturvajärjestelmää, johon kuuluvat myös muun muassa sosiaaliavustukset ja sosiaali- ja terveystalvet. Sosiaaliturva voidaan ymmärtää solidaariseen yhteisvastuuseen perustuvaksi yhteiskunnalliseksi sopimukseksi. Se ei kuitenkaan tarkoita, että itse vakuutustoiminta olisi välttämättä julkisen viranomaisen järjestämä. Julkinen valta voi sopia vakuutuspalveluiden tuottamisesta yksityisten yhtiöiden kanssa tai esimerkiksi kilpailuttaa niitä. Vakuutettujen ja työnantajien lisäksi sosiaalivakuutuksen rahoittajana voi toimia julkinen sektori (täydentävä verorahoitus). Jos järjestelmä on rahastoiva, varoja kasvattavat myös rahastojen tuotot.

6.2 SOSIAALINEN RISKI JA SEN TOTEUTUMINEN HOIVAN ALUEILLA

6.2.1 Toimintakyvyn heikkeneminen sosiaalisena henkilöriskinä

Sosiaalivakuutusta tarkastellaan usein sosiaalisen turvallisuuden näkökulmasta. Sosiaalinen turvallisuus taas on määriteltävä suhteessa sosiaaliseen henkilöriskiin, joka on kielteiseksi koettu, tulevaisuudessa mahdollinen tapahtuma tai asiointi, jonka aiheuttama vahinko halutaan korvata. Sosiaalinen henkilöriski on sellainen, joka voi kohdata ketä tahansa, kuten sairastuminen tai työttömyys. Sosiaaliturvan keskeinen tavoite on antaa ihmiselle resursseja laissa määritellyistä sosiaalisista riskeistä ja niiden aiheuttamista kielteisistä tilanteista selviämiseksi. Se on keino luoda ihmisille turvallisen elämän tunne. (Forss ym. 2004, 331–333.)

Turvallisuuden tunteen luominen on tavoitteena kaikessa vakuutustoiminnassa; vakuutuksen tehtävänä on epävarmuuden vähentäminen. Aiemmin merkittävä riski eli nuorena kuoleminen on vähentynyt. Elinikä pitenee ja on syntynyt uusi riski: vanhaksi elämisen riski. (Albert 2004, 28 ja 31.) Nyt ikääntyminen ja pelko siitä, miten vanhana selviytyy arjessa välttämättömistä askareista, synnyttää epävarmuutta. Epävarmuus kasvaa ja herättää turvattomuuden tunteen etenkin, jos ikääntyvällä ei ole perillisiä tai läheisiä auttamassa ja ottamassa vastuuta tai heidän apuunsa ei haluta turvautua.

Sosiaalisen henkilöriskin kokonaisvaltainen vakuuttaminen yksityisoikeudellisin sopimuksin ei ole helppoa. Vakuutusmaksun ja riskin vastaavuutta on vaikea laskea, sillä joku voi elää vuosikymmenet palvelujen tukemana, kun taas joku toinen ei tarvitse niitä koskaan tai tarvitsee vähäistä tukea ja apua lyhyen aikaa. Yksityisen kattavan vakuutuksen ottaisivat ehkä ne, jotka esimerkiksi perimänsä ja terveydentilansa tuntien ennakoivat toimintakykynsä heikentyvän ikääntymisen myötä. Vakuutuksenottajiksi voisi valikoitua erityisen paljon ihmisiä, joilla olisi tavallista suurempi riski, jolloin vakuutuslaitos joutuisi nostamaan vakuutusmaksuja suhteellisen hyväkuntoisten ja ehkä perillisiinsä turvautuvien kannalta kohtuuttomasti.

Edellä oleva huomioon ottaen sosiaalisen henkilöriskin toteutumisesta seuraava hoivan tarve saattaisi soveltua vakuutettavaksi sosiaalivakuutuksella, jota hallinnoisi yksi taho. Se on kuitenkin poliittinen kysymys, jonka äänestäjät viime kädessä ratkaisevat.

Lakisääteiseen sosiaalivakuutukseen voi olla tarkoituksenmukaista liittää mahdollisuus täydentää turvaa omaehtoisesti yksityisellä vakuutuksella, jos kollektiivinen rahoitustaakka muuten muodostuu niin korkeaksi, ettei se saavuta laajaa hyväksyntää. Yksityisessä vakuutuksessa ehdot voisivat olla samat kuin pakollisessakin vakuutuksessa, mutta lisäetuus määntyisi aktuaarisesti maksujen perusteella. Silloin, kun julkisen vakuutuksen antama turva on laaja, mutta ei kattavaa, voi olla perusteltua, että yksityisissä täydentävissä vakuutuksissa vakuutusyhtiöt voisivat kilpailla maksuilla, mutta eivät vapaasti vakuutusehdoilla.

6.2.2 Riskin toteutuminen sekä etuudet

Sosiaalisen riskin toteutuminen etuuden saamisen ehtona

Sosiaalivakuutuksen yhteydessä puhutaan yleensä riskin toteutumisesta, kun taas yksityiset vakuutuslaitokset käsittelevät vakuutustapahtumia. Riskin toteutuminen on tapahtuma tai ajan myötä muodostunut tilanne, joka oikeuttaa tiettyyn korvaukseen ja etuuteen vakuutuksesta. Merkittävällä osalla väestöstä toimintakyky heikkenee pitkäkestoisesti tai pysyvästi. Hoivan kohdalla riskin toteutuminen on toimintakyvyn sellainen heikkeneminen, joka oikeuttaa sosiaalivakuutuksen etuuksiin. Esimerkiksi Saksan hoitovakuutusjärjestelmässä lääketieteellinen palvelu tutkii vakuutusetuuksia hakevan henkilön toimintakyvyn, arvioi hänen hoidon tarpeensa ja sijoittaa hänet johonkin kolmesta hoitoisuusluokasta. Vastaavalla tavalla useimmat hoitovakuutusta käyttävät maat arvioivat hoidon tarpeen ja siten oikeuden etuuksiin.

Riskin toteutumisen tarkkaa ajankohtaa (vrt. vakuutustapahtuma) ei ole tarpeen määrittellä, vaan mittausvaiheessa osoitetaan, että asiakkaan toimintakyky on siinä määrin alentunut, että hän tarvitsee palveluja selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista.

Sosiaalivakuutuksen etuus eli korvaus hoivapalvelujen tarvitsijan näkökulmasta

Sosiaalivakuutuksessa etuuskien saaminen ei ole sidottu vakuutusmaksujen maksamiseen. Etuus voi olla eri syistä henkilökohtaisen maksun edellyttämää suurempi sen vuoksi, että osan maksusta tai etuudesta maksaa jokin muu maksuvelvolliseksi asetettu taho, esimerkiksi työnantaja tai valtio. Joskus etuus voi olla myös maksuja pienempi etenkin, jos maksu on tulosidonnainen. (Forss ym. 2004, 338.)

Sosiaalivakuutuksen tavoitteena on taata kaikille hyvinvoinnin minimi, kun riski on toteutunut. Sosiaalivakuutuksen luonteen mukaisesti etuuteen ei pitäisi liittyä henkilön taloudelliseen asemaan nojaavaa tarveharkintaa, vaan riskin toteuduttua vakuutettu on oikeutettu saamaan vakuutuksen mukaisen korvauksen. Toisaalta esimerkiksi sairausvakuutuksen päiväraha on porrastettu tulojen mukaan.

Nykyisin käytössä olevissa sosiaalivakuutuksissa etuudet ovat pääsääntöisesti rahakorvauksia, jotka suoritetaan joko vakuutetulle itselleen tai korvataan hyödykkeen toimittajalle suoraan. Eläkkeet, päivarahat ja vastaavat etuudet suoritetaan vakuutetulle, mutta etuutena voi olla myös kuntoutus laitoksessa, joka laskuttaa kulunsa ja palkkionsa vakuutuslaitokselta. Etuuden saaminen edellyttää hakemusta perusteluineen.

Hoivavakuutusta ajatellen etuuskien maksamiseen rahana suoraan palvelujen tarvitsijalle liittyy riski. Esimerkiksi Itävallassa on käytössä rahaetus (Pflegegeld), joka on merkittävä ulottuen nyt vuonna 2009 seitsemässä hoitoisuusluokassa noin 150 eurosta 1 650 euroon kuukaudessa. Kun apu on itse hankittava markkinoilta tai järjestöiltä, voi hankinta jäädä tekemättä. Tuen käytön on arvioitu kasvattaneen harmaata taloutta, sillä sen käytön kontrolloimattomuus houkuttaa väärinkäyttöksiin. Tuen käytön valvonta taas lisäisi hallinnointikulua. Monissa maissa onkin otettu käyttöön tuen maksaminen suoraan palveluntuottajalle.

6.3 RAHASTOINTI JA SOSIAALIVAKUUTUSPERUSTEISEN RAHOITUKSEN USKOTTAVUUS

6.3.1 Rahastointi julkisena säästämisenä

Rahastoiva sosiaalivakuutus taloudellisen kestävyuden takaajana

Nykyinen hoivan rahoitus perustuu jakojärjestelmään, jossa verovaroja ja muita rahoituksen elementtejä kootaan vuosittaisen tarpeen mukaan, eikä varauduta tulevaisuuden rahoitustarpeisiin. Ikääntyneiden määrän kasvun mukana joudutaan siis keräämään vastaavasti veroina aiempaa enemmän, sillä tuottavuuden kasvumahdollisuudet ovat hoivatoiminnoissa rajoitetut. Jakojärjestelmään perustuvassa hoivavakuutuksessa ero verorahoitteiseen järjestelmään on lähinnä vain siinä, että vakuutusmaksun korkeus on määriteltävä ja tulot on pidettävä maksuin tarpeeksi suurina, mikä mahdollisesti luo painetta määritellä hoivan taso tarkasti ja yrittää vaikuttaa kustannuksiin. Verorahoitteisessa mallissa puolestaan menoja voidaan yksinkertaisesti jarruttaa tai supistaa muun muassa suhdannelilanteen mukaan.

Rahastointi on säästämistä vastaisen varalle ja yksi keino vastata ylisukupolvisen hyvinvointilupaukseen. Se tarkoittaisi tasaavaa järjestelmää, jolla mahdollisesti tulevaisuuden ikääntyneille kyettäisiin järjestämään hoiva korottamatta kohtuuttomasti tuon aikakauden työssäkäyvien verotusta. Käytännössä täysi rahastointi on kollektiivisissa järjestelmissä harvinaista, sillä rahaston olisi oltava suuri. Osittain rahastoivassa järjestelmässä voidaan rahastointia hyödyntämällä pienentää jakojärjestelmään kuuluvaa riskiä. Toisaalta jakoperusteiseen järjestelmään voi puolestaan liittyä puskurirahastoja.

Rahastointia puoltaa se, että ikääntyvän väestön taloudessa maksupohjan kertyminen hidastuu ja maksut kohoavat todennäköisesti nopeasti. Rahastointia pidetään eettisesti ja myös poliittisesti jokseenkin kestäväksi keinoksi, vaikka varojen sijoittamisesta ja sijoituskohteista voi syntyä niihin liittyvän riskin vuoksi poliittinen kysymys. Rahaston aloittamiseen ja kartuttamiseen on useampia tapoja. Valtio ja kunnat voivat siirtää rahastoon verovaroja tai kerätä vakuutus- tai muita maksuja etukäteen ennen kuin etuuksia aletaan jakaa. Tällöin rahoittajina ovat etukäteen samat sukupolvet, jotka käyttävät myöhemmin palveluja. Maksukertymää kasvattaa, että maksajina ovat vakuutusperiaatteen mukaan nekin henkilöt, joita riski ei kohtaa ja jotka eivät käytä palveluja tai etuuksia.

Lassila ja Valkonen (2003) tarkastelivat väestökehitykseen sopeutuvan hoivarahaston perustamista ja laskivat, että rahastoon tulisi siirtää noin neljä prosenttia yksityisen kulutuksen vuotuisesta arvosta. Rahastointisääntö on määritelty siten, että se tasaa hoivan rahoituskustannukset vuosisadan loppupuolelle asti, jos oletettu talous- ja väestökehitys toteutuu. Tämä tarkoitti noin kolmen miljardin vuotuista verovarojen siirtoa rahastoon, jos sen kokoaminen olisi aloitettu vuodesta 2005, jolloin isojen ikäluokkien eläköityminen ei vielä varsinaisesti ollut alkanut. Tarkastelu tehtiin kansantalouden nousukaudella ja se perustui ajatukseen, että valtio jättäisi velkojaan lyhentämättä ja kartuttaisi rahastoa. Lassila ja Valkonen toteavat, ettei rahastointia tarvittaisi, jos poliittiset päättäjät toimisivat rationaalisesti, eli varmistaisivat, että hoiva on rahoitettavissa ilman rahastoa.⁶⁷

Tyypillistä sosiaalivakuutukselle on kerätä varat tietyinä prosenttiosuutena tuloista. Mikään ei kuitenkaan estäne keräämästä niitä veronluonteisesti progressiivisena maksuna siten, että hyvätuloiset maksaisivat suhteellisesti korkeampaa maksua. Progressiivinen maksu mahdollisesti vähentäisi paineita progressiivisiin asiakasmaksuihin. Todennäköisesti olisi hallinnollisesti keveämpää kerätä progressiivisesti vakuutusmaksut kuin asiakasmaksut, joskin tulonjako vaikutukset voivat olla erilaisia.

Hoivan rahoituksen järjestäminen sosiaalivakuutuksella sisältää ajatuksen yhdestä organisaatiosta rahoituksen hallinnoijana. Hallinnon järjestäminen ja valtasuhteet hallinnossa ovat olennaisia tekijöitä järjestelmän uskottavuuden näkökulmasta. Hallintorakenne riippuu yleensä siitä, miten rahoitus kerätään. Jos verorahoituksesta siirrettävällä osuudella on merkittävä osuus, poliittinen ohjaus on tyypillistä. Jos taas nojataan puhtaammin vakuu-

⁶⁷ Jarmo Lassilan ja Jukka Valkosen haastattelu 19.9.2003 talentum.com verkkolehdeissä [1.8.2009] http://www.talentum.com/doc.te?_id=498330

tuseriaatteeseen ja maksut kerätään esimerkiksi työntekijöiden ja työnantajien maksamien sosiaalivakuutusmaksujen muodossa, myös näillä tahoilla on edustus hallinnossa.

Poliittisessa ohjauksessa oleva valtiontaloudessa rahasto voi kuitenkin edustaa poliittisille päättäjille varallisuusmassaa, joka suhdanteiden mukaan ehkä haluttaisiin ottaa muuhun käyttöön, kuin mitä se alun perin on tarkoitettu. Verovaroista koottu rahasto on aina jossain määrin ”isännätön”. Suomessa yksityisen työeläkejärjestelmän kohdalla uhka on vältetty asettamalla yksityiset eläkelaitokset hoitamaan lakisääteistä järjestelmää.⁶⁸ Samaa tarkoitusta voi ajaa myös ottamalla tavalla tai toisella hallintoon maksajien edustus.

Vakuutusperiaatteella etukäteen kerätty rahoitus on kannustavampaa kuin verorahoitus työnteon ja säästämisen osalta. Osa tulevasta hoivamenoista muodostaa vastuuvelan, jota vastaavat varat kerätään heti, ja maksetaan näille henkilöille tai sukupolville, kun hoiva tulee ajankohtaiseksi. Tämä ”korvamerkintä” koetaan yksilöllisessä päätöksenteossa sitovammaksi kuin verorahoitus.

6.3.2 Palvelujärjestelmä sosiaalivakuutus pohjaisessa hoivavakuutuksessa

Sosiaalivakuutusjärjestelmässä kunnat voisivat järjestää palvelut kuntalaisilleen kuten ennenkin, mutta saisivat järjestämiseen tarvittavat varat vakuutusvarojen hallinnoijalta joko valtionosuuksien tapaisella järjestelmällä tai yksilökohtaiseen, asiakkaiden hoitoisuuden perusteella määräytyvään tarpeeseen nojaavalla laskentamenetelmällä (vrt. Saksan järjestelmä sairausvakuutuksessa). Aluksi rahasto voisi olla pelkkä rahoituksen kerääjä ja allokoija.

Sosiaalivakuutuksen ulottaminen hoivapalveluihin muuttaisi siis joka tapauksessa rahoituksen keräämistapaa, mutta se ei välttämättä puuttuisi palvelujen järjestämiseen. Jos kunnat olisivat edelleen palvelujen järjestäjiä, luonnollisin tapa olisi hoivantarpeen yhtenäinen luokittelu koko maassa ja sen mukaiset maksut palvelujen järjestäjille eli kunnille. Jotta vääriltä kannustimilta vältyttäisiin, hoivantarpeen toteaminen olisi tehtävä jonkun muun kuin kunnan toimesta. Maksut kerättäisiin luonnollisimmin muiden sosiaaliturvamaksujen yhteydessä. Jos ne kerättäisiin vain työntekijöiltä ja eläkeläisiltä, kysymyksessä olisi tosiasiallisesti tasavero. Varat olisi kuitenkin ”korvamerkitty” hoivan rahoittamiseen. Vakuutusperiaatteeseen kuuluu sisäänrakennettuna ajatus, että varat käytetään siihen tarkoitukseen kuin ne on kerätty. Oikeudesta hoivaan muodostuisi siis tavallaan subjektiivinen oikeus niille, joiden hoivan tarve on todettu, mutta ei kuitenkaan yhtä vahva subjektiivinen oikeus kuin vaikkapa päivähoidosta. Palvelujen saamisen perusteena olisi edelleen henkilön toimintakyvyn mittaaminen ja siitä johdettu tarve. Henkilön tulot ja varallisuus eivät vaikuttaisi palvelun saamiseen.

Jos kerättyjen varojen jakaminen kunnille perustuisi asukkaiden todettuun hoivan tarpeeseen, hoivarahaston varoja ohjautuisi suhteellisesti enemmän sellaisiin kuntiin, joissa on iäkäs ja pienituloinen väestö. Nykyinen valtionosuusmallikin toimii samaan tapaan, mutta jättää kunnille itsenäisen päätäntävällän sen suhteen, mihin rahat käytetään. Siirtymävaiheessa varojen jakautumisessa kuntien välille voisi tapahtua muutoksia.

Asiakasmaksujärjestelmä voisi säilyä, jotta asiakkaita ohjattaisiin taloudellisesti vastuullisiin valintoihin. Kunnat tai muut palvelujen järjestäjät perisivät valtakunnallisesti yhtenäisin periaattein määräytyvät asiakasmaksut, joista kertyvät tulot palautuisivat hoivavakuutusrahastoon.

Vakuutuksen käyttöönotolla ei siten olisi asiakkaan kannalta merkittävää muutosta, mutta se toisi nykyistä selkeämmin esiin hoivan rahoituksen kustannukset, menopaineet sekä rahoituksen riittävyden ja takaisi kenties myös jonkintasoisen hoivan saannin kaikille tarvitsijoille. Jos varat ohjattaisiin kunnille, käytännössä kuitenkin kuntien tehokkuuserot saattaisivat heijastua hoivan laatuun ja saantiin. Haluttaessa rahaston roolia voitaisiin kuitenkin kehittää myös aktiivisemmaksi palvelujen koordinoijaksi, jolloin järjestelmään olisi nykyistä helpommin sovitettavissa asiakkaan laaja valinnanvapaus. Tämä edellyttäisi todennäköisesti sitä, että kunnan tuottamat palvelut kilpailisivat avoimilla markkinoilla muiden tuottajien kanssa.

⁶⁸ Reijo Vanne, henkilökohtainen tiedonanto 28.5.2009.

Sosiaalivakuutuksen keskitetty hallinto mahdollistaisi myös siirtymisen joiltakin osin samantyyppiseen tilaaja-rahoittaja malliin kuin edellä kuvatussa KATIRAssa. Kunnat hankkivat paljon vanhushpalveluja yksityiseltä sektorilta. Kunnilla on erilaiset tietotaidolliset resurssit järjestää esimerkiksi kilpailuttamista. Ainakin joissakin tapauksissa hoivan rahoituksen hallinnoija-organisaatio voisi suorittaa kilpailutuksen tai vähintään standardoida kilpailuttamisen menettelytapoja ja ehtoja sekä järjestää tukipalveluita kunnille kilpailuttamisen onnistumiseksi. Hoivapalveluissa keskitetyn hankinnan edut eivät kuitenkaan ole itsestään selviä.

Rahoituksen järjestäminen keskitetysti voisi helpottaa asiakkaiden tasapuolisen kohtelun saavuttamista, jos rahastolla olisi valtuudet ohjata palvelujen järjestäjiä. Vähimmäisedellytyksenä olisi palvelutuotteiden nykyistä tarkempi standardisointi, yhtenäinen palvelutarpeen arvioinnin järjestelmä sekä säännökset siitä, mikä on se todettuihin tarpeisiin nähden riittävä palvelu, joka vanhukselle, vammaiselle ja pitkäaikaissairaalle on järjestettävä. Samalla tulisi käytännössä määritellyksi myös se, mihin muihin palvelutarpeisiin kansalaisten olisi varauduttava itse, mikäli haluavat tai uskovat tarvitsevansa enemmän ja ehkä yksilöllisempiä palveluja.

Yksi malli peruspalvelujen määrittämiseen on järjestelmään liittyvien etuuksien porrastus hoitoisuuden mukaan menivätpä euromääräiset etuudet suoraan palvelujen käyttäjille, järjestäjille (kunnat) tai tuottajille. Toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvat ongelmat tuovat mukanaan monia arkielämässä selviytymisen haasteita, joiden merkittävyys riippuu kuitenkin myös kunkin henkilön muusta elämäntilanteesta. Sosiaalipalvelujen standardisointi selkeiksi tuotteiksi ei ole aina helppoa eikä edes tarkoituksenmukaista, vaan järjestelmän olisi hyvä mahdollistaa jollain tavoin myös yksilökohtainen harkinta ja toimintakykyä ylläpitävä toiminta. Esimerkiksi Saksan mallissa on vahvistettu kolme hoitoisuusluokkaa, joiden mukaan porrastetaan myönnettävät palvelut ja rahalliset etuudet yhtäläisesti asuinpaikasta riippumatta. Henkilö, joka haluaa tai ennakoi tarvitsevansa näitä enemmän tai yksilöllisempiä palveluja, joutuu ottamaan yksityisen vakuutuksen tai varautumaan muutoin itse tai läheistensä avulla tulevaan.

On huomattava, että eläkevakuutuksessa työkyvyttömyyseläkkeitä myönnettäessä tehdään jäljellä olevan työkyvyn arviointia valtakunnallisesti yhdenmukaisella tavalla. Ottaen huomioon työympäristöjen moninaisuuden vanhusten toimintakyvyn luotettava mittaaminen ei liene ainakaan vaikeampaa kuin työkyvyttömyyden mittaaminen.

6.3.3 Hoivavakuutusmallin arviointia

Taulukko 6. Hoivavakuutus sosiaalivakuutuksena: vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisuudet ja uhkat.

Vahvuudet	Heikkoudet
<ul style="list-style-type: none"> – väestön halu järjestää hoiva yhteisin varoin (poliittinen kestävyys) – maksukertymän kohdentaminen hoivaan eli ”korvamerkityt” resurssit – takaa rahoituksen riittävyyttä (taloudellinen kestävyys) – sosiaalivakuutuksen tutuus ja kokemukset, muista sosiaalivakuutuksista kopioitava rahoituksen keruujärjestelmä, selkeys ja läpinäkyvyys tulojen ja menojen seurannassa – palvelujen laadun ja määrän osalta tasa-arvo eri kuntien asukkaiden välillä (sosiaalinen kestävyys) – ei vääristä kannustimia työhön osallistumiseen ja säästämiseen 	<ul style="list-style-type: none"> – tarvitsee tuekseen osittain yksityiskohtaisen lainsäädännön, jossa määritellään riskin toteutuminen ja etuuksien sisältö saantiehtoineen – voi muuttaa työntekijöiden ja työnantajien maksurasitusta kielteiseksi koettuun suuntaan – rahastoitaessa osa väestöstä joutuu maksamaan sekä jakojärjestelmää että rahaston rahoitusta – idea yhteisvastuusta, joka ei välttämättä vetoa yksilöllisyyttä korostavassa arvomaailmassa
Mahdollisuudet	Uhkat
<ul style="list-style-type: none"> – luo uskottavuutta ylisukupolvisen hoivalupaukseen – rahastoisella saataisiin lisävakautta – etuuksien nimeäminen niin, että kuluttaja tietää, mitä voi aikanaan saada – mahdollistaa yli kunnan rajojen tapahtuvan palvelujen hankkimisen ja kotikunnan vaihtamisen missä elämäntilanteessa tahansa – pakottaa kunnissa yhtenäisiin järjestelmiin tietotekniikassa ja rekistereissä niin, että on saatavissa valtakunnallista vertailutietoa – rahoitusjärjestelmän uskottavuus lisää hoiva-alan houkuttavuutta nuorten keskuudessa ja edistää riittävän työvoiman saantia alalle 	<ul style="list-style-type: none"> – kunnat voivat kokea itsehallinnon rapauttamiseksi etenkin, jos määritellään välttämättömät peruspalvelut ja ne ymmärretään subjektiivisiksi oikeuksiksi hoivan tarvitsijalle – riskien jakautuminen eri ryhmien välillä voi muuttua nykyisestä, mikä voi saada aikaan vastarintaa – prosenttimääräiset vakuutusmaksut vievät verotusta tasaveron suuntaan, ellei peritä progressiivista maksua – isännättömyys, moraalikato, jos rahojen kohdentamista ja käyttöä sekä vaikuttavuutta ei valvota – huoltosuhteen kääntyessä epäedulliseksi äänestäjät voivat perua järjestelmän legitimitietin – rahastoituihin varoihin kohdistuva poliittinen uhka esimerkiksi talouslaman aikana eli ei eroa välttämättä tältä osin verorahoituksesta

7 YHTEENVETO JA POHDINTA

Hoivan saatavuuteen kohdistuu epäilyjä

Selvityksessä tarkastellaan hoivapalveluiden rahoitustapoja ja -rakenteita sekä pyritään tuomaan myös uusia näkökulmia rahoitustapoihin. Toisin kuin vakuutukseen perustuvat eläkkeet, kuntien järjestämät hoivapalvelut ovat Suomessa pääosin verorahoitteisia ja siksi periaatteessa alttiita talouden ja huoltosuhteen kehityksen sekä poliittisen päätöksenteon vaihteluille. Kun menojen kasvua halutaan jarruttaa kaventamalla hoivan tarjontaa ja rajaamalla palvelut vain niitä eniten tarvitseville, kansalaiset ovat alkaneet kysyä, onko universaalin palvelujärjestelmän idea ja poliitikkojen usein toistama lupaus hoivan saannista ylisukupolisesti sitova ja asuinkunnasta riippumaton ”sopimus”, ja kunnioittavatko poliitikantekijät lupasta myös tulevaisuudessa kaikissa olosuhteissa.

Universaali verotuksella rahoitettu hoivajärjestelmä on hyvinvointivaltion vastaus yhtäältä hoivan tarpeeseen liittyvään epävarmuuteen ja sen kansalaisille tuottamaan taloudelliseen riskiin ja toisaalta palvelujen oikeudenmukaiseen ja tasa-arvoiseen saatavuuteen. Suomalaisten mielestä etusijalla on edelleen verovaroin rahoitettu hoiva, mutta rahoituskallisesti hyvinvointivaltion tavoitteita voidaan toteuttaa kuitenkin monin tavoin. Kollektiivisen rahoituksen toteuttaja voi olla julkinen taho tai yksityinen vakuutusyhtiö tai vastaava yhteisö. Maksut voidaan kerätä veroina, vakuutettujen ja työnantajien vakuutusmaksuina tai jäsenmaksuina, ja lisäksi kerättyjä varoja voidaan rahastoida tai käyttää jakojärjestelmää.

Hoivassa monikanavaisuutta

Hoivan rahoituksessa liikkuu Suomessa vuosittain arviolta 3 miljardia euroa. Vaikkakaan hoivan rahoituksessa monikanavaisuus ei ole yhtä leimallista kuin terveydenhuollossa, rahoituksesta ja palvelujärjestelmästä on aikojen kuluessa syntynyt melko monimutkainen järjestelmä. Kuntien verotuloilla on huomattava merkitys rahoituksessa, mutta myös kuntien valtionosuuksien ja Kelan rooli rahoittajana on merkittävä. Kunta järjestää palvelut eli kustantaa oman palvelutuotannon, ostaa erilaisin menettelyin palveluja yksityiseltä sektorilta, maksaa palkkioita omaishoitajille ja joissakin tapauksissa antaa asiakkaalle palvelusetelin. Verojen maksamisen lisäksi kuntalainen eli asiakas osallistuu kustannuksiin maksamalla monella tavalla määrättyjä asiakasmaksuja ja palveluseteliostoista omavastuuosuuksia. Myös laitos- ja avohoitoa koskeva erilainen lainsäädäntö ja erilaiset asiakkaan maksujen määrätymisperusteet sekä investointeihin liittyvät tuet ovat osa monikanavaisuutta, joka vaikuttaa kuntien, hoivan tuottajien ja asiakkaiden kannustimiin.

7.1 KANSAINVÄLISET HOIVAN RAHOITUSMALLIT

Terveydenhuollon tapaan myös hoivan rahoituksesta käydään keskustelua kaikkialla maailmassa. Monissa maissa on viime vuosikymmenen aikana kehitetty hoivan rahoitusjärjestelmää omana terveydenhuollosta erillisenä järjestelmänään. Syynä on ikääntyneen väestöosan kasvu ja muuttuneet perhemallit ja naisten työssäkäynti, mikä vähentää perheen merkitystä hoivan ensisijaisena tarjoajana. Pohjoismaissa ja Isossa-Britanniassa lapsilla ei ole lakisääteistä velvollisuutta huolehtia omista vanhemmistaan, kun taas valtaosassa maita sekä edellisestä ja seuraavasta sukupolvesta huolehtiminen on lakiin kirjattu velvollisuus. Julkinen vastuu ja samalla verorahoitus vahvimman heikoimpaan etenee suunnilleen järjestyksessä: Tanska, Ruotsi, Norja, Suomi, Ranska, Iso-Britannia, Alankomaat, Saksa, Espanja, Unkari, Italia ja Puola. Järjestelmästä riippumatta lähes kaikille maille on yhteistä

se, että ikärakenteen vuoksi hoivamenot nousevat ja siihen käytettävä rahoitus pyrkii laske-
maan ellei maksuja tai verotusta nosteta.

Hoivan rahoitusmallit voi jakaa neljään ryhmään:

- pohjoismaiset verorahoitteiset mallit, joihin liittyy julkisen vallan järjestämät palvelut
- tuloriippuvaiset julkiset palvelut verovaroin
- sosiaalivakuutukseen nojaavat mallit ja
- sekamallit.

Järjestelmästä riippumatta hoivan tarvitsijat tai heidän läheisensä osallistuvat asiakasmak-
sujen tai läheisavun kautta rahoitukseen. Usein omarahoitusosuus on korkeampi institu-
tionaalisisessa pitkäaikaishoivassa kuin kevyemmässä kotiin annettavassa hoivassa. Maksuilla
pyritään myös ohjaamaan palvelujen käyttöä ja siksi ne voivat toteutua monella tavalla, esi-
merkiksi siten, että etuuskien maksu ei ala heti hoivatarpeen alkaessa, vaan tietyn odotus-
ajan jälkeen.

Tanskassa, Ruotsissa, Norjassa ja Suomessa on verorahoitteinen malli, jossa hoivan jär-
jestämisestä vastaa julkinen valta paikallistasolla ja palvelut ovat saatavilla periaatteessa
kaikille tuloista riippumatta. Tyypillistä on, että palvelujen saatavuus ja asiakkaiden oma-
rahoitusosuudet vaihtelevat silloin maan sisällä. Iso-Britannia on esimerkki ryhmästä kaksi
eli pitkäaikaishoivan saanti julkisen järjestelmän kautta on tiukasti tulosisidonnaista ja vaih-
telee alueittain. Järjestelmän uudistamista on suunniteltu, mutta toistaiseksi tulokset ovat
vähäisiä.

Sosiaalivakuutukseen nojaavat hoivavakuutukset tulleet hoivan rahoitukseen

Monet perheen vastuuta tai oman säästämisen tai yksityisen vakuutuksen kautta järjestettyä
omaa rahoitusvastuuta korostavat maat ovat siirtyneet rahoittamaan hoivaa myös kollektiiv-
iseen vastuuseen perustuvan mallin kautta. Järjestelmä on usein sosiaalivakuutuksen pe-
riaatteeseen nojaava eli sille on tunnusomaista pakollisuus ja lakisääteisyys, eikä vakuutus-
maksu määräydy yksilökohtaisen riskin perusteella, vaan on tyypillisesti tuloista riippuva.
Useimmiten järjestelmä ei ole rahastoiva tai rahastointiaste on hyvin matala, ts. käytössä
on jakojärjestelmä, jossa vuosittaiset tulot ja menot vastaavat toisiaan. Tavoitteena on taata
kaikille hyvinvoinnin minimi ja vain harvoissa tapauksissa vakuutus kattaa kaikki kulut.

Esimerkiksi Alankomaissa on terveystakuutukseen nivottu sosiaalivakuutuksen luon-
teinen verorahoitteinen jakojärjestelmään perustuva hoivavakuutus, jonka hallinnointia
hoitavat vakuutusyhtiöt. Saksassa on samantyyppinen järjestelmä, jonka maksut kerätään
työntekijöiltä ja työnantajilta. Joissakin maissa kuten Japanissa hoivavakuutuksen rahoitus
on sekoitus eri lähteistä eli keskushallinnon, alue- ja paikallistason verotuloista, sosiaaliva-
kuutusmaksuista ja hoivan tarvitsijoiden maksamasta osuudesta. Myös USA:n vuoden 2010
terveysreformin on tulossa hoivavakuutus, tosin vapaaehtoinen siten, että vakuutuksesta voi
ilmoittautua pois (Gleckman 2010). Etuudet vaihtelevat maasta toiseen, joissakin maissa
saadaan käteissuorituksia, joissakin maksetaan suoraan palveluntuottajille ja joissakin mo-
lempia.

Ranskassa on sekamalliksi luokiteltava verorahoitteinen vakuutusjärjestelmä, joka on
etuuksiltaan tiukasti tulosisidonnainen, minkä seurauksena neljänneksellä eläkeikäisistä on
täydentävä yksityinen vakuutus. Israelin järjestelmässä on samantyyppisiä piirteitä. Itäval-
lassa on verorahoitteinen malli, jossa etuus maksetaan suoraan hoivan tarvitsijalle.

Taulukko 7. Hoivan rahoituksen pääpiirteet eräissä maissa 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä.

	Rahoitus	Edut	Etujen saannin perusteet	Yksityinen vakuutus ja perheen vastuu
Pohjoismaat	Verot	Julkisesti järjestetyt palvelut, jossain määrin palveluseteli, myös yksityisiä palveluntuottajia	Edut kaikille tarvitsijoille yhtäläisesti, tulosidonnaisuutta asiakasmaksuissa, tarpeen määrittely paikallistasolla	Ei yksityisvakuutuksia, vastuu hoivasta kunnalla, ei perheellä
Alankomaat	Veroilla rahoitettu sosiaalivakuutus, jota hallinnoivat yksityiset yhtiöt, maksut työntekijöiltä ja työnantajilta	Korvataan menoja palveluntuottajille suoraan tai henkilökohtaiselle hoivatilille, josta käteisenä	Edut kaikille, tulosidonnaisuutta asiakasmaksuissa, tarpeen määrittely asiantuntija-arvion perusteella	Perheellä ei ole ensisijaista vastuuta, yksityisillä hoivavakuutuksilla ei merkitystä
Iso-Britannia	Verot, asiakasmaksut	Julkiset paikallisesti järjestetyt palvelut	Palvelujen saanti selvästi tuloriippuvaista	Yksityisvakuutuksia on, joskin järjestelmä kangerrellut
Japani	Pakollinen sosiaalivakuutuksen tyyppinen hoivavakuutus, maksut työntekijöiltä ja työnantajilta ja verovaroista, asiakasmaksuina 10 %	Korvataan kustannuksia palveluntuottajille	Hoitaisuusluokitus, periaatteessa ei tuloriippuvaisuutta palvelujen saannissa, käytännössä informaalin hoivan saantimahdollisuus vaikuttaa	Perinteisesti laaja, joskin hoivavakuutuksen myötä pienentynyt vastuu perheellä
Saksa	Pakollinen sosiaalivakuutuksen tyyppinen hoivavakuutus palkkasummasta riippuvaisilla maksuilla	Käteinen tai maksu suoraan palveluntuottajalle	Tarvittavaan avustamisaikaan perustuva hoitaisuusluokitus, edut kaikille yhtäläisesti	Yksityistä lisävakuutusta suositellaan, perheellä ensisijainen vastuu, kunnalla viimeisijainen
Singapore	Lailla säädelty aktuaariperiaatteeseen nojaava vakuutus	Käteinen	ADL-luokitus	Täydentävä yksityisvakuutus tai muu varautuminen
Ranska	Verot	Käteinen	ADL-luokitus, kaikki ovat oikeutettuja, mutta edut laskevat jyrkästi tulojen kasvaessa	Neljänneksellä ikääntyneistä yksityinen vakuutus

Raportissa tarkasteltiin kansainvälisistä malleista tarkemmin Saksan ja Japanin järjestelmiä, jotka molemmat nojaavat sosiaalivakuutuksen periaatteeseen, joskin rahoitus kerätään eri tavalla. Yhtäläistä on valtakunnallinen ohjaus ja palvelutarpeen määrittely.

Palvelutarpeen yhtenäinen määrittely olennaista

Kaikissa järjestelmissä on kustannusten kontrolloimiseksi ja palvelujen tasapuoliseksi saamiseksi arvioitava yksilön palvelun tarve ja porrastettava avun antamisen laajuus. Usein koko maan kattavissa vakuutusperusteisissa järjestelmissä – olipa kyse sosiaalivakuutuksesta tai yksityisvakuutuksista – palvelutarpeen arviointi perustuu johonkin tarvemittaristoon tai hoitaisuusluokitukseen. Joissakin maissa on käytössä yksinkertainen ns. ADL eli activities of daily living –lähestymistapa. Jos apua tarvitseva henkilö ei selviydy itsenäisesti tietystä määrästä jokapäiväisistä toiminnoista kuten syömisestä, pukeutumisesta, kylpemisestä ja vastaavista toimista, hän saa tietyn määrän apua. Joskus tämä on toteutettu arvioimalla, kuinka paljon aikaa avustamiseen tarvitaan. Joissakin järjestelmissä kuten Suomessa ja Isossa-Britanniassa, voidaan käyttää tilannekohtaista harkintaa, koska tarvittavan hoivan muoto ja hoivattavan olosuhteet ovat yksilöllisiä. Alankomaissa ammattilaisten muodostama ryhmä arvioi hoidon tarpeen ilman varsinaista valtakunnallisesti yhtenäistä mittaristoa. Varjopuolena tällaisissa järjestelmissä on se, että tarvitsija ei voi olla varma siitä miten yksilölliset tekijät otetaan huomioon ja mihin hän eri tilanteissa oikeutettu. Saksan järjestelmässä etuudet tiedetään tarkasti etukäteen, koska koko maassa on yhtäläinen luokittelu ja siihen liittyen yhtäläiset edut, toisaalta yksilöllisiä olosuhteita ei voida ottaa huomioon.

Kustannusten kohoamisen hillinnässä käytetään monia keinoja

Palvelutarpeen arviointi on myös keino palvelujen saannin tasapuolisuuden takaamisessa ja kustannusten hallinnassa. Kustannusten hillintää voidaan harjoittaa myös muulla tavoin. Odotusajan tai omavastuuajan käyttö on yksi tapa. Hoivan tarve voi olla lyhytaikaista tai pysyvää. Usein varsinkin vakuutusten tapauksessa esimerkiksi ensimmäisen kolmen kuukauden hoivamenoja ei korvata. Joskus – tosin melko harvoin – pitkäaikaishoivan korvauksen kesto rajoitetaan (esim. Singaporen järjestelmä). OECD:n havaintojen mukaan muodostuu myös piilotettuja tapoja säännöstellä hoivamenojen kehitystä. Saantiehtoja tai niiden tulkintaa voidaan esimerkiksi kiristää. Omaisten vastuuta hoivan järjestämisestä voidaan venyttää sekä perheen vastuuta korostavassa mallissa että pohjoismaisessa mallissa. Vakuutusperustaisissa järjestelmissä kuten Saksassa ei ole muodollisia maksujen omavastuuosuuksia maksuissa, mutta tosiasiallisesti omavastuu on huomattava, koska pakollisen vakuutuksen korvausaste on hoivan kustannuksiin nähden alhainen ja vain aivan varattomimmat saavat apua kuntien kautta. Toisaalta järjestelmä luo hyvät edellytykset yksityisen täydentävän hoivavakuutuksen ottamiselle, koska se on samalle pohjalle rakentuva rinnakkainen järjestelmä. Periaatteessa samantyyppinen sosiaalivakuutuksesta ja yksityisestä täydentävästä vakuutuksesta muodostuva kokonaisuus on myös Singaporessa, joskin etuudet ovat erilaiset kuin Saksassa.

Valinnanvapauden arvostus kasvaa

Asiakkaan valinnanvapaus oman hoivan järjestämistavan suhteen on tullut ajan myötä kaikissa maissa tärkeäksi arvoksi. Vakuutusperustaisessa järjestelmässä, jossa palveluntuottajat ovat joko yrityksiä, voittoa tavoittelemattomia erillisiä yhteisöjä tai läheisiä, valinnanvapaus on helppo järjestää. Kustannusten hillitsemiseksi kuitenkin myös vakuutusperustaisissa järjestelmissä voi olla rajoitteita valittavan palveluntuottajan suhteen. Paikallisilla verovarjoilla rahoitetussa ja julkisen vallan palvelujen järjestämisvastuuseen nojaavissa järjestelmissä valinnanvapautta ei ole aina yhtä helppo toteuttaa. Palveluseteli on myös verorahoitteiseen malliin soveltuva joustava väline valinnanvapauden toteuttamiseen. Siihen liittyy hallinnollisia kuluja kuten yleensäkin valinnanvapauden suoviin järjestelmiin. Se myös edellyttää asiakkailta tai heidän edustajiltaan kykyä hankkia palvelu markkinoilta. Kritiikkiä on usein kohdistettu siihen, että se ikään kuin syö kunnallista palvelutuotantoa tai luo eriarvoisuutta sellaisissa palveluissa, joissa seteli ei kata kaikkia kustannuksia ja siihen liittyy omavastuuosuus, jolla asiakkaan rahoitusosuutta voidaan kasvattaa. Suomalaisessa järjestelmässä asiakas kuitenkin voi halutessaan kieltäytyä setelistä.

Tilimallilla valinnanvapautta

Kansalaisten kohtaamia riskejä kuten toimintakyvyn vajeudesta syntyvää hoivakustannusten riskiä on tarpeen tasoittaa sekä yksilöiden kesken että yli yksilön elinkaaren. Edellä mainittu on luonut perustan keskusteluille yhtäältä malleista, joissa osa sosiaaliturvasta rahastotaisiin yli sukupolvien, ja toisaalta myös malleista, joissa rahoitus järjestettäisiin kansalaisen henkilökohtaisen pakollisen tilin avulla. Tilimallit on nähty keinoksi vähentää ns. moraalikatkoa, jolla tarkoitetaan sitä, että yksilö ei ennakoiki eikä varaudu tuleviin tarpeisiinsa, koska tietää toisten maksavan kulut. Toinen motiivi keskustelulle henkilökohtaisista tileistä onkin tarve hillitä palvelumenojen kasvua pyrkimällä avoimeen ja läpinäkyvään järjestelmään, jossa asiakas on tietoinen palvelutuotannon todellisista kustannuksista, minkä toivotaan lisäävän kokonaisvaltaista huolenpitoa omasta hyvinvoinnista sekä vastuullisuutta palvelujen käyttämisessä.

Yksinkertaisimmillaan henkilökohtainen tili on tietty määrä rahaa, jonka käytöstä asiakas saa päättää oman palvelutarpeensa mukaisesti. Pisimmilleen viedyssä mallissa maksut kerätään henkilökohtaiselle tilille ja niiden sijoittamiseen voi itse vaikuttaa. Hollannissa ja Saksassa on otettu käyttöön yksinkertainen henkilökohtainen tili, jonka rahoitus tulee sosiaalivakuutuksesta ja joka tekee mahdolliseksi yksilölliset valinnat. Tämän tyyppinen järjestelmä näyttää soveltuvan erityisryhmille kuten vammaisille, koska heillä on paljon yk-

silöllistä avun tarvetta. Tilimallien yhteydessä tuodaan usein esiin ajatus saada tilille kertynyt ylijäämä omaan käyttöön, mikä voisi kannustaa vastuulliseen käyttäytymiseen. Vaikka omaa toimintakykyä ylläpitämällä voidaan hoivan tarvetta jossain määrin vähentää tai lykätä, hoivan yhteydessä ei ole ollut esillä malleja, joissa tilien loppusaldon saisivat esimerkiksi perilliset. Hoivatilit on nähty Singaporen mallia lukuun ottamatta täydentävänä järjestelmänä, joka mahdollistaa valinnanvapauden palvelujen järjestämisen suhteen.

Hoivan parasta rahoitusjärjestelmää ei voi nimetä

Viime kädessä rahoitusjärjestelmänkin hyvyys mitataan sillä, kuinka hyvin perimmäinen tarkoitus eli hyvälaatuisen hoivan saanti kaikille sitä tarvitseville toteutuu. Rahoitusta ja hoivan järjestämistä on siksi tarkasteltava kokonaisuutena. Ei ole juurikaan olemassa tutkimusta siitä, riippuvatko hoivan kokonaisuudet ja hoivan kattavuus siitä miten niitä rahoitetaan. Osaltaan tämä aiheutuu siitä, että monissa maissa itsenäiset hoivan rahoitusjärjestelmät ovat vielä melko uusia. Myös tieto siitä miten hintataso hoivamarkkinoilla muodostuu, on puutteellista, sillä hoivatuotannon markkinat ovat monissa maissa vasta kehityksessä. Ei ole olemassa juurikaan vertailutietoa siitä, edistävätkö rahassa maksetut etuudet ja asiakkaan oma palvelujen hankinta kilpailua ja sitä kautta hoivan hintatason kurissa pysymistä vai onko järjestelmä, jossa etuus maksetaan suoraan palveluntuottajalle kustannusten hillinnan näkökulmasta yhtä hyvä.

7.2 SUOMALAISTA KESKUSTELUA HOIVAN RAHOITUKSESTA

1) *Rahastoista* on Suomessa käyty keskustelua kahdesta näkökulmasta. Ensinnäkin rahastoinnin tarvetta on pohdittu yli sukupolvien syntyvän maksurasituksen tasaajana, ja toiseksi nykyisen kunnallisen rahoituksen ja palvelujen järjestämisen kehittämisvaihtoehtona, jolla vahvistettaisiin maksukyvyltään erilaisten kuntien kykyä järjestää palvelut. Yli ajan rahastoiva järjestelmä tulisi kuitenkin aloittaa ajoissa, ja Suomessa rahastoinnin olisi oltava jo käynnissä, jos haluttaisiin valmistautua kasvavaan ikääntyneiden määrään ja suurten ikäluokkien mukanaan tuomaan kasvavaan palvelukysyntään.

Erilaisten kuntien väestön ikärakenne on hyvin erilainen ja siksi myös kustannusrasite jakautuu epätasaisesti. Kunnat voisivat yhteisen rahastoinnin avulla tasata alueiden ja kuntien erilaisesta ikääntymisestä aiheutuvia kustannuksia. Toisaalta Suomessa on valtionosuusjärjestelmä ja kuntien verotulojen tasaus, mikä tasaa rasitusta kuntien välillä. Voidaankin kysyä olisiko yksinkertaisempaa tapaa pyrkiä samoihin tavoitteisiin perustamalla esimerkiksi sosiaalivakuutuksen periaatteeseen nojaava kansallinen rahasto.

2) *Keskitettyä rahoitusmallia* edustaa Sitran kuntaohjelmassa kehitetty, kuntaorganisaatiosta irrotettava Kansallisen terveydenhoidon ja vanhustenhuollon tilaajan ja rahoittajan KATIRA-malli. Samanlainen lähtökohta on Kelan pääjohtajan Jorma Huuhtasen ja eräiden muiden henkilöiden esittämässä 2000-luvun alkupuolella esittämässä Kansallisen terveysrahaston mallissa. Molemmat ovat terveydenhuollon rahoitusmalleja, joissa rahoitusta ja palvelujen ostoa hallinnoitaisiin keskitetysti koko maan kattavasta valtion budjetin ulkopuolisesta rahastosta, jonne ohjattaisiin kuntien valtionosuudet ja verotuloja. Yksinkertaistan perusidea olisi se, että rahasto vastaisi palvelujen järjestämisestä ja tuottajina olisivat kunnat, yritykset ja voittoa tavoittelemattomat yhteisöt. Kilpailu tuottajien keskuudessa lisääntyisi ja kuntien asema palvelujen tuottajana muuttuisi nykyisestä olennaisesti. Tällaiseen terveydenhuollon malliin voitaisiin kytkeä myös erillinen hoivarahasto-osuus varsinkin, jos terveysrahaston maksujen kerääminen organisoitaisiin sosiaalivakuutuksen muodossa.

3) *Tilimallien* yhteydessä on todettu, että hoivan kohdalla moraalikadon ongelma palvelun käyttäjien puolella ei ole yhtä suuri kuin terveyspalveluissa, ja tilimallien käyttöä voidaan pikemminkin perustella yksilön valinnan vapauden lisäämisellä. Yksinkertainen tilimalli voidaan yhdistää myös verorahoitteiseen tai sosiaalivakuutuksen pohjalta toimivaan järjestelmään. Hollannin ja Saksan kokemuksen mukaan ne näyttävät soveltuvan hyvin sellaisille asiakasryhmille, joilla on yksilöllisiä tarpeita ja kykyä itse vaikuttaa ja valita

palvelukokonaisuuden osat (esimerkiksi monet vammaisryhmät). Palvelujen saannin varmistamiseksi tilien käyttöön on syytä liittää valvonta, mikä lisää hallintokustannuksia.

- 4) *Uusi tukimalli* on sosiaaliturvan uudistamista pohtineen SATA-komitean piirissä hahmoteltu malli Kelan maksaman eläkettä saavan hoitotuen ja kuntien hoitaman omaishoidon tuen yhdistämiseksi, siis osaratkaisu eräänlaisen henkilökohtaisen tilin suuntaan. Mallissa on pyrkimyksenä vähentää tukien päällekkäisyyttä ja sovittaa yhteen tuet, palvelut ja kotitalousvähennys toisiaan saumattomasti täydentäväksi kokonaisuudeksi. Henkilökohtaisen tilin mallia on perusteltu eri maissa juuri sen mahdollistamalla valinnanvapaudella ja yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisella. Omaishoidon osalta tämä merkitsi muutosta nykytilanteeseen. Malli poistaisi nykyisin vallitsevan epätasa-arvon omaishoidon tuen saannissa kuntien välillä, ja mahdollistaisi yhtenäiset kriteerit tuen saannille. Samalla se kuitenkin loisi kunnille kannustimen siirtää painopistettä mahdollisimman paljon omaishoittoon.

Uudesta hoitotuesta voitaisiin haluttaessa kehittää nykyistä "aidompi" hoivatili ja yhdistää siihen palvelusetelin käyttö. Julkisen vallan eli Kelan tulisi kyetä kontrolloimaan tilin käyttöä ja tilin käytön tulisi olla rajattu tarkoitukseensa. Se voisi joustaa ajallisesti, mutta tilillä tulisi olla katto eli sille ei saisi kertyä liikaa varoja. Toisaalta jos asiakkaan hoivan tarve kasvaa, on hoivatilin mahdollistettava muuttuva kulutus. Palvelusetelin avulla voidaan sekä varmistaa, että tuki ohjautuu asiakkaan tarvitsemaan palveluun että halutessa myös vaikuttaa kustannuksiin esimerkiksi kilpailuttamalla hyväksyttävien palveluntuottajien joukko. Pisimmillään palveluseteli voitaisiin ulottaa myös kunnan tarjoamien palvelujen ostamiseen, jolloin asiakas valitsisi haluamansa tuottajan yksityisten tai kunnan joukosta.

Yhtenäiset hoivan tarpeen määrittelyt ja tietojärjestelmät tarvitaan

Keskitetty, valtakunnallinen rahasto ja myös kuntien välisiä eroja tasoittava rahasto edellyttäisivät rahaston ja varojen käytön ohjausta ja valvontaa. Valvonnan ja ohjauksen kannalta tulisi kunnilta edellyttää tietotuotannon yhtenäistämistä: tietojärjestelmät ja rekisterit tulisi olla yhteen sovitettavissa niin, että tietoa taloudesta, palvelujen tarjonnasta ja kysynnästä olisi saatavissa ajantasaisesti resurssien jakoa sekä tehokkuuden ja vaikuttavuuden arviointeja varten.

Kaikissa malleissa yhtenäisten käytäntöjen vaatimus olisi ulotettava myös hoivan ja tukien saantiehtoihin, toimintakyvyn mittausten menetelmiin, hoitoisuusluokituksiin ja siihen, minkä laajuinen palvelu on missäkin hoitoisuusluokassa riittävä.

7.3 VEROTUS VS. SOSIAALIVAKUUTUS HOIVAN RAHOITUKSESSA

Sosiaalivakuutus vaihtoehto verorahoitukselle

Verorahoitteisissa järjestelmissä autonomisilla kunnilla tai muulla paikallishallinnolla on usein keskeinen rooli hoivapalveluiden järjestämisessä joko suoraan tuottajina tai rahoittajina ja palvelujen järjestäjinä. Paikalliset ratkaisut ovat erilaisia ja mahdollistavat paikallisten olosuhteiden huomioon ottamisen, mutta tasa-arvoinen, asuinpaikasta riippumaton palvelujen saanti ei aina toteudu. Osa alueellisista eroista selittyy asiakkaiden erilaisilla tarpeilla, mutta merkittävä osa myös paikallisilla hoitoratkaisuilla ja palveluja koskevilla poliittisilla valinnoilla. Suomessa tähän viittaa muun muassa se, että hoidon tarpeeltaan samantasoisia asiakkaita on monissa eri palveluissa.

Hoivan rahoitukseen liittyy samoja ongelmia, joskin pienempinä, kuin terveydenhuollon rahoitukseen. Kunnat ovat erikokoisia ja niiden oma kantokyky on erilainen, rahoitusvastuusta merkittävä osa tulee valtion osuuksina, menojen kokonaiskehitys on vaikeasti hallittavaa ja kunnilla on lainsäädännön monimutkaisuuden vuoksi kannusteita pyrkiä siirtämään maksurasitusta asiakkaille ja muille toimijoille. Asiakkaan näkökulmasta palvelun laajuus ja laatu sekä asiakkaan maksuosuus voivat vaihdella kunnittain riippuen muun muassa kunnan vauraudesta ja kunnan omista valinnoista. Valtionosuudet määräytyvät laskennallisesti ja kuntien olosuhde-eroja tasoitetaan verotulojen tasauksella. Terveydenhuollon kuten myös

hoivan kustannusten hallinta on järjestelmästä riippumatta monimutkaista ja lähes kaikissa kehittyneissä maissa kamppaillaan kustannusten jatkuvan nousun kanssa. Tämä osaltaan kuitenkin heijastellee sitä, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat keskeisintä osaa tavoiteltua hyvinvointia.

Monissa maissa on suoran verorahoituksen sijaan terveydenhuollon ja nyttemmin myös hoivan rahoittamisessa valittu riskien tasaajaksi sosiaalivakuutus, jossa rahoitus kerätään veronluonteisella maksulla. Sosiaalivakuutus tekee rahoituksesta "korvamerkitympää" kuin verorahoitus on. Hoivavakuutusta maksettaessa ja sen etuuksia tarvittaessa ei kenties syn-tyisi nykyisin esitettyjä epäilyjä siitä, että julkinen valta priorisoi muut verorahoitteiset me-not hoivan järjestämisen edelle.

Sosiaalivakuutuksen ulottaminen hoivapalveluihin muuttaisi rahoituksen keräämistä-pää, mutta se ei välttämättä puuttuisi palvelujen järjestämiseen. Vakuutuksesta voitaisiin ohjata varat palvelujen järjestämiseen myös nykyistä, valtionosuuslain mukaisen alueellisia eroja tasaavan mallin kautta tai jollakin muulla tarpeet ja olosuhteet huomioon ottavalla jär-jestelmällä. Pidemmälle menevässä ratkaisussa resurssit jaettaisiin paikallistason palvelujen järjestäjille asiakkaiden hoitoisuuden mukaisesti. Tämä edellyttää koko maassa yhtenäistä ulkopuolisen palvelutarpeen arvioinnin menettelyä.

Sosiaalivakuutus on erilainen kuin yksityisvakuutus

Sosiaalivakuutus poikkeaa olennaisesti yksityisestä vakuutuksesta, sillä se on julkisen vallan säätämä eli lakiin perustuva, jossa erillistä sopimusta ei tarvita eikä vakuutusmaksu vält-tämättä määräydy riskin mukaan, vaan siihen voi sisältyä tulonsiirtoja. Etuus voi olla eri syistä henkilökohtaisen maksun edellyttämää suurempi sen vuoksi, että osan maksusta tai etuudesta maksaa jokin muu maksuvelvolliseksi asetettu taho, esimerkiksi työnantaja tai valtio. Hoivan kohdalla riskin toteutuminen on toimintakyvyn sellainen heikkeneminen, joka oikeuttaa sosiaalivakuutuksen etuuksiin.

Sosiaalivakuutus voi perustua jakojärjestelmään tai täysin tai osittain rahastoivaan järjes-telmään. Vakuutettujen ja työnantajien lisäksi sosiaalivakuutuksen rahoittajana voi toimia julkinen sektori (täydentävä verorahoitus). Rahastointia puoltaa se, että ikääntyvän väestön taloudessa maksupohjan kertyminen hidastuu ja maksut kohoavat todennäköisesti nopeasti. Toisaalta Suomen tapauksessa rahastoinnin pitäisi jo olla käytössä, jotta se tasaisi myös suu-rista ikäluokista tulevaa maksupainetta.

Kunta voisi olla edelleen palvelujen järjestäjä

Sosiaalivakuutusjärjestelmässä kunnat voisivat järjestää palvelut kuntalaisilleen kuten en-nenkin, mutta saisivat järjestämiseen tarvittavat varat vakuutusvarojen hallinnoijalta joko valtionosuuksien tapaisella järjestelmällä tai yksilökohtaiseen, asiakkaiden hoitoisuuden pe-rusteella määräytyvään tarpeeseen nojaavalla laskentamenetelmällä. Kuntaorganisaatio on riittävän lähellä ihmistä järjestämään hoivan, joka on ihmisen ihmiselle antamaa apua ja tukea. Aluksi rahasto voisi olla pelkkä rahoituksen kerääjä ja allokoija. Hoivan rahoituksen järjestäminen sosiaalivakuutuksella sisältää ajatuksen yhdestä organisaatiosta rahoituksen hallinnoijana. Hallinnon järjestäminen ja valtasuhteet hallinnossa ovat olennaisia tekijöitä järjestelmän uskottavuuden ja kustannusten hallitsemisen näkökulmasta.

Hoivavakuutuksessa kansalaisen saama etuus voisi olla ensisijaisesti palvelu, jonka suo-malaisessa järjestelmässä voisi siis järjestää edelleen kunta. Hoivavakuutuksessa etuutena voi olla myös yhdistelmä rahallista tukea ja palvelua tai palveluntuottajalle maksettavaa korvausta. Etuuksien maksamiseen rahana suoraan palvelujen tarvitsijalle liittyy riski sen suhteen, ettei palvelua hankita tai se hankitaan esimerkiksi harmailta markkinoilta.

Hoivakuutuksessa palvelujen saamisen ehdot ja asiakkaiden kohtelu yhtenäistyisi, vaika palvelun järjestäjänä toimisi edelleen kunta. Tähän johtaisi pelkästään valtakunnallinen rahoituksen korvamerkintä hoivaa varten, vaikka hoivan varat jaettaisiin kunnille verraten laskennallisestikin. Nykyisin valtionosuudet jaetaan kunnille laskennallisesti ja kunnat itse-näisesti päättävät, minkä osuuden niistä käyttävät hoivaan ja minkä muihin tarkoituksiin.

Asiakasmaksujärjestelmä voisi säilyä, jotta asiakkaita ohjattaisiin taloudellisesti vastuulisiin valintoihin. Kunnat tai muut palvelujen järjestäjät perisivät valtakunnallisesti yhtenäisin periaattein määräytyvät asiakasmaksut, joista kertyvät tulot palautuisivat hoivavakuutusrahastoon.

Haluttaessa asiakkaan valinnanvapautta voitaisiin laajentaa

Sosiaalivakuutukseen nojaavan vakuutuksen käyttöönotolla ei välttämättä olisi asiakkaan kannalta merkittävää muutosta, mutta se toisi nykyistä selkeämmin esiin hoivan rahoituksen kustannukset, menopaineet sekä rahoituksen riittävyden. Haluttaessa rahaston roolia voitaisiin kuitenkin kehittää myös aktiivisemmaksi palvelujen koordinoijaksi, jolloin järjestelmään olisi nykyistä helpommin sovitettavissa asiakkaan laaja valinnanvapaus. Tämä edellyttäisi sitä, että kunnan tuottamat palvelut kilpailisivat avoimilla markkinoilla muiden tuottajien kanssa. Tähän suuntaan mentäessä kuitenkin kuntien asema muuttuisi olennaisesti.

Rahoituksen järjestäminen keskitetysti voisi helpottaa asiakkaiden tasapuolisen kohtelun saavuttamista, jos rahastolla olisi valtuudet ohjata palvelujen järjestäjiä. Vähimmäisedellytyksenä olisi yhtenäinen palvelutarpeen arvioinnin järjestelmä ja nykyistä suurempi standardisointi palvelutuotteiden suhteen sekä nykyistä tarkempia säännöksiä siitä mikä on se riittävä palvelu, joka vanhukselle, vammaiselle ja pitkäaikaissairaalle on järjestettävä. Samalla tulisi käytännössä määrittelyksi myös se, mihin palvelutarpeisiin kansalaisten olisi varauduttava itse. Yksi malli minimiperuspalvelujen määrittämiseen on järjestelmään liittyvien etuuksien porrastus hoitoisuuden mukaan menivätpä etuudet suoraan palvelujen käyttäjille tai järjestäjille (kunnat). Toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvat ongelmat tuovat mukanaan monia arkielämässä selviytymisen haasteita, joiden suuruus riippuu myös kunkin henkilön muusta elämäntilanteesta. Sosiaalipalvelujen standardisointi selkeiksi tuotteiksi on aina olekaan aina yhtä helppoa kuin terveydenhoidossa, eikä edes tarkoituksenmukaista, vaan järjestelmän olisi hyvä mahdollistaa jollain tavoin myös yksilökohtainen harkinta ja yksilöllinen toimintakyky ylläpitävä toiminta.

Ostavastuu korostuu – yksityinen hoivavakuutus julkisen hoivan täydentäjänä

Vaikka ikääntyneiden toimintakyky paranee, ikääntyneiden määrän kasvu ja aiempaa suurempi hyvin vanhoiksi elävien määrä lisää hoivan tarvetta tulevaisuudessa. Kun yleinen elintaso nousee, myös vanhuspalveluilta odotetaan vastaavaa laadullista paranemista. Samaan aikaan ikääntyneiden varallisuus ja eläketulot kasvavat ainakin absoluuttisesti, joskaan ei välttämättä suhteessa palkkoihin. Omaishoidon määrä tuskin olennaisesti nousee, sillä omaishoito nojaa aina perhesiteisiin, siinä on kysymys ennen kaikkea perhesiteistä. Ikääntyneiden yksinasuvien määrä näyttää pikemminkin kasvavan kuin vähenevän. Nämä seikat lisäävät paineita oman vastuun korostamiseen.

Oma taloudellinen vastuu hoivasta voi toteutua monen kanavan kautta. Lakisääteistä sosiaalivakuutusta on luontevaa täydentää liittämällä siihen mahdollisuus täydentää turvaa omaehtoisesti yksityisellä vakuutuksella varsinkin, jos kollektiivinen rahoitustaakka muuten muodostuu niin korkeaksi, ettei se saavuta laajaa hyväksyntää. Esimerkiksi Saksan lakisääteinen hoitovakuutus (Pflegeversicherung) on osavakuutus, joka tarjoaa vähimmäisetuudet ja johon sisältyy implisiittisesti ajatus siitä, että mahdollisimman kattavan hoivan saadaksesen vakuutettu käyttää palvelujen hankkimiseen omia tai perheensä varoja ja / tai ottaa yksityisen vakuutuksen. Yksityisessä vakuutuksessa ehdot voisivat olla samat kuin pakollisessakin vakuutuksessa, mutta lisäetuus määräytyisi aktuaarisesti maksujen perusteella. Silloin, kun julkisen vakuutuksen antama turva on laaja, mutta ei kattava, voi olla perusteltua, että yksityisissä täydentävissä vakuutuksissa vakuutusyhtiöt voisivat kilpailla maksuilla, mutta eivät vapaasti vakuutusehdoilla.

Sosiaalivakuutus vahvistaisi hyvinvointilupausta

Vaikkakin Suomessa esiintyy huolta määrällisesti ja laadullisesti riittävien hoivapalvelujen saatavuudesta tulevaisuudessa, verorahoitteisuus palvelujen rahoituksen keräämismuotona hyväksytään laajalti. Sen etuina on hallinnollinen tehokkuus, kokonaismenojen hillinnän mahdollisuus ja oikeudenmukaiseksi koettu keräämis- ja palvelujen tarjoamistapa. Rahoituksen keräämistavan muuttaminen sosiaalivakuutuksen pohjalle tai varojen joltakin muulta pohjalta muodostuva rahastointi saattaisivat vahvistaa ylisukupolvista hyvinvointilupausta, ja tekisivät hoivasta tulevan kustannuksen näkyväksi, mutta samalla tulisi ehkä lisää hallinnointikuluja. Kysymys on myös järjestelmän sosiaalisesta kestävyydestä. Väestön kattavalla sosiaalivakuutuksella olisi mahdollisuus edistää kansalaisten tasa-arvoa ja oikeudenmukaista kohtelua, jos siihen liitettäisiin koko maassa yhtenäinen toimintakyvyn arviointitapa, yhtenäiset asiakasmaksut ja velvoite yhtenäisistä palveluista kaikkialla maassa.

- Aarva Kim 2009: Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Acta Universitatis Tamperensis 1421. Väitöskirja, Tampereen yliopisto, Tampere. [Viitattu 14.8.2009.] <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7740-9.pdf>
- Albert Michel 2004: Vakuutuksen taloudellinen ja yhteiskunnallinen tehtävä. Artikkeliteoksessa Hellsten Katri ja Helne Tuula (toim.): Vakuuttava sosiaalivakuutus? Kelan tutkimusosasto.
- Andersson Sirpa 2000: Hoivayritykset kotihoidon tarjoajina. Monituottajamallien ajankohaisuus. Janus. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisu No 1.2000.
- Anttonen Anneli & Sointu Liisa 2006: Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12 Euroopan maassa. Stakes. [Viitattu 8.3.2009.] <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/raportit/M232-VERKKO.pdf>
- Arentz, Oliver / Johann Eekhoff, Kai Menzel, Vera Streibel 2005: "Nachhaltigkeit durch Kapitaldeckung in der gesetzlichen Pflegeversicherung – eine Blaupause", in: *Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften (Review of Economics)*, 55. Jg., Heft 3/2004, S. 223–245.
- Arentz, Oliver, Johann Eekhoff, Steffen J. Roth und Vera Streibel 2004: [Viitattu 20.7.2009.] [„Pflegevorsorge – Vorschlag für eine finanzierbare, soziale und nachhaltige Reform der Pflegeversicherung“](http://www.vbw-bayern.de/veroeffentlichungen/broschuere/pflegevorsorge), Broschüre der vbw - Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V., September 2004.
- Aronkytö Timo, Hallipelto Aatos, Kangasharju Aki 2010: Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Sitran selvityksiä 24. 01.06.2010.
- Bovenberg, A.L., Hansen, M.I. ja Sørensen, P.B., 2006. Individual Savings Accounts and the Life-Cycle Approach to Social Insurance. University of Copenhagen. Department of Economics [EPRU Working Paper Series](http://www.epru.dk/workingpapers/06-03) 06-03.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009). Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. [Viitattu 20.7.2009.] http://www.bmg.bund.de/cln_117/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Bericht_zum_Pflegebed_C3_BCrtfigkeitsbegriff.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Bericht_zum_Pflegebed%C3%BCrtfigkeitsbegriff.pdf
- Campbell John Greighton (2009). Japan's Long Term care Insurance. is-db.stanford.edu/evnts/5501/KaigoHoken.pdf. (Viitattu 20.12.2009)
- Campbell John Greighton ja Ikegami Naoki (2003): Japan's Radical Reform of Long-term Care. *Social Policy & Administration*. Vol. 37, No. 1. February 2003.
- Dietz Berthold 2002: Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, Germany.
- Deutsche Bundesbank: Monatsbericht April 2007 // Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung, Deutsche Bundesbank . - Frankfurt, M. : Bundesbank, ISSN 0012-0006, ZDB-ID 2063062. - Bd. 59.2007, 4, S. 2945
- European Commission and Economic Policy Committee (2009): 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060), *European Economy* 2.
- Forss Mikael, Kalimo Esko ja Purola Tapani 2004: Vakuutuksen periaate sosiaaliturvassa. Artikkeliteoksessa Hellsten Katri & Helne Tuula (toim.): Vakuuttava sosiaalivakuutus? Kelan tutkimusosasto.
- Forss, Mikael & Klaukka, Timo 2003: Yleinen terveystakuutus – idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. *Suomen Lääkärilehti* 58 (16 –17): 1939–1940.

- Gleckman Howard 2007: The role of private insurance in financing long-term care. Center for retirement research at Boston College. September 2007. Numebr 7–13. [Viitattu 14.3.2009.] http://crr.bc.edu/images/stories/Briefs/ib_7-13.pdf
- Gleckman Howard 2010: Long-term care financing reform: lessons from the U.S. and abroad. The Urban Institute. February 2010. [Viitattu 1.6.2010.] http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Feb/1368_Gleckman_longterm_care_financing_reform_lessons_US_abroad.pdf
- Hakonen Sinikka 2008: "Palveluprofiili muuttunut" ja "Kolmas ikä voimaantumisen aikana"-nimiset artikkelit teoksessa Suomi Asta ja Hakonen Sinikka (toim.) 2008: Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Havukainen Silva ja Kaisto Katri 2008: Vanhusten lyhytaikainen perhehoito omaishoidon tukena. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. [Viitattu 5.8.2009.] https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38098/jamk_1210863138_0.pdf?sequence=1
- Hellman Anni 1999: Hoivavakuutus ja vanhuspalvelut. Suomalaisia suuntaviivoja ja eurooppalaisia ratkaisuja. Aktuaaritoiminnan kehittämissätiö. Helsinki.
- Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. Arvioita sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kehityksestä. Hyvinvointivaltion rajat-hankkeen raportti 2006. Stakes, Helsinki. [Viitattu 20.4.2009.] <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/M229-VERKKO.pdf>
- Hoivarahastot vanhuspalvelujen turvaajiksi. JHL:n puheenjohtaja Tuire Santamäki-Vuori. Lehistötiedote, 29.7.2006.
- Hoitovakuutustyöryhmän muistio 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:7. [Viitattu 12.3.2009.] <http://pre20090115.stm.fi/Resource.phx/julkt/julk2001/julk2001.htm>
- Huhtanen Jorma 2003: Kunnallinen terveysvakuutus – ratkaisu terveydenhuollon rahoitukseen? Yksityislääkärilehti 5/2003.
- Hyvinvointi 2015. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. [Viitattu 20.4.2009.] <http://pre20090115.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/02/ak1171526287050/passthru.pdf>
- Häggman Kai 1997: Suurten muutosten Suomessa. Kansaneläkelaitos 1937–1997. Kansaneläkelaitoksen julkaisu. Helsinki.
- Häkkinen Hannele 1996: Sosiaaliturva ja vanhuspalvelut Saksassa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Häkkinen Hannele 1999: Vanhusten sosiaaliturva Tanskassa ja Saksassa. Esimerkkeinä Kuopion, Mikkelin ja Vantaan ystävyyskunnat. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Häkkinen Hannele 2000: Hoitovakuutus Saksassa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Häkkinen Unto, Nguyen Lien, Pekurinen Markku, Peltola Mikko 2009: Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2009.
- Häkkinen Hannele, Jaakkola Antero, Kuivalainen Susan & Palola Elina 2001: Näkökulmia eurooppalaiseen sosiaalipolitiikkaan. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton julkaisu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. [Viitattu 11.6.2009.] http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf
- Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005. Stakes. Yliopistopaino. Helsinki 2007.
- Järvinen Raija 2004: Yksitysvakuutus sosiaalivakuutuksen täydentäjänä. Artikkeliteoksessa Hellsten Katri ja Helne Tuula (toim.): Vakuuttava sosiaalivakuutus? Kelan tutkimusosasto.
- Kalliomaa-Puha Laura 2007: Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia / 90. Kelan tutkimusosasto, Helsinki.

- Kelan vammaisetuustilasto 2007. Kansaneläkelaitos, tilastoryhmä. Helsinki 2008. [Viitattu 12.3. 2009.] [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Vamm_07_pdf/\\$File/Vamm_07.pdf](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Vamm_07_pdf/$File/Vamm_07.pdf)
- Kiander Jaakko, Riihelä Marja ja Sullström Risto 2004: ”Ikääntyneiden kulutuskäyttäytyminen: miten tulevaisuuden eläkeläiset kuluttavat?”-niminen artikkeli edellä mainitussa Mikko Kauton ym. teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004.
- Kwon, Soonman 2008. “Future of long-term care financing for the elderly in Korea,” *Journal of Aging and Social Policy* 20:1, 2008, 119–136.
- Vanhuspalvelun Kuusikko-työryhmä 2009: Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalvelujen ja kustannusten vertailu 2008. Aila Kumpulainen 14.9.09. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 6/2009. http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/downloads/Vanhuspalvelut/VHT2008.pdf
- Laine Veli, Sinko Pekka ja Vihriälä Vesa 2009: Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009. [Viitattu 11.3.2009.] <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2009/j01-ikaantymisraportti/pdf/fi.pdf>
- Lassila Jukka ja Valkonen Tarmo 2003: Hoivarahasto. Kunnallisan kehittämissäätiö KAKS. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut Nro 38.
- Lassila Jukka ja Valkonen Tarmo 2008: Sosiaalilit ja moraalikato. Elinkeinoelämän tutkimuslaitos ETLA. Keskustelualoitteita No 1181. [Viitattu 20.4.2009.] http://www.etla.fi/files/2263_Dp1181.pdf
- Maly Nicole 2001: Töchter, die ihre Mütter pflegen. Eine Analyse ihre lebenssituation. LIT Verlag Berlin-Hamburg-Münster, 2001. [Viitattu 19.6.2009.] http://books.google.com/books?id=t9obgmtR5cwC&printsec=frontcover&hl=de&source=gsb_summary_r&cad=0#PPA78,M1
- Metsämäki Niina 2006: Vanhusten hoiva Suomessa ja eräissä muissa Euroopan maissa. Topsis – Sosiaalivakuutuksen ammatillinen lisensiaattitutkimus. Sosiaalipolitiikan laitos Turun yliopisto, Toukokuu 2006. [Viitattu 23.7.2009.] http://www.soc.utu.fi/projektit/sosiaalipolitiikka/topsos/pdf/julkaisut/Niina_Metsamaki.pdf
- Meyer Dirk 2007: Systemwechsel in der Pflegeversicherung? Das personengebundene Budget im Experiment der Pflegekassen. *Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften* 2007/58.1
- Muuri Anu 2008: Sosiaalipalveluja kaikille kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. [Viitattu 16.3.2009.] <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/42596/sosiaali.pdf?sequence=1>
- Mäkitalo Raili, Hautala Urpo, Narikka Jouko ja Tuukkanen Jorma 2007: Näkökohtia tulo- ja palvelujärjestelmien yhteensovittamisesta ja uudistamisesta. Valtiovarainministeriö. Keskustelualoitteita 1/2007. [Viitattu 15.4.2009.] http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/08_muut_julkaisut/20070919Naekoeko/nettijulkaisu.pdf
- Pekurinen, M. (2007): Terveystalveluun menoihin vaikuttaminen rahoitusjärjestelmää kehittämällä. Valtioneuvoston kanslian julkaisu 4/2007.
- Rothgang Heinz ja Igl Gerhard 2007: Long-term care in Germany. *The Japanese Journal of Social Security*, Vol 6. No 1. [Viitattu 20.7.2009.] <http://www.ipss.go.jp/webj-ad/WebJournal.files/SocialSecurity/2007/Spring/Rothgang%20&%20Igl%20final.pdf>
- Salmelainen Ulla, Sari Stenholm, Sari Kehusmaa 2005: “Ongelmia eläkkeensaajan hoitotuen tiedonkulussa”-niminen artikkeli Suomen Lääkäriliiton Suomen Lääkärilehti 15/2005. Sata-komitea 10.11.2009. Muistio hoitotuen ja omaishoidon tuen yhteensovittaminen ”uudeksi hoitotueksi”. [Viitattu 1.6.2010.] http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-10835.pdf
- Shimizutani Sahatoshi (2006): Japan’s Long-term Care Insurance Program: An Overview. *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik*. Sondernummer 2006, 23–28.
- Shimizutani Sahatoshi ja Inakura Noriko (2007). Japan’s Public Long-term Care Insurance and the Financial Condition of Insurers: Evidence from Municipality-Level Data. Gov-

- ernment Auditing review, volume 14, March 2007. [Viitattu 20.12.2009] <http://www.jbaudit.go.jp/pr/pdf/e14d03.pdf>
- Sipilä Jorma 2003: Hoivan organisointi: vaivaistalosta markkinatavaraksi. Janus. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisu No 1.2003.
- Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 7.6.2006: Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Toimintakyvyn arviointi tukee palvelutarpeen arviointia. [Viitattu 19.7.2009.] <http://pre20090115.stm.fi/rt1150108323228/passthru.pdf>
- Sosiaalimenojen kehitys pitkällä aikavälillä. Somera-toimikunnan taustaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:21. [Viitattu 20.3.2009] [Sosiaalimenojen kehitys pitkällä aikavälillä SOMERA-toimikunnan taustaraportti](http://www.sosiaalimenojenkehitys.fi/Sosiaalimenojen_kehitys_pitkalla_aikavälilla_SOMERA-toimikunnan_taustaraportti.pdf)
- Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:10.
- Stakes 2006: Oikeus ja kohtuus - arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta. Stakes. [Viitattu 20.4.2009.] <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/M227-VERKKO.pdf>
- Särkelä Riitta ja Eronen Anne (toim.) 2007: Perusturvan pulmat ja uudistamisen vaihtoehdot. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry STKL. Helsinki.
- Söderström Lars, Bergenheim Klas, Karlsson Martin ja Lundbäck Mattias 2000: Äldreomsorgens finansiering – varför äldrevårdsförsäkring? Lunds Universitet, Nationalekonomiska institutionen. Svenska kommunförbundet. Stockholm.
- Tedre Silva 1998: Kodin ja julkisen avun muunnelmia. Janus. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisema sosiaalipoliittikan ja sosiaalitutkimuksen aikakauslehti. No 4.1998.
- Vaarama Marja 2004: "Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015"-niminen artikkeli edellä mainitussa Mikko Kauton ym. teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004.
- Vaarama Marja (toim.) 2009: Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 3/2009. [Viitattu 11.3.2009.] <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2009/r03-ikaantymisen-riskina-ja-mahdollisuutena/pdf/fi.pdf>
- Vanhusten hoito ja hoitovakuutus 1999. Vakuutuksen hyödyntäminen vanhusten pitkäaikashoidon järjestämisessä. Vakuutusyhtiöiden Keskusliiton asettama työryhmä. Vakuutusyhtiöiden keskusliitto.
- Volk Raija ja Laukkanen Tuula 2007: Palvelusetelin käyttö kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2007:38. Helsinki.
- Volk Raija ja Nivalainen Hanna 2009: Väestön ikääntymiseen varautuminen – alueellinen näkökulma. Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 4/2009.
- Voutilainen Päivi, Kattainen Eija ja Heinola Reija 2007: Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihteluista 1994–2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:28. [Viitattu 10.3.2009] <http://pre20090115.stm.fi/ka1183114202100/passthru.pdf>
- Wong, H. 2007: Eldersshield experience 2002-2007 (Ministry of Health information paper 2007/21). Singapore: Ministry of Health.
- Yoo BK, Bhattacharya J, McDonald KM, Garber AM 2004: Impacts of informal caregiver availability on long-term care expenditures in OECD countries. Health Serv Res. 2004 Dec;39(6 Pt 2):1971–92.

HAASTATTELUT

Komu Hannele, vanhustyönjohtaja, Ilomantsi; puhelinhaastattelu 14.4.2009

Neimala Anne, osastopäällikkö, Kela; haastattelu 28.4.2009

Taskula Tuula, sosiaali- ja terveystoimen päällikkö, ja Virnes Eevaliisa, erityisasiantuntija, Kuntaliitto, kysymykset 30.4. ja yhteinen vastaus 28.5.2009 sähköpostitse

Vanne Reijo, kehityspäällikkö, Tela; kysymykset 27.5. ja vastaukset 28.5.2009 sähköpostitse

KESKEISET LAIT JA MUUT SÄÄDÖKSET

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 3.8.1992/733 (valtionosuuslaki)

Valtioneuvoston asetukset sosiaali- ja terveydenhuollon vuoden 2009 voimavaroista 728/2008 ja sanotun asetuksen muuttamisesta 1024/2008

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734 (asiakasmaksulaki)

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912 (asiakasmaksuasetus)

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937 (omaishoitolaki)

Perhehoitajalaki 3.4.1992/312

Laki vammaisetuksista 11.5.2007/570 (vammaisetuslaki)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569 (palvelusetelilaki)

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607

Kansanterveyslaki (66/1972)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812 (asiakaslaki)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 (potilaslaki)

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380 (vammaispalvelulaki)

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759 (vammaispalveluasetus)

Kansaneläkelaki 11.5.2007/568

Kansaneläkeasetus 7.12.1956/594

KÄYTETYIMMÄT INTERNET-SIVUT

Bundesministerium für Gesundheit; www.bmg.bund.de

Kansaneläkelaitos; www.kela.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö; www.stm.fi

Sosiaaliportti, <http://www.sosiaaliportti.fi/>

Suomen Kuntaliitto; www.kunnat.net

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tilastot; www.stakes.fi/FI/tilastot/index.htm

Tilastokeskus; www.stat.fi

Valtion säädöstietopankki; www.finlex.fi

Valtiovarainministeriö; www.vm.fi