

Sara Sorvisto

SUOMALAISTEN KULUTTAJIEN SUHTAUTUMINEN HOIVAVAKUUTUKSEEN

Johtamisen ja talouden tiedekunta

Kandidaatin tutkielma

Toukokuu 2024

Ohjaaja: Jarna Pasanen

TIIVISTELMÄ

Sara Sorvisto: Suomalaisten kuluttajien suhtautuminen hoivavakuutukseen

Kandidaatin tutkielma

Tampereen yliopisto

Kauppätieteiden tutkinto-ohjelma

Toukokuu 2024

Väestön vanheneminen aiheuttaa paineita vanhuuden ajan hoivapalveluiden kehittämiseksi Suomessa. Tällä hetkellä vanhuksille tarjottavat palvelut rahoitetaan pääasiassa verovaroin, mutta työikäisten määrän väheneminen ja vanhusten määrän kasvu aiheuttavat tarpeen kehittää hoivajärjestelmää. Yhtenä vaihtoehtona on pohdittu hoivavakuutusta, jota ei ole tällä hetkellä Suomen markkinoilla. Hoivavakuutuksella tarkoitetaan toimintakyvyn heikkenemisen varalta hankittua vakuutusta, joka tarjoaa taloudellista turvaa vanhuuden ajalle. Hoivavakuutuksia on tarjolla muissa Euroopan maissa sekä Yhdysvalloissa, ja se voisi olla yksi ratkaisu vanhenevan väestön hoivan tarpeen varmistamiseksi.

Tässä tutkielmassa selvitetään, miten suomalaiset kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen. Hoivavakuutus on tuotteena suomalaisille kuluttajille tuntematon, mutta kyselyn alussa vastaajille kerrotaan lyhyesti kyseisestä vakuutustuotteesta. Tutkimuskysymyksiä ovat 1. Miten suomalaiset kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen ja 2. Miten eri taustatekijät vaikuttavat kuluttajien suhtautumiseen hoivavakuutukseen?

Tutkielma on monimenetelmä tutkimus, jossa hyödynnetään sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista lähestymistapaa. Tutkimukseen on kerätty aineisto käyttäen Microsoft Forms -kyselylomaketta ja kyselylomakkeen väitteisiin vastataan Likert-asteikolla. Lisäksi kyselyssä on kaksi avointa kysymystä. Likert-asteikollisten kysymysten vastauksista raportoidaan suorat jakaumat käyttäen apuna erilaisia graafisia kuvioita. Tutkielman avoimet kysymykset analysoidaan käyttäen sisällönanalyysiä. Iän, sukupuolen, tulotason sekä asuinpaikan vaikutusta suhtautumiseen hoivavakuutusta kohtaan selvitetään logistisella regressioanalyysillä. Teoriaosuudessa tarkastellaan vanhuuden aikaista riskiä, sen hallintaa sekä hoivavakuutusta.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että suomalaiset kuluttajat ovat huolestuneita vanhuuden aikaisesta hoivan järjestymisestä ja julkisen sektorin tuottamiin palveluihin ei olla tyytyväisiä. Hoivavakuutukseen suhtaudutaan myönteisesti, mutta sen heikkoutena kuluttajat kokevat erityisesti eriarvoisuuden sekä korkean hinnan. Lisäksi kuluttajat ovat huolestuneita julkisen sektorin palveluiden heikkenemisestä, mikäli hoivavakuutus tulisi Suomen markkinoille. Logistisen regressioanalyysin tulokset osoittavat, että hoivavakuutukseen suhtautuminen ei riipu iästä, sukupuolesta, tulotasosta tai asuinpaikasta, vaan siihen vaikuttavat todennäköisesti monet muut tekijät, joita tässä tutkielmassa ei ole otettu huomioon.

Avainsanat: hoivavakuutus, hoivajärjestelmä, long-term care insurance, long-term care

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	1
1.1	TAUSTA JA ONGELMAT	1
1.2	TUTKIMUSKYSYMYKSET JA RAJAUKSET	3
1.3	TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO	5
1.4	AIEMPI TUTKIMUS AIHEESTA	6
1.5	TUTKIELMAN TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	8
2	VANHUUDEN RISKI JA SEN HALLINTA	10
2.1	VANHUUDEN RISKI	10
2.2	VANHUUDEN AJAN TOIMEENTULORISKIN HALLINTA	12
2.3	VANHUUDEN AJAN HOIVARISKIN HALLINTA.....	13
2.4	HOIVAPALVELUIDEN TARVE TULEVAISUUDESSA.....	15
3	HOIVAVAKUUTUS	17
3.1	HOIVAVAKUUTUS TUOTTEENA	17
3.2	HOIVAVAKUUTUSMARKKINOIDEN ONGELMAT	18
3.3	HOIVAVAKUUTUKSEN HANKKIMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	20
3.4	HOIVAVAKUUTUKSEN POTENTIAALI SUOMESSA	22
4	TUTKIMUKSEN TULOKSET	25
4.1	AINEISTON ESITTELY JA KUVAUS	25
4.2	NÄKEMYKSET NYKYISESTÄ HOIVAJÄRJESTELMÄSTÄ	27
4.3	SUHTAUTUMINEN HOIVAVAKUUTUKSEEN	30
4.4	NÄKEMYKSET HOIVAVAKUUTUKSEN MAHDOLLISUUKSISTA JA HAASTEISTA.....	39
5	YHTEENVETO	44
5.1	TUTKIMUSKYSYMYKSIIN VASTAAMINEN.....	44
5.2	TUTKIELMAN RAJOITTEET JA JATKOTUTKIMUSMAHDOLLISUUDET	47
	LÄHDELUETTELO	49
	LIITTEET	55
	LIITE 1. KYSELYLOMAKE	55

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Vastaajista kerätyt taustiedot.....	26
Taulukko 2. Sosiodemografisten tekijöiden vaikutus positiiviseen suhtautumiseen hoivavakuutusta kohtaan. Logistinen regressio (OR).	38
Taulukko 3. Suomalaisten kuluttajien näkemyksiä hoivavakuutuksen mahdollisuuksista ja heikkouksista.....	43

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Tutkielman teoreettinen viitekehys	9
Kuvio 2. Vastausten jakautuminen julkisen sektorin roolia koskevassa väittämässä	27
Kuvio 3. Vastausten jakautuminen tyytyväisyyttä mittaavassa väittämässä	28
Kuvio 4. Tyytyväisyys nykyiseen hoivajärjestelmään naisten ja miesten välillä.....	29
Kuvio 5. Vastausten jakaantuminen huolestuneisuutta mittaavassa väittämässä	29
Kuvio 6. Vastausten jakautuminen huolestuneisuutta mittaavassa väittämässä sukupuolten välillä	30
Kuvio 7. Suomalaisten kuluttajien suhtautuminen hoivavakuutukseen	31
Kuvio 8. Suhtautuminen hoivavakuutukseen naisten ja miesten välillä	31
Kuvio 9. Suhtautuminen hoivavakuutukseen tuloluokkien välillä.....	32
Kuvio 10. Suhtautuminen hoivavakuutukseen eri asuinpaikkojen välillä.....	33
Kuvio 11. Suhtautuminen hoivavakuutukseen ikäluokkien välillä	33
Kuvio 12. Vastausten jakautuminen eriarvoisuutta koskevassa väittämässä	34
Kuvio 13. Vastausten jakautuminen vakuutusehtojen epäselvyyttä ja ymmärrettävyyttä koskevassa väittämässä	35
Kuvio 14. Vastausten jakautuminen terveystietojen luovuttamista koskevassa väittämässä	35
Kuvio 15. Hoivavakuutuksen hyvät puolet ja mahdollisuudet.....	39
Kuvio 16. Hoivavakuutukseen liittyvät huolet	41

1 JOHDANTO

1.1 Tausta ja ongelmat

Väestön ikääntyessä yhteiskunnan hoivan tarve lisääntyy. Hoivan tarve ilmenee yksilöllisenä riippuvuutena toisen henkilön avusta päivittäisissä rutiineissa, kuten ruoanlaitossa, pukeutumisessa ja henkilökohtaisen hygienian ylläpitämisessä. Suomen hoivajärjestelmä rakentuu nykyisin julkisten ja yksityisten palvelujen, taloudellisten etuuksien sekä erilaisten järjestöjen tarjoamien palveluiden ympärille. Julkiset hoivapalvelut muodostuvat kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta sekä palveluasumisesta. Taloudellisia etuuksia ovat eläkkeensaajien hoitotuki, joka tarjoaa taloudellista tukea hoivakustannuksiin, sekä omaishoidon tuki, joka on suunnattu kotona tehtävän hoivatyön tukemiseen.

Suomessa on pohdittu viime aikoina vanhuuden hoivan järjestämistä tulevaisuudessa, kun väestö ikääntyy ja väestöllinen huoltosuhde heikkenee. Kysymykset riittävästä hoivasta vanhuusaikana ovat ajankohtaisia ja ratkaisuna riittämättömään hoivaan on pohdittu myös hoivavakuutuksia. Hoivavakuutuksella tarkoitetaan toimintakyvyn heikkenemisen varalta hankittua vakuutusta (Valkonen, 2012). Hoivavakuutukset voivat olla julkisia palveluita täydentäviä tai niitä korvaavia, kuten Yhdysvalloissa (OECD, 2011). Suomessa julkisen sektorin rooli hoivan tarjoamisessa on suuri, ja hoivavakuutus tulisi osaltaan täydentämään julkisia palveluita. Hoivavakuutuksia on erilaisia ja esimerkiksi niiden hinta, omavastuun määrä sekä se, mitä hoivavakuutuksesta korvataan, voi vaihdella. Lisäksi hoivavakuutukset voivat olla joko vapaaehtoisia tai pakollisia. Vapaaehtoisissa hoivavakuutuksissa asiakas voi itse valita haluamansa turvan tason.

Suomessa väestöllinen huoltosuhde on nousussa ja tulee nousemaan entisestään väestön vanhetessa. Väestöllisellä huoltosuhteella kuvataan vanhuseläkeikäisten ja lasten määrän suhdetta työikäisten määrään (Tilastokeskus, 2013). Tilastokeskuksen ennusteen mukaan työikäisten määrä vähenee vuoteen 2040 mennessä 76 000 henkilöllä ja väestöllisen huoltosuhteen on ennustettu olevan vuonna 2030 hieman yli 70 (Tilastokeskus, 2021). Väestöllisen huoltosuhteen heikkeneminen tulevaisuudessa aiheuttaa haasteita vanhuuden hoivan tarjoamiselle, sillä veronmaksajia on yhteiskunnassa vähemmän. Tällä hetkellä vanhushoivapalvelut rahoitetaan pääosin verovaroin

(Kalliomaa-Puha, 2015). Veronmaksajien määrän väheneminen ja vanhusten määrän kasvu aiheuttavat paineita hoivapalveluiden rahoituksen uudistamiselle.

Vanhetessa ihmisen hoivan tarve usein kasvaa, sillä kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky heikkenevät (Vuoksima, 2019). Eräessä tutkimuksessa todettiin, että laitoshoitoon siirtyminen on todennäköisempää naisilla, yksin asuvilla ja heikossa sosiaaliekonomisessa asemassa olevilla (Martikainen, 2009). Lisäksi kyseisessä tutkimuksessa todettiin, että laitoshoidon kesto oli pidempi niillä, jotka asuivat yksin ja jotka kuuluivat heikkoon sosiaaliekonomiseen asemaan (Martikainen, 2009). Vuonna 2021 Suomessa oli yksin asuvia jo 1,28 miljoonaa ja yksin asuvien määrä kasvaa tulevaisuudessa (Tilastokeskus, 2022). Lisäksi vanhuuden hoivan taso on puhututtanut Suomessa, ja muun muassa Yle on uutisoinut vuonna 2019 riittämättömästä hoitajamitoituksesta ja puutteellisesta hoidosta (Roslund, 2019).

Suomessa ei tällä hetkellä ole tarjolla hoivavakuutusta, mutta sen mahdollisuuksia on pohdittu muun muassa Hoivaturva -tutkimushankkeen julkaisuissa (Valkonen, Einiö, Määttänen, Siljander & Linnosmaa, 2012). Kansainvälisesti hoivavakuutuksia on tarjolla esimerkiksi Yhdysvalloissa, Saksassa ja Ranskassa. Yhdysvallat on suurin hoivavakuutuksen markkina, mutta sielläkin markkinat ovat aliehitettyneet ja vain 14 prosentilla yli 60-vuotiaista on hoivavakuutus (Brown, 2011). Yhdysvalloissa aliehitettyneitä hoivavakuutusmarkkinoita on selitetty sekä tarjontapuolen että kysyntäpuolen tekijöillä. Tarjontapuolella vakuutusyhtiöt saattavat rajoittaa vakuutuksen kattavuutta tai veloittaa korkeita vakuutusmaksuja johtuen epäsymmetrisestä informaatiosta (Boyer, 2017.) Vähäistä kysyntää sen sijaan on selitetty muun muassa sillä, että kuluttajat arvioivat oman todennäköisyytensä hoivan tarpeelle alhaiseksi, eikä hoivavakuutukselle nähdä tarvetta (Zhou-Richter, 2010).

Saksassa hoivavakuutuksella tarjotaan turvaa niille, jotka eivät kuulu julkisen sosiaaliturvan piiriin (OECD, 2011). Lisäksi Saksassa on tarjolla hoivavakuutuksia, jotka kattavat kuluja, joita julkinen sosiaaliturva ei kata. Yksityinen hoivavakuutus voi siis tarjota suojaa pitkäaikaishoidon kustannusten varalta myös niissä tilanteissa, joissa julkinen sektori ei kata kaikkia kuluja. Tällaisia hoivavakuutuksia on tarjolla esimerkiksi Ranskassa, Saksassa, Belgiassa ja Japanissa. (OECD, 2011.) Ranskassa arviolta 15 prosentilla yli 40-vuotiaista on hoivavakuutus, kun taas Iso-Britanniassa hoivavakuutuksia oli vuonna 2008 vain 0,05 prosentilla yli 40-vuotiaista (OECD, 2011). Myös hoivavakuutusten hinnat vaihtelevat maittain. Yhdysvalloissa hoivavakuutus kustantaa noin 2100–

2800 dollaria vuodessa 60-vuotiaalle, kun taas Ranskassa hoivavakuutus 60-vuotiaalle maksaa vuodessa noin 400–500 euroa (OECD, 2011).

Koska hoivavakuutusta ei ole vielä Suomessa tarjolla, on aiheellista tutkia suomalaisten kuluttajien suhtautumista siihen. Suomessa väestöllisen huoltosuhteen heikkeneminen ja työikäisen väestön väheneminen aiheuttavat paineita kehittää uudenlaisia rahoitusratkaisuja myös vanhuuden hoivan rahoittamiseksi. Näiden tekijöiden vuoksi on hyödyllistä selvittää, olisivatko kuluttajat kiinnostuneita hoivavakuutuksesta ja millaisia ennakkoluuloja kuluttajilla mahdollisesti on hoivavakuutusta kohtaan. Tutkielmasta saatujen tietojen avulla hoivavakuutusta voitaisiin kehittää, ja mikäli hoivavakuutus tulisi Suomen markkinoille, voitaisiin kuluttajien huolet ja ennakkoluulot ottaa huomioon jo vakuutustuotteen markkinointivaiheessa.

Kun selvitetään, mitkä tekijät vaikuttavat kuluttajien suhtautumiseen hoivavakuutusta kohtaan, voidaan selvittää, millaiset kuluttajaryhmät ovat ylipäättään kiinnostuneita hoivavakuutuksesta. Tämän tiedon avulla voidaan esimerkiksi selvittää potentiaalisia vakuutusyhtiön asiakkaita sekä suunnata hoivavakuutuksen markkinointi oikealle kohderyhmälle. Lisäksi hyvin järjestetty hoivavakuutus voisi tuoda kuluttajille mahdollisuuden hankkia lisäturvaa hoivariskin varalta ja tarjota mahdollisuuden vaikuttaa vanhuuden ajan hoivan laatuun. Myös yhteiskunta voisi hyötyä hoivavakuutuksesta, sillä sen avulla julkisen sektorin taakkaa hoivan järjestämisestä voitaisiin keventää ja näin ollen julkisen sektorin menoja voitaisiin vähentää.

1.2 Tutkimuskysymykset ja rajaukset

Tutkielman tavoitteena on selvittää, miten suomalaiset kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen. Lisäksi selvitetään, onko iällä, sukupuolella, asuinpaikalla ja tulotasolla vaikutusta siihen, miten kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen. Hoivavakuutusta ei ole Suomessa tarjolla, mutta huoltosuhteen heikkeneminen sekä hoivan kustannusten nousu aiheuttavat paineita kehittää uusia ratkaisumuotoja vanhuuden hoivan turvaamiseksi. Hoivavakuutus voisi tarjota yksilöille vapaaehtoista lisäturvaa toimintakyvyn heikkenemisen riskin varalle. Myös julkisen sektorin kulut voisivat pienentyä, mikäli osa vanhuuden hoivasta rahoitettaisiin yksityisin varoin.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten suomalaiset kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen?

2. Miten eri taustatekijät vaikuttavat kuluttajien suhtautumiseen hoivavakuutukseen?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena on selvittää, ovatko suomalaiset kuluttajat kiinnostuneita hoivavakuutuksesta sekä millaisia ennakkoluuloja ja asenteita kuluttajilla on koskien hoivavakuutusta. Toisella tutkimuskysymyksellä selvitetään, vaikuttavatko ikä, sukupuoli, tulotaso tai asuinpaikka siihen, miten kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen ja eroaako suhtautuminen merkittävästi eri luokkien välillä.

Hoivavakuutuksella tarkoitetaan vanhuuden ajalle toimintakyvyn heikkenemisen varalta hankittua vakuutusta. Kyseistä vakuutusta ei ole Suomessa tarjolla, ja kuluttajien suhtautumista siihen on tutkittu Suomessa vähän. Tutkimus on rajattu maantieteellisesti Suomeen, sillä aihetta on tarpeen tutkia suomalaisten kuluttajien näkökulmasta. Tutkielman kysely julkaistaan Suomen eri kaupunkeihin keskittyvissä Facebook-ryhmissä, ja tarkoituksena on saada vastauksia maanlaajuisesti. Kun vastauksia saadaan eri alueilta, tämä mahdollistaa vastausten vertailun asuinpaikkojen välillä.

Tutkielman kysely on suunnattu kuluttajille, sillä on hyödyllistä selvittää, millaisia ennakkoluuloja, odotuksia ja tarpeita kuluttajilla on hoivavakuutukseen liittyen. Hoivavakuutus on suomalaisille tuntematon, ja on hyödyllistä selvittää, olisiko kyseiselle tuotteelle ylipäättään kiinnostusta suomalaisten kuluttajien keskuudessa. Kun saadaan selville, millaisia huolia ja tarpeita kuluttajilla on kyseiseen vakuutustuotteeseen liittyen, voi tämä tarjota arvokasta tietoa vakuutusalan toimijoille sekä päättäjille. Mikäli hoivavakuutus tulisi Suomen markkinoille, voitaisiin kuluttajien odotukset, tarpeet ja huolet ottaa huomioon jo vakuutustuotetta kehitettäessä.

Tutkielman tavoitteena on selvittää kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen yleisellä tasolla, eikä tutkielmassa pyritä selvittämään kuluttajien näkemyksiä erilaisista hoivavakuutuksista tai sitä, millaisia ominaisuuksia kuluttajat toivoisivat hoivavakuutukselta. Rajaus on tehty henkilövakuuttamiseen, johon hoivavakuutuksenkin katsotaan kuuluvan. Tutkielman kysely on suunnattu kaikille Facebook-ryhmissä oleville jäsenille, sillä tutkielman kyselyyn pyritään saamaan laaja joukko vastaajia. Kyselyn suuntaaminen kaikille jäsenille perustuu pyrkimykseen saada kokonaisvaltainen käsitys siitä, miten suomalaiset yleisesti suhtautuvat hoivavakuutukseen. Tutkielmaa ei siis kohdenneta millekään tietylle ryhmälle, sillä on arvokasta saada tietoa yleisesti suomalaisten kuluttajien suhtautumisesta hoivavakuutukseen. Kyselyn suuntaaminen laajalle vastaajakunnalle mahdollistaa myös vertailun esimerkiksi ikäluokkien ja tuloluokkien välillä.

1.3 Tutkimusmenetelmät ja aineisto

Tutkielman empiriaosuus toteutetaan monimenetelmätutkimuksena eli tutkielmassa hyödynnetään sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista lähestymistapaa. Monimenetelmäisyyttä kuvaa termi triangulaatio, jolla tarkoitetaan muun muassa erilaisten teorioiden, menetelmien tai aineistojen hyödyntämistä samassa tutkimuksessa (Eskola & Suoranta, 1998). Tässä tutkielmassa hyödynnetään menetelmätriangulaatiota, eli tutkittavaa ilmiötä tutkitaan sekä kvalitatiivisilla että kvantitatiivisilla menetelmillä. Triangulaation avulla tutkittavasta ilmiöstä voidaan saada kattava kuva ja pienentää tutkimusmenetelmästä aiheutuvaa luotettavuusvirhettä (Eskola & Suoranta, 1998). Lisäksi monimenetelmäisyyden etuna on se, että voidaan mahdollisesti havaita ristiriitaisuuksia, jotka jäisivät muutoin huomioimatta.

Kvantitatiivisen menetelmän keinoin voidaan mitata tutkittavaa ilmiötä numeerisin keinoin ja hyödyntää tilastollisia menetelmiä (Golafshan, 2015). Usein kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään eri asioiden välisiä riippuvuussuhteita ja saatuja tuloksia pyritään yleistämään laajempaan joukkoon. Lisäksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustuloksia esitetään usein erilaisten taulukoiden ja kuvioiden avulla (Heikkilä, 2014, 15.) Tässä tutkielmassa Likert-asteikollisia väittämiä analysoidaan kuvailevalla tilastollisella analyysillä ja sukupuolen, iän, asuinpaikan ja tulotason vaikutusta kuluttajien suhtautumiseen hoivavakuutusta kohtaan analysoidaan logistisen regressioanalyysin avulla. Logistinen regressioanalyysi sopii analyysimenetelmäksi silloin, kun selitettävänä muuttujana on dikotominen muuttuja, jota selitetään joukolla eri muuttuja (Jokivuori & Hietala, 2014). Logistisessa regressioanalyysissä on tarkoituksena muodostaa matemaattinen malli, jossa selitettävät tekijät ennustavat selitettävän muuttujan vaihtelua (Nummenmaa, 2023, 332). Tämän tutkielman selitettävänä muuttujana logistisessa regressioanalyysissä on positiivinen suhtautuminen hoivavakuutukseen ja selittäviä tekijöitä ovat ikä, sukupuoli, tulotaso sekä asuinpaikka. Logistisessa regressioanalyysissä selitettävien muuttujien avulla ennustetaan havaintojen todennäköisyyttä kuulua johonkin tiettyyn luokkaan ja tätä varten jokaiselle muuttujalle asetetaan referenssikategoria (Nummenmaa, 2023, 337). Tarkemmat tiedot muuttujamuunnoksista sekä analyysistä löytyvät luvusta 4.3.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään yleensä analysoimaan pieni määrä tapauksia mahdollisimman tarkasti. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä

tarkasti ja sille on tyypillistä hypoteesittomuus (Eskola & Suoranta, 1998.) Tässä tutkielmassa kvalitatiivisen menetelmän keinoin pyritään selvittämään suomalaisten kuluttajien asenteita ja uskomuksia hoivavakuutuksesta. Kyselylomakkeen avoimia kysymyksiä analysoidaan kvalitatiivisesti aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin menetelmällä voidaan analysoida aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa dataa pelkistetään ja aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennaisia asioita. Pelkistämisen jälkeen aineistoa ryhmitellään ja aineistosta pyritään etsimään samaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä. Kun aineisto on ryhmitelty, pyritään tämän jälkeen abstrahoimaan eli käsitteellistämään aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.) Tässä tutkielmassa samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet on merkitty aineistossa tietyllä värillä, ja näin on saatu muodostettua tiettyä ilmiötä kuvaavia luokkia.

Tutkielma toteutettiin suunnitelmallisena kyselytutkimuksena eli niin kutsuttuna Survey-tutkimuksena (Heikkilä, 2017, s. 17). Tutkimusaineisto kerättiin käytännössä Microsoft Forms -kyselylomakkeella 15.2.2024–9.3.2024 välisenä aikana. Kyselylomake julkaistiin Facebookissa eri kaupunkien puskaradioissa, yhteensä yhdeksässä ryhmässä, joihin kuului vastausaikana yhteensä noin 485 200 jäsentä. Vastauksia kertyi yhteensä 227 kappaletta. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää kuluttajien asenteita ja ennakkoluuloja hoivavakuutusta kohtaan. Koska hoivavakuutuksen oletettiin olevan usealle vastaajalle melko tuntematon, kyselytutkimuksen alussa kuluttajille esiteltiin hoivavakuutuksen periaate lyhyesti. Kyselylomakkeella vastaajia pyydettiin vastaamaan heille esitettyihin väitteisiin asteikolla 1–5. Lisäksi kyselytutkimuksen avoimilla kysymyksillä pyrittiin selvittämään kuluttajien henkilökohtaisia näkemyksiä hoivavakuutuksesta. Kyselylomake löytyy kokonaisuudessaan liitteestä 1. Aineistonkeruuta, kyselylomaketta sekä vastaajien taustatietoja on kuvattu tarkemmin luvussa 4.1.

1.4 Aiempi tutkimus aiheesta

Kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen on tutkittu Suomessa suhteellisen vähän. Tampereen yliopistossa tehty Pro Gradu -tutkielma käsitteli ikääntyvien henkilöriskejä sekä niiden vakuuttamista (Hannu, 2019). Kyseisessä tutkimuksessa käsiteltiin myös hoivavakuutusta sekä sen roolia vanhuuden hoivan tarjoamisessa (Hannu, 2019). Kyseinen tutkimus toteutettiin asiantuntijahaastatteluin, eikä kyseisessä tutkimuksessa selvitetty suomalaisten kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksessä tutkittiin

hoivavakuutusta ja suomalaisten mielipiteitä hoivapalveluiden tuottamisesta ja rahoittamisesta vuosina 2004, 2006 ja 2009 (Maunu, 2010). Tutkimuksessa hoivavakuutuksen kannatusta selvitettiin siten, että vastaajia pyydettiin valitsemaan paras vaihtoehto pitkäaikaisen hoivan rahoittamiseksi, ja yhtenä vaihtoehtona oli hoivavakuutus (Maunu, 2010). Tässä tutkielmassa pyritään saamaan laajempaa ymmärrystä suomalaisten kuluttajien suhtautumisesta hoivavakuutukseen. Tätä tavoitellaan laajahkolla nimenomaan hoivavakuutukseen keskittyvällä kyselyllä, jossa on useita eri väittämiä sekä avoimia kysymyksiä. Jotta suomalaisten kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen voitaisiin selvittää kattavasti, kerrotaan kuluttajille kyselylomakkeen alussa, mitä hoivavakuutuksella tarkoitetaan.

Hoivariskin vakuuttamista ja hoivavakuutuksen mahdollisia hyötyjä kuvataan myös eräässä Etlan raportissa (Määttänen, 2020). Lisäksi Etlä on tutkinut hoivavakuutusten tarvetta ja arvoa erilaisille kotitalouksille, ja kyseisessä tutkimuksessa todetaan, että hoivavakuutuksen hyödyllisyys yksilölle riippuu pitkälti hänen taloudellisesta tilanteestaan (Määttänen, 2010). Kyseisissä tutkimuksissa aineistona on käytetty erilaisia väestötilastoja ja lisäksi tutkimuksessa on hyödynnetty myös erilaisia mallinnuksia. Suomalaisen väestön mielipiteitä terveydenhuollon ja siihen liittyvien palveluiden rahoituksesta taas on tutkittu muun muassa eräässä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa (Seppälä & Vähänen, 2017). Tutkimuksessa on pyydetty vastaajia valitsemaan, miten vastaaja haluaisi, että hoivapalvelut rahoitetaan. Yhtenä vastausvaihtoehtona oli hoivan rahoittaminen hoivavakuutuksella. Kyseisessä tutkimuksessa selvisi, että hoivavakuutuksen suosio on nuoremmassa ikäluokissa suurempaa kuin vanhemmissa ikäluokissa (Seppälä & Vähänen, 2017). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämässä tutkimuksessa ei kuitenkaan käsitelty kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen tuota yksittäistä kysymystä laajemmin. Vaikka Suomessa onkin tutkittu hoivavakuutukseen liittyviä näkökulmia, kuten hoivan rahoittamista sekä hoivavakuutuksen tarpeellisuutta erilaisille kuluttajille, ei aiemmissa tutkimuksissa ole käsitelty kattavasti suomalaisten kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen. Tämä tutkielma keskittyy selvittämään kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen sekä eri taustatekijöiden vaikutusta suhtautumiseen.

Hoivavakuutuksia on tarjolla useissa maissa ja niitä on myös tutkittu kansainvälisesti. Eräässä tutkimuksessa selvitettiin, miksi hoivavakuutusmarkkina on Yhdysvalloissa rajoittunut (Brown, 2017). Chatterjee et al. (2017) tutkivat, mitkä tekijät olivat yhteydessä siihen, että kotitalouksilla oli hoivavakuutus. Kyseisessä tutkimuksessa todettiin, että hoivavakuutus oli yleisempi niillä, joilla oli suurempi todennäköisyys päätyä hoivakotiin viiden vuoden sisällä sekä niillä, joilla oli muitakin

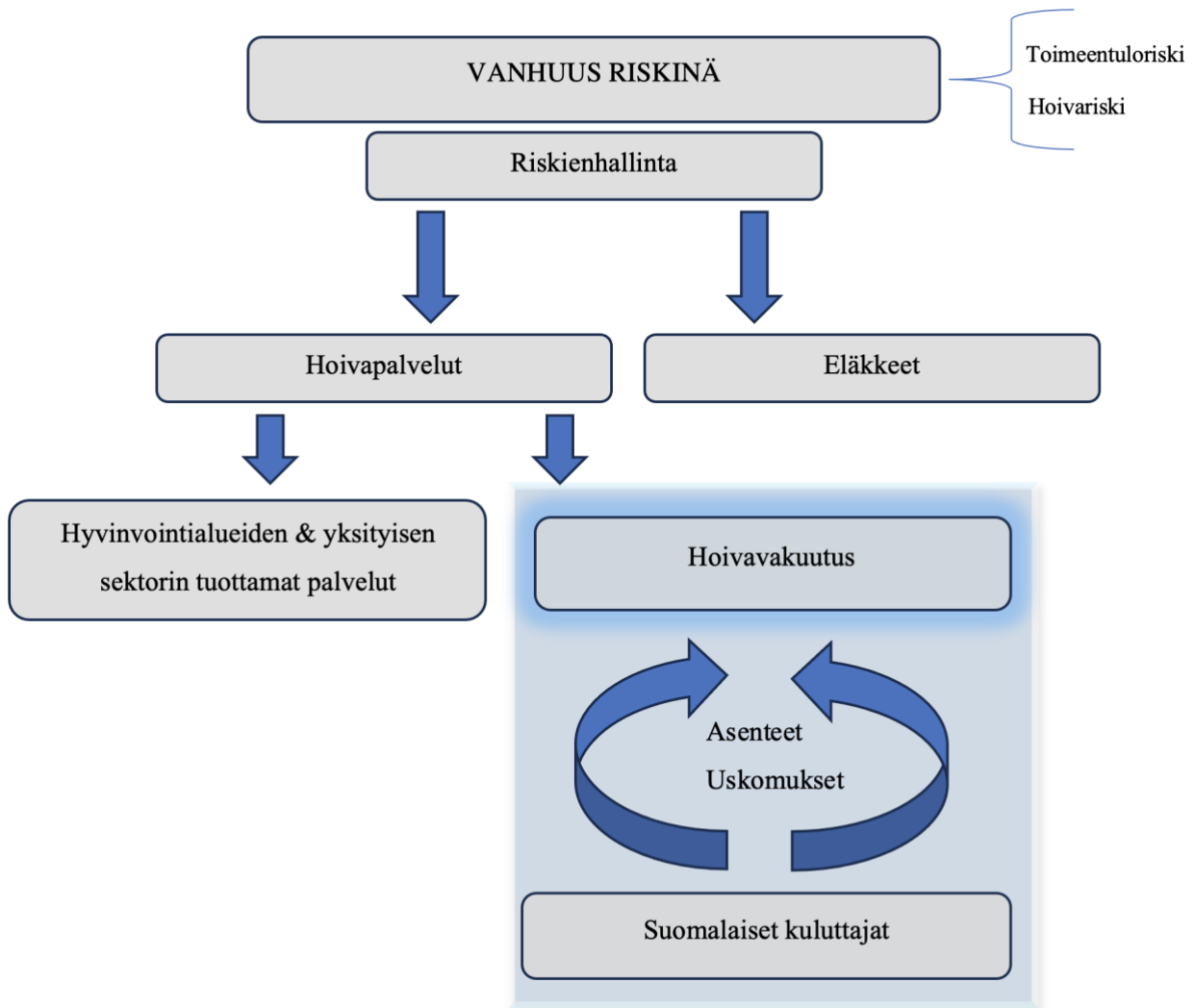
vapaaehtoisia vakuutuksia (Chatterjee, 2017). Lisäksi kyseisessä tutkimuksessa osoitettiin, että hoivavakuutukset olivat yleisempiä ihmisillä, jotka olivat korkeasti koulutettuja ja hyvätuloisia (Chatterjee, 2017). Sen sijaan iällä ei kyseisessä tutkimuksessa osoitettu olevan yhteyttä siihen, onko henkilöllä hoivavakuutus vai ei.

Brownin et al. (2012) tekemässä tutkimuksessa todettiin, että asenteilla ja uskomuksilla on merkitystä hoivavakuutuksen hankkimiselle. Esimerkiksi sillä, uskoko kuluttaja tarvitsevansa pitkäaikaista hoivaa vaikuttaa siihen, hankkiiko hän hoivavakuutusta. Kyseisessä tutkimuksessa todettiin myös, että jos yksilöllä on varaa kustantaa hoiva itse ilman vakuutuksia, on epätodennäköisempää, että hän hankkisi vakuutuksen (Brown, 2012). Myös asenteet ja uskomukset vakuutusyhtiötä kohtaan vaikuttivat siihen, oliko kuluttajilla hoivavakuutusta. Niillä, joilla oli epäilyksiä vakuutusyhtiön toiminnan jatkumisesta, oli vähemmän hoivavakuutuksia (Brown, 2012). Eri tekijöiden vaikutusta siihen, miten kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen ei ole kuitenkaan tutkittu Suomessa, joten on tarpeellista tutkia aihetta lisää juuri suomalaisten kuluttajien näkökulmasta.

1.5 Tutkielman teoreettinen viitekehys

Kuviossa 1. on kuvattu tutkielman teoreettinen viitekehys. Tutkielman aiheeseen liittyy keskeisesti vanhuuden riski, joka on kuvattu kuvion yläkulmassa. Tämän tutkielman aihepiirin näkökulmasta keskeisimpiä vanhuuden aikaisia riskejä ovat toimeentuloriski ja hoivariski, jotka on esitetty kuvion oikeassa yläkulmassa. Vanhuuden riski voidaan luokitella sosiaalisiin riskeihin ja sitä voidaan hallita eri keinoilla (Esping-Andersen, 1999). Keskeisimpiä hoivariskin ja toimeentuloriskin hallintakeinoja ovat eläkkeet ja hoivapalvelut. Lisäksi hoivariskiä voidaan hallita hoivavakuutuksella. Kuviossa on esitetty keskeisimmät hoivariskin ja toimeentuloriskin hallintakeinot. Hoivapalvelut voidaan jakaa edelleen hyvinvointialueiden ja yksityisen tuottamiin palveluihin, jotka on myös esitetty kuviossa.

Tutkielman kannalta keskeisimmät rajaukset on esitetty sinisen neliön sisällä. Tässä tutkielmassa keskitytään hoivavakuutukseen sekä selvittämään suomalaisten kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen. Tutkielmassa selvitetään millaisia asenteita ja uskomuksia kuluttajilla on hoivavakuutusta kohtaan, joita on kuvattu sinisillä nuolilla.



Kuvio 1. Tutkielman teoreettinen viitekehys

Tämän tutkielman ensimmäinen teorialuku keskittyy tarkastelemaan vanhuuden riskiä yleisellä tasolla. Ensimmäisessä teorialuvussa tarkastellaan myös vanhuuden ajan toimeentuloriskin ja hoivariskin hallintakeinoja. Näiden lisäksi ensimmäinen teorialuku käsittelee hoivan tarvetta tulevaisuudessa. Toisessa teorialuvussa käsitellään hoivavakuutusta. Tutkielma keskittyy tarkastelemaan hoivavakuutusta tuotteena, hoivavakuutusmarkkinoiden haasteita sekä tekijöitä, jotka vaikuttavat hoivavakuutuksen hankkimiseen. Lisäksi toisessa teorialuvussa tarkastellaan hoivavakuutuksen mahdollisuuksia Suomen markkinoilla.

2 VANHUUDEN RISKI JA SEN HALLINTA

2.1 Vanhuuden riski

Vanhuuden riski kuuluu sosiaalisiin riskeihin. Sosiaalisilla riskeillä tarkoitetaan riskejä, jotka ovat yhteiskunnallisesti merkittäviä, toimeentuloa uhkaavia riskejä ja jotka kohdistuvat henkilöihin (Esping-Andersen, 1999). Sosiaaliset riskit voidaan jakaa perinteisiin sosiaalisiin riskeihin sekä uusiin sosiaalisiin riskeihin. Uusilla sosiaalisilla riskeillä tarkoitetaan riskejä, jotka ovat syntyneet työmarkkinoiden ja perhe-elämän muutoksista jälkiteollisen yhteiskunnan kehittymisen seurauksena (Havakka, 2018, 15). Vanhuuden riski voidaan luokitella perinteiseksi sosiaaliseksi riskiksi (Huber & Stephens 2006, 146), mutta toisaalta riski hoivan puutteesta luokitellaan uudeksi sosiaaliseksi riskiksi (Kuusela & Ollikainen 2005, 40–41). Suomessa vanhuuden riski koskee etenkin vanhuuseläkeiässä olevia eikä vanhuuden ajan riskiä voida välttää. Vanhuuden riski ajoittuu työuran jälkeiselle ajalle kuolemaan saakka (Havakka, 2018.)

Vanhuuden aikaisia riskejä ovat toimeentuloriski, hoivan tarpeen riski sekä pitkäaikaissairauksien riskit (Kuusela & Ollikainen, 2005, 39). Toimeentuloriski riippuu keskeisesti eläkkeellä olon pituudesta sekä elatuksen tarpeesta (Kuusela & Ollikainen, 2005, 32). Hoivan tarve riippuu iästä ja sen tarve kasvaa mitä vanhemmasta ihmisestä on kyse (Kauppi, 2015). Vanhuuden riski on pidempikestoisempi naisilla, sillä naiset elävät keskimäärin miehiä pidempään (Havakka, 2018, 48). Vanhuuden riskiä voidaan hallita julkisilla, yksityisillä ja markkinapohjaisilla ratkaisuilla.

Vanhuuden riskiin liittyy keskeisesti ikääntymisen riski ja se on merkittävä sosiaalinen riski etenkin Euroopassa, sillä väestö vanhenee ja vanhusten osuus väestöstä kasvaa (European Commission, 2023, 11). Myös Suomessa ikääntymisen riski on keskeinen, sillä Suomessa oli vuonna 2020 yli 65-vuotiaita 1,29 miljoonaa (Tilastokeskus, 2023). Ikääntymisellä on suuri merkitys yhteiskunnalle, sillä ikääntyessä ihmisen toimintakyky heikkenee ja sairastumisen riski kasvaa ja näiden tekijöiden seurauksena tarve terveystalvuuille kasvaa, mikä vaikuttaa sairausmenoihin niitä kasvattavasti (WHO, 2022). Lisäksi väestön ikääntyminen ja työikäisten määrän väheneminen voivat lisätä työvoimapulaa sekä vaikuttaa yritystoimintaan, tuottavuuteen ja investointeihin (European Commission, 2023, 1).

Väestön ikääntyessä terveydenhuolto-, pitkäaikaishoiva- sekä eläkemenot kasvavat ja näiden seurauksena julkisen sektorin menot kasvavat (European Commission, 2023, 5). Lisäksi väestön ikääntyessä joudutaan tekemään investointeja uusiin vanhennevalle väestölle sopiviin infrastruktuuriratkaisuihin. Julkisen sektorin menojen kasvu vaikuttaa siihen, onko julkisella sektorilla varaa investoida muualle. Jos verotulot vähenevät työikäisen väestön vähentyessä ja väestön ikääntymisen seurauksena menot kasvavat, voi tämä vähentää julkisen sektorin liikkumavaraa muiden menojen osalta (European Commission, 2023, 5). Tällä taas voi olla vaikutusta talouskasvuun ja yhteiskunnan kehitykseen.

Ikääntyminen on riski myös yrityksille, sillä ikääntyessä ihmisen kognitiivinen kyky heikkenee ja uusien asioiden oppimisesta tulee haastavampaa (Blazer et al., 2015). Lallemandin ja Rycxin (2009) tekemässä tutkimuksessa todettiin, että vanhempien työntekijöiden tehokkuus on heikompaa verrattuna nuoriin työntekijöihin. Toisaalta tutkimuksissa on myös osoitettu, että iäkkäät työntekijät voivat vaikuttaa yrityksen tehokkuuteen laskevasti, mutta myös sitä kasvattavasti, eikä tuottavuus ole pelkästään yksittäisten työntekijöiden tuottavuuksien summa (Backes-Gellner & Veen, 2009). On myös esitetty, että vanhemmat työntekijät voivat olla tehokkaampia, sillä heillä on yleensä enemmän työkokemusta ja tietämystä työstä (Mincer, 1974, 65). Ikääntyminen ei siis välttämättä johda suoraan tehokkuuden laskuun, vaan siihen vaikuttavat todennäköisesti monet tekijät, eikä tehokkuuden laskua voida selittää pelkästään ikääntymisellä.

Myös ikääntyessä tapahtuva fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen on riski yrityksille, sillä toimintakyvyn heikentyessä sairauspoissaolot voivat lisääntyä ja työkyvyttömyyden riski kasvaa. Lisäksi osaamisen menetys ja avainhenkilöiden eläköityminen voivat vaikuttaa merkittävästi yrityksen liiketoimintaan, jos yritys menettää eläköitymisen seurauksena arvokasta tietotaitoa.

Väestön ikääntyminen voi aiheuttaa myös riskin alueellisesta eriytymisestä, sillä Suomessa kuntien välinen väestörakenne sekä väestön palvelutarve vaihtelee (Valtiovarainministeriö, 2020, 44). Etenkin pienemmissä kunnissa nuorten ikäluokkien muutto suurempiin kaupunkeihin on ongelma, ja vanhusväestön kasvaessa palveluiden tarjoaminen voi olla haastavaa, mikäli työssäkäyvän väestön osuus kunnassa on pieni ja näin ollen verotulot ovat pienet. Erot kuntien välisissä palveluissa voivat lisätä eriarvoisuutta sekä vähentää sosiaalista yhteenkuuluvuutta.

2.2 Vanhuuden ajan toimeentuloriskin hallinta

Suomessa perinteiset sosiaaliset riskit on lueteltu lainsäädännössä. Perustuslain mukaan ”lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan kuoleman menetyksen perusteella” (Perustuslaki 19 9 § 2 mom). Sosiaalisia riskejä hallitaan Suomessa muun muassa sosiaalivakuutuksen avulla. Sosiaalivakuutukseen kuuluu sairaus-, työttömyys-, työtapaturma- eläke- ja työntekijän ryhmähenkivakuutus (Ritola & Väänänen, 2023, 13). Vanhuuden aikaista toimeentuloriskiä hallitaan Suomessa eläkevakuutuksen kautta. Eläkkeiden pääasiallisena tarkoituksena on vähentää köyhyyttä ja turvata vähimmäistoimeentuloturva vanhuuden ajalle. Tämän lisäksi eläkkeiden avulla voidaan tasoittaa työajan ja eläkeajan välisiä tuloja, jotta totuttua kulutustasoa voidaan ylläpitää myös eläkeiässä (Hinrichs, 2019, 4.) Työelämän jälkeisiin kulutustarpeisiin voi olla vaikea varautua pelkästään yksityisellä säästämällä, sillä eläkeaikaan varautumiseen liittyy paljon riskejä ja epävarmuutta (Tenhunen, 2016, 82). Näin ollen eläkejärjestelmällä on tärkeä rooli toimeentuloriskin hallinnassa.

Eläketurva voi vaihdella eri maiden välillä. Suomen eläkejärjestelmä on pakollinen ja eläke perustuu työstä saatuihin ansioihin (Havakka, 2018, 91). Suomessa eläkejärjestelmä jaetaan kolmeen eri pilariin (Eläketurvakeskus). Ensimmäisen pilarin muodostaa lakisääteinen eläketurva, johon kuuluvat kansaneläke- ja työeläkejärjestelmät (Eläketurvakeskus, 2023a). Työeläkettä kertyy 16–67-vuotiaana tehdystä työstä ja eläkettä kertyy tietyn määritellyn prosentin mukaisesti. Työeläkkeiden tehtävänä on säilyttää kohtuullinen toimeentulo verrattuna eläkettä edeltäviin ansioihin (Tenhunen & Vaitinen, 2016, 20.) Mikäli työeläke jää pieneksi, Kela maksaa kansaneläkettä täydentämään toimeentuloa. Jos eläkettä ei ole kertynyt lainkaan, turvataan vanhuuden aikainen toimeentulo takuueläkkeellä (Ritola & Väänänen, 2023, 25.) Toisen pilarin Suomen eläkejärjestelmässä muodostavat työala- ja työnantajakohtaiset eläkejärjestelyt, joista esimerkkinä ovat ryhmäeläkevakuutukset. Kolmannen pilarin muodostaa yksityinen vapaaehtoiseen säästämiseen perustuva eläkeajan lisäturva, jolla kuluttajat voivat täydentää eläketurvaansa (Tenhunen, 2016, 54.)

Vuonna 2023 keskimääräinen kokonaiseläke oli 1869 euroa kuukaudessa (eläketurvakeskus, 2023b). Naisten työeläkkeet ovat pienempiä kuin miesten työeläkkeet. Eroa selittää muun muassa miesten pidempi työura sekä korkeampi palkkataso (Eläketurvakeskus, 2023a.) Eläkkeiden ostovoiman säilyminen pyritään varmistamaan indeksoinnilla (Tenhunen, 2016, 72). Erilaisia

eläkeindeksejä ovat työeläkeindeksi, kansaneläkeindeksi sekä palkkakerroin (Ritola & Väänänen, 2023, 31). Suomessa palkkatason muutos otetaan huomioon palkkakertoimella ja sen painoarvo eläkkeiden korotuksissa on tällä hetkellä 80 prosenttia, kun taas toteutuneen hintatason muutos on 20 prosenttia (Ritola & Väänänen, 2023, 31).

Vanhuuden aikainen toimeentulo on siis turvattu eläkkeillä, ja lisäksi eläkkeensaaja voi saada asumistukea, eläkkeensaajan hoitotukea sekä lapsikorotusta (Havakka, 2017, 99). Eliniänodotteen kasvu ja työkäisten määrän väheneminen aiheuttavat kuitenkin haasteita eläkejärjestelmälle. Syntyvyyden vähentyessä ikäluokat ovat yhä pienempiä, mikä voi aiheuttaa tulevaisuudessa haasteita eläketurvan rahoittamiselle ja tarpeen uudistaa järjestelmää (Ritola & Väänänen 2023, 13). Vuonna 2005 eläkejärjestelmää uudistettiin ja uudistuksen myötä käyttöön tuli elinaikakerroin. Elinaikakerroin rajoittaa eliniän kasvusta aiheutuvia eläkekustannuksia, sillä sen myötä maksettavan eläkkeen määrä kuukaudessa pienenee, mikäli elinajanodote kasvaa (Ritola & Väänänen, 2023, 30.) Tällä pyritään myös kannustamaan ihmisiä jatkamaan työntekoa pidempään.

2.3 Vanhuuden ajan hoivariskin hallinta

Väestön vanhetessa terveydenhuollon ja hoivapalveluiden menot kasvavat (Kuusela & Ollikainen, 2005, 50). Tällä hetkellä vanhuspalveluiden tarjoaminen on Suomessa hyvinvointialueiden vastuulla, ja niiden on toteutettava palvelu niin, että se vastaa iäkkään henkilön sen hetkisiä tarpeita (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012 14 §). Hyvinvointialueet voivat tuottaa palvelut itse, ostaa ne yksityisiltä palveluntuottajilta tai muilta hyvinvointialueilta (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023a). Suomessa on tarjolla myös yksityisiä vanhuspalveluita, jotka rahoitetaan pääosin yksityisin varoin (Järvinen, 2004, 196). Näiden lisäksi epävirallisella avulla eli omaisten ja läheisten tarjoamalla hoivalla on tärkeä rooli hoivan tarjoamisessa. Läheisten tarjoamaa hoivaa pyritään tukemaan maksamalla omaishoidon tukea (Järvinen, 2004 197).

Ikääntyneille tarjotaan palveluita, joilla pyritään edistämään hyvinvointia. Tällaisia palveluita ovat muun muassa terveystarkastukset, kotikäynnit sekä neuvontapalvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023b). Lisäksi ikääntyneille on tarjolla terveystalvueluita, kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Ikääntymiseen liittyy keskeisesti tiettyjen pitkäaikaissairauksien

yleistyminen, ja edellä mainituilla palveluilla voidaan vaikuttaa kyseisten sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon.

Hoivariskin suuruuteen voidaan vaikuttaa myös elintavoilla. Elintavoilla on vaikutusta tiettyjen pitkäaikaissairauksien kehittymiseen, ja terveellisillä elintavoilla voidaan edesauttaa muun muassa verenkiertoelimistön hyvinvointia sekä ennaltaehkäistä tiettyjä syöpiä (National Research Council, 1989). Etenkin liikunnalla voidaan vaikuttaa toimintakykyyn. Tutkimuksissa on osoitettu, että riski toimintakyvyn heikkenemiselle on suurempi niillä, jotka eivät harrasta liikuntaa (Paterson, 2010). Liikunnan avulla toimintakyvyn heikkenemisen riskiä on mahdollista vähentää jopa 50 prosenttia (Boyle, 2007). Liikunta on siis yksi merkittävimmistä tavoista ylläpitää toimintakykyä ja näin ollen pienentää myös hoivariskin suuruutta. Toimintakyvyn pysyessä hyvänä myös riski ulkopuoliselle hoivan tarpeelle on vähäisempi.

Ikääntyneille tarjotaan myös erilaisia asumispalveluja, joiden järjestäminen on hyvinvointialueiden vastuulla (Valvira, 2024). Hoivapalveluihin luetaan sekä avohoito että laitoshoido (Järvinen, 2004, 196) Asumispalveluilla pyritään varmistamaan asuminen henkilöille, jotka tarvitsevat tukea ja palveluita. Julkisia hoivapalveluita tarjotaan tarveharkintaisesti, eli tarjonnassa otetaan huomioon toimintakyky, läheisten mahdollisuus tarjota hoivapalveluita sekä kotiolosuhteet (Järvinen, 2004, 197.) Keskeisiä asumispalveluita ovat tuettu asuminen, yhteisöllinen asuminen sekä ympärivuorokautinen palveluasuminen (Valvira, 2024). Tarvittaessa voidaan myös tarjota taloudellista apua asunnon muutostöihin, jotta kotona asuminen olisi turvallista (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023a). Mikäli ikääntynyt henkilö tarvitsee tukea yksin asumiseen, voidaan tämä varmistaa sosiaaliohjauksella. Toimintakyvyn heikentyessä ikääntyneelle voidaan tarjota yhteisöllistä asumista, missä asiakkaalla on asunto esteettömässä asumisyksikössä. Ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ikääntynyt asuu asumisyksikössä, jossa henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Edellä mainittuja asumispalveluja tuottavat sekä hyvinvointialueet että yksityiset yrittäjät ja järjestöt. Palvelut ovat maksullisia, ja hyvinvointialueen järjestämässä palveluissa maksut ovat tulosidonnaisia (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023c.)

Ikäkkäät voivat saada myös kotihoidon palveluita tukemaan jokapäiväistä elämää, mikäli toimintakyky on alentunut. Kotihoidon palveluita ovat muun muassa ateriapalvelu, siivouspalvelu sekä vaatehuoltopalvelu. Kotihoidon palvelut voi järjestää joko hyvinvointialue tai ne voidaan ostaa yksityisiltä palveluntuottajilta (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023a.) Mikäli riittävää hoitoa ei voi

järjestää asiakkaan omassa kodissa, hoiva voidaan järjestää laitoksessa. Laitoshoito voi olla joko lyhytaikaista tai se voi jatkua pidempään. Pitkäaikaishoitoon sisältyy muun muassa hoito, ravinto, lääkkeet sekä vaatetus. Pitkäaikaisen laitoshoidon maksu määräytyy asiakkaan maksukyvyn mukaan, kun taas lyhytaikaisesta hoidosta peritään hoitopäivämaksu (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2023c.)

2.4 Hoivapalveluiden tarve tulevaisuudessa

Euroopassa elinajanodote on kasvanut jo yli 50 vuoden ajan ja ihmiset elävät aiempaa pidempään (European Commission, 2023, 1). Samanaikaisesti syntyvyys on kuitenkin laskenut, ja työikäisten määrä on laskussa. Pitkän aikavälin trendinä on väestön vanheneminen, ja vuonna 2021 Euroopan unionin väestöstä yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 20,8 prosenttia. Vanhusten osuuden väestöstä on ennustettu kasvavan, ja vuonna 2050 yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä on arvioitu nousevan 30 prosenttiin (European Commission, 2023, 11.) Sen sijaan nuorten osuus Euroopan unionin väestöstä on laskenut ja sen odotetaan laskevan myös tulevaisuudessa. Vuonna 2021 15–29-vuotiaiden osuus Euroopan unionin väestöstä oli noin 16,3 prosenttia (European Commission, 2023, 11).

Väestö vanhenee myös Suomessa, ja väestöllisen huoltosuhteen on ennustettu vuonna olevan 71 vuonna 2050 (Tilastokeskus, 2021). Väestöllisellä huoltosuhteella tarkoitetaan vanhuseläkeikäisten ja lasten määrän suhdetta työikäisten määrään (Tilastokeskus, 2013). Tämän lisäksi Suomessa työikäisten määrä vähenee ja työikäisten osuuden koko väestöstä on ennustettu olevan 57 prosenttia vuonna 2060 (Tilastokeskus, 2021). Tällä hetkellä hoivapalvelut rahoitetaan Suomessa pääosin verovaroin, ja sosiaalimenojen ja verojen suhde bruttokansantuotteeseen on korkea (Kalliomaa-Puha, 2015). Työikäisten määrän väheneminen ja vanhusten määrän kasvu aiheuttavat kuitenkin haasteita julkisen sektorin menojen rahoittamiselle, sillä työikäisen väestön vähentyessä myös veronmaksajia on vähemmän. Kuitenkin tarve hoivapalveluille kasvaa, sillä ikääntynyt väestö tarvitsee enemmän terveyspalveluita ja pitkäaikaishoidon tarve etenkin viimeisinä elinvuosina kasvaa (Kauppi, 2015).

Hoivapalveluiden tarve kasvaa myös sen myötä, että yksinasuvien talouksien määrä on kasvussa. Vuonna 2019 yksinasuvia yli 65-vuotiaita oli Euroopassa jo 28,5 miljoonaa (European Commission, 2023, 13). Euroopan komission tekemän katsauksen mukaan lähes 40 prosenttia yli 65-vuotiaista naisista asui yksin vuonna 2021, kun taas vastaava luku miesten osalta oli 20 prosenttia. Eroa selittää se, että naisten elinajanodote on pidempi verrattuna miehiin (WHO, 2020). Myös Suomessa

yksinasuvien määrä on kasvussa. Vuonna 2022 Suomessa oli yksin asuvia 1,3 miljoonaa, joista 45 prosenttia oli 60 vuotta täyttäneitä (Tilastokeskus, 2022).

Väestörakenteen muutosten seurauksena pitkäaikaisten hoivapalveluiden tarve kasvaa ja muun muassa geriatriksen hoidon tarve sekä siihen liittyvien lääkkeiden kysyntä tulee tulevaisuudessa kasvamaan (European commission, 2023, 4). Terveystuollon, pitkäaikaishoivan ja eläkkeiden kustannukset suhteutettuna bruttokansantuotteeseen olivat vuonna 2019 arviolta 24,6 prosenttia, mutta Euroopan komission arvion mukaan luku tulee kasvamaan vuoteen 2040 mennessä 27 prosenttiin. Suomessa vuonna 2021 sosiaalimenot olivat noin 31,2 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen (THL, 2023). Sosiaaliturvan kokonaismenoista 42 prosenttia oli ikääntymiseen liittyviä menoja ja ikääntymiseen liittyvät menot ovat olleet kasvussa viime vuosina. Vanhuuteen liittyvien menojen kasvua selittää muun muassa väestön vanheneminen sekä eläkkeiden nousu (THL, 2023.)

Hoivapalveluiden tarve tulee siis kasvamaan tulevaisuudessa, sillä väestö vanhenee. Vanheneva väestö tarvitsee terveys- ja hoivapalveluita enemmän, ja jotta voidaan varmistaa kansalaisten yhdenvertainen mahdollisuus saada laadukasta hoivaa, täytyy pohtia uusia ratkaisuja hoivan järjestämiseksi.

3 HOIVAVAKUUTUS

3.1 Hoivavakuutus tuotteena

Hoivavakuutuksella tarkoitetaan toimintakyvyn heikkenemisen varalta hankittua vakuutusta, joka tarjoaa turvaa vanhuuden varalle (Valkonen, 2012). Hoivavakuutus voi korvata pitkäaikaisen hoivan kustannuksia, joita aiheutuu toimintakyvyn heikentymisestä. Pitkäaikaisen hoivan kustannuksia ovat muun muassa laitoshoidosta ja kotihoidosta aiheutuvat kustannukset. Hoivavakuutuksilla voidaan täydentää julkisia palveluita tai hoivavakuutus voi korvata niitä (OECD, 2011). Tyypillisesti hoivavakuutuksesta aletaan maksamaan korvauksia, kun vakuutettu ei enää suoriudu päivittäisistä toiminnoistaan, kuten syömisessä, pukeutumisessa tai peseytymisessä (Cramer & Jensen, 2006).

Hoivavakuutus voi olla joko pakollinen tai vapaaehtoinen ja hoivavakuutus voidaan järjestää julkisen sektorin toimesta tai yksityisillä hoivavakuutuksilla (Chen, 2020). Esimerkiksi Saksassa ja Alankomaissa on julkisesti rahoitettu hoivavakuutus, mutta hoivavakuutuksen kattavuus, ehdot ja epävirallisen hoivan rooli vaihtelevat (Bakx, 2015). Saksassa julkinen hoivavakuutus kattaa noin 90 prosenttia väestöstä, ja hyvätuloiset saattavat joutua ottamaan pakollisen yksityisen hoivavakuutuksen, jossa on samat ehdot kuin julkisessa hoivavakuutuksessa (Bakx, 2015). Alankomaissa julkinen hoivavakuutus kattaa koko väestön. Julkisen hoivavakuutuksen rahoittaminen on kuitenkin haasteellista, ja esimerkiksi Saksassa rahoitusongelmia on pyritty ratkaisemaan muun muassa maksuja korottamalla (Chen, 2020.)

Hoivavakuutukset vaihtelevat maittain, sillä eri maiden sosiaaliturvajärjestelmät eroavat toisistaan ja näin ollen myös hoivavakuutuksen tarve vaihtelee. Yhdysvalloissa hoivavakuutuksella korvataan julkisia palveluita, kun taas Ranskassa hoivavakuutus täydentää julkisen sektorin tarjoamia palveluita (OECD, 2011). Yhdysvalloissa Medicaid-sairausvakuutusjärjestelmä kattaa tällä hetkellä suurimman osan pitkäaikaisen hoivan kuluista, mutta se on suunnattu vähävaraisille. Vain neljä prosenttia pitkäaikaisen hoivan kuluista rahoitetaan yksityisten hoivavakuutusten toimesta, kun taas kolmasosa hoivan kustannuksista maksetaan omakustanteisesti (Brown & Finkelstein, 2009.) Yhdysvalloissa yksityisen hoivavakuutuksen tehtävänä on siis korvata toimintakyvyn heikentymisen seurauksena syntyneitä kustannuksia, kuten kotihoidosta aiheutuneet kustannukset. Ranskassa hoivavakuutuksen rooli on julkista sektoria täydentävä, ja hoivavakuutus sopimukset voivat olla joko yksilöllisiä tai kollektiivisia. Ranskassa hoivavakuutuksesta maksetaan korvauksia toimintakyvyn aleneman

perusteella, eikä hoivasta aiheutuneiden kustannusten perusteella, kuten Yhdysvalloissa (Courpage, 2008.)

On olemassa myös korvaavuodeltaan erilaisia hoivavakuutuksia. Noin kolme neljäsosaa Yhdysvalloissa olemassa olevista vakuutuksista korvaa sekä kotihoidon että hoidon hoivakodissa, mutta osa vakuutuksista ei korvaa kotihoidosta aiheutuneita kustannuksia (Brown & Finkelstein, 2007). Useimmissa hoivavakuutuksissa on omavastuuajalla, jonka jälkeen korvauksia aletaan maksamaan. Omavastuuajalla pyritään estämään moraalikatoa (Valkonen, 2012). Lisäksi se, kauanko hoivavakuutuksesta maksetaan korvauksia voi vaihdella. Useimmiten hoivavakuutuksissa korvauksia maksetaan noin 1–5 vuotta, mutta toisaalta kolmasosassa hoivavakuutuksista korvauksia maksetaan koko elinajalta (Brown & Finkelstein, 2007). Brownin ja Finkelsteinin (2007) mukaan hoivavakuutuksen vakuutusmaksutaso määritellään iän ja terveyden perusteella, eikä sukupuoli vaikuta maksutasoon. Hoivavakuutuksen vakuutusmaksutaso pysyy yleensä ennallaan, vaikka vakuutuksenottajan terveydentila muuttuisi. Vakuutusmaksutasoa voidaan kuitenkin muuttaa tietyin ehdoin (Brown & Finkelstein, 2004).

Etenkin maissa, joissa julkinen sektori ei järjestä vanhuuden ajan hoivaa, voi hoivavakuutuksen ottaminen olla kannattavaa. Hoivavakuutuksen avulla voidaan turvata yksilön varallisuutta, kun pitkäaikaishoidon kustannukset korvataan vakuutuksesta eikä yksilön näin ollen tarvitse myydä omaa varallisuutta hoivan maksamiseksi tai Medicaid-järjestelmän piiriin pääsemiseksi. Lisäksi hoivavakuutus voi tarjota mahdollisuuden vaikuttaa omaan vanhuuden ajan hoivaan, mikäli sille tulee tarve (Cramer & Jensen, 2006.)

3.2 Hoivavakuutusmarkkinoiden ongelmat

Hoivavakuutusmarkkinat ovat useassa maassa alikehittyneet (Costa-Font, 2012). Esimerkiksi Yhdysvalloissa vain 14 prosentilla yli 60-vuotiaista on hoivavakuutus (Brown & Finkelstein, 2011). Tarve hoivavakuutukselle olisi kuitenkin suuri, sillä kuten Euroopassakin, myös Yhdysvalloissa väestö ikääntyy ja tarve hoivapalveluille kasvaa. Pitkäaikaisesta hoivasta aiheutuva taloudellinen riski onkin yksi suurimmista vakuuttamattomista riskeistä Yhdysvalloissa (Brown & Finkelstein, 2007). Alikehittyneitä hoivavakuutusmarkkinoita on selitetty sekä tarjontapuolen että kysyntäpuolen tekijöillä. Esimerkiksi epäsymmetrinen informaatio, transaktiokustannukset sekä kuluttajien

tietämättömyys omasta hoivariskistä selittävät markkinoiden epäonnistumista (Brown & Finkelstein, 2007.)

Transaktiokustannuksilla tarkoitetaan kustannuksia, joita aiheutuu muun muassa korvauskäsittelystä sekä vakuutusmyynnistä (Brown & Finkelstein, 2007). Nämä kustannukset voivat vaikuttaa vakuutusten hintoja nostavasti ja näin ollen vaikuttaa myös hoivavakuutusten kysyntään. Lisäksi markkinoiden epäonnistumista selittävät vakuutus sopimuksiin liittyvät tekijät. Mikäli asiakkaan riskin muuttuessa sopimusta ei muuteta, vaikuttaa tämä vakuutusmaksutasoon. Vähäriskisille asiakkaille vakuutusmaksutaso voi olla liian korkea suhteessa riskiin, mikä johtaa heidän poisjättäytymiseensä markkinoilta (Hendel & Lizzeri, 2003.) Myös epätäydellinen kilpailu selittää hoivavakuutusmarkkinoiden epäonnistumista, sillä mitä vähemmän on kilpailua, sitä korkeampia hintoja vakuutuksista voidaan pyytää (Brown & Finkelstein, 2007).

Hoivavakuutusmarkkinoiden epäonnistumista on selitetty myös epäsymmetrisellä informaatiolla, johon liittyy keskeisesti haitallinen valikoituminen sekä moraalikato (Brown & Finkelstein, 2007). Moraalikadolla tarkoitetaan sitä, että vakuutuksenottajan käytös muuttuu vakuutuksen hankkimisen jälkeen vakuutusyhtiön kannalta epäedulliseksi. Tämän seurauksena riski hoivan tarpeelle voi kasvaa (Cohen, 2009.) Haitallisella valikoitumisella tarkoitetaan sitä, että vakuutuksenottajalla on enemmän tietoa omasta riskistään kuin vakuutuksenantajalla, ja tämän seurauksena vakuutusyhtiön asiakkaiksi saattaa valikoitua ei-toivottuja asiakkaita, joiden riskitaso on vakuutusmaksuun nähden liian korkea (Cohen, 2009). Tämä taas voi johtaa hoivavakuutusmarkkinoilla siihen, että hoivavakuutusten vakuutusmaksutasoa joudutaan nostamaan, ja vakuutuksen hinta voi asettua populaatioon nähden liian korkeaksi (Brown & Finkelstein, 2007). Toisaalta Finkelsteinin ja McGarryn (2006) tekemässä tutkimuksessa todettiin, että haitallinen valikoituminen ei välttämättä ole ongelma, sillä hoivavakuutuksen ottajiksi hakeutui sekä normaalia riskipitoisempia asiakkaita että asiakkaita, joilla riskipitoisuus on normaalia alhaisempi.

Boyerin (2017) mukaan myös perheen tuella voi olla vaikutusta hoivavakuutuksen kysyntään. Hänen mukaansa sekä virallinen että epävirallinen perheen tuki vaikuttaa voivat vaikuttaa kysyntään. Virallisella tuella tarkoitetaan rahallista apua, kun taas epävirallisella tuella tarkoitetaan konkreettista avun tarjoamista esimerkiksi päivittäisissä askareissa (Boyer, 2017). Myös Brownin (2011) mukaan perheen tarjoamalla avulla on vaikutusta hoivavakuutusten kysyntään ja mikäli omaishoivaa on saatavilla, ei hoivavakuutusta nähdä välttämättä tarpeellisena. Vähäistä kysyntää on lisäksi selitetty

sillä, että kuluttajat arvioivat oman todennäköisyytensä hoivan tarpeelle alhaiseksi, eikä hoivavakuutukselle nähdä tarvetta (Zhou-Richter, 2010). Myös Finkelstein ja McGarry (2006) totesivat tutkimuksessaan, että pitkäaikaishoidon tarve arvioidaan väärin omaan riskitasoon nähden. Kun kuluttajien tietoa omasta hoivariskistä kasvatettiin, hoivavakuutusten kysyntä kasvoi (Zhou-Richter, 2010).

Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi vähäistä kysyntää on selitetty sillä, etteivät kuluttajat ole tietoisia hoivavakuutustuotteesta (Boyer, 2017). Kuluttajat saattavat myös ajatella, että muut vakuutukset korvaavat pitkäaikaishoidosta aiheutuneet kustannukset, vaikka todellisuudessa näin ei ole (Cramer & Jensen, 2006). Lisäksi julkisen sektorin rooli vaikuttaa kysyntään ja mikäli kuluttajat luottavat julkisen sektorin kattavan suurimman osan pitkäaikaishoidon kustannuksista, ei hoivavakuutukselle nähdä tarvetta (Brown, 2011).

Yhteenvedona voidaan todeta, että alikehittyneitä hoivavakuutusmarkkinoita selittävät useat eri monimutkaiset tekijät. Transaktiokustannukset, epäsymmetrinen informaatio, kilpailun puute ja kuluttajien käsitykset hoivavakuutustuotteesta muodostavat haasteen hoivavakuutusmarkkinan kehittymiselle, ja näitä tekijöitä parantamalla voitaisiin edistää hoivavakuutusten kysyntää ja tarjontaa. Hoivavakuutus tarjoaisi turvaa vanhuuden ajalle, ja se olisi tarpeellinen etenkin maissa, joissa vanhuuden aikaista hoivaa ei kustanneta julkisen sektorin toimesta.

3.3 Hoivavakuutuksen hankkimiseen vaikuttavat tekijät

Vaikka väestö vanhenee ja tarve hoivapalveluille kasvaa, hoivavakuutuksen ottajia on silti vähän ja kysyntä on suhteellisen vähäistä (Meier & Volker, 1999). Cohen, Kumar ja Wallack (1992) totesivat tutkimuksessaan, että hoivavakuutuksen omistavat ovat todennäköisemmin naisia, yliopiston käyneitä, naimisissa ja varakkaampia verrattuna muuhun väestöön. Samankaltaisia tuloksia on saatu myös muissa tutkimuksissa, ja koulutustasolla on todettu olevan vaikutusta hoivavakuutuksen hankkimiseen (Chatterjee & Fan, 2017; Cramer & Jensen, 2006). Hoivavakuutuksen hankkimiseen vaikuttavat myös muut tekijät, kuten vakuutuksenottajan varallisuus, riskinkantokyky sekä julkisen sektorin tarjoamat palvelut.

Tutkimuksissa on saatu risteäviä tuloksia varallisuuden vaikutuksesta hoivavakuutuksen hankkimiselle. Cohenin, Kumarin ja Wallackin (1992) tekemässä tutkimuksessa osoitettiin, että

varallisuus ei ollut keskeisin tekijä hoivavakuutusta hankittaessa, vaikka hoivavakuutus olikin todennäköisemmin hyvätuloisilla. Toisaalta taas Cramerin ja Jensenin (2006) tekemässä tutkimuksessa osoitettiin, että hinta vaikutti keskeisesti hoivavakuutuksen ostopäätökseen, ja tuloilla oli merkittävä vaikutus hoivavakuutuksen hankkimiselle. Hoivavakuutus oli yleisempi niillä, joilla oli suuremmat tulot. Kyseisessä tutkimuksessa osoitettiin myös, että kysyntä oli joustamatonta hinnan suhteen, eikä kysyntä noussut merkittävästi, vaikka vakuutusmaksutasoa laskettiin (Cramer & Jensen, 2006).

Hoivavakuutuksen ottajat ovat tyypillisesti 55–75-vuotiaita (Scanlon, 1992). Hoivavakuutuksen hinta määräytyy osittain iän perusteella, joten hoivavakuutusmaksut ovat sitä kalliimpia, mitä myöhemmin hoivavakuutus hankitaan. Hoivavakuutus on kuitenkin suhteellisen harvinainen nuorten keskuudessa. Hoivavakuutus hankitaan yleensä vasta myöhemmällä iällä muun muassa sen vuoksi, että tällöin tulevaisuudessa tarvittava hoivan tarve on selkeämmin hahmotettavissa (Meier & Volker, 1999.) Nuorten keskuudessa hoivavakuutusta ei välttämättä nähdä kannattavana, mikäli riski toimintakyvyn menettämiselle on pieni. Vaikka hoivavakuutus on yleisempi vanhemmilla ikäluokilla, Chatterjeen ja Fanin (2017) tekemässä tutkimuksessa ei voitu osoittaa, että vanhemmat ikäluokat osallistuisivat aktiivisemmin hoivavakuutusmarkkinoille.

On tutkittu, että hoivavakuutuksen omistavat todennäköisemmin yksilöt, joiden tarve hoivan tarpeelle viiden vuoden sisällä vakuutuksen ottamisesta on todennäköisempää (Chatterjee & Fan, 2017). Lisäksi hoivavakuutus on todennäköisemmin yksilöillä, joilla on muitakin vapaaehtoisia vakuutuksia (Chatterjee & Fan, 2017). Näin ollen yksilöt, jotka ovat riskiä kaihtavia, omistavat todennäköisemmin hoivavakuutuksen. Lisäksi hoivavakuutuksen hankkimiseen vaikuttaa se, miten kuluttajat suhtautuvat ulkopuoliseen hoivan tarpeeseen. Eräässä tutkimuksessa havaittiin, että yksi isoimmista syistä hoivavakuutuksen hankkimiselle oli se, ettei haluttu olla riippuvaisia muista ihmisistä (Cohen, 1992).

Myös asenteilla ja kuluttajien henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on vaikutusta siihen, ottavatko kuluttajat hoivavakuutusta (Cohen, 1992). Esimerkiksi riskitietoisuus, asenteet vakuutusyhtiötä kohtaan sekä uskomukset siitä, tulisiko julkisen sektorin järjestää vanhuuden ajan hoiva vaikuttavat siihen, otetaanko hoivavakuutusta. Mikäli tietämys omasta hoivariskin suuruudesta on heikkoa, on epätodennäköistä, että kuluttajalla on hoivavakuutusta (Cohen, 1992). Lisäksi tietämättömyys hoivavakuutuksista ja sen hyödyllisyydestä vaikuttaa siihen, otetaanko hoivavakuutusta. Mikäli kuluttajalla ei ole tietoa kyseisestä vakuutustuotteesta, on epätodennäköistä, että sellainen

hankittaisiin (Chatterjee & Fan, 2017). Myös tietämyksellä julkisen sektorin tuottamista ja tarjoamista palveluista oli vaikutusta siihen, oliko henkilöllä hoivavakuutusta. Erään tutkimuksen mukaan niillä, joilla ei ollut hoivavakuutusta oli kaksinkertainen todennäköisyys uskoa julkisen sektorin kattavan hoivasta aiheutuneet kustannukset verrattuna niihin, joilla oli hoivavakuutus (Cohen, 1992). Näin ollen virheelliset uskomukset julkisen sektorin tarjoamasta turvasta voivat johtaa siihen, että hoivavakuutusta ei hankita.

3.4 Hoivavakuutuksen potentiaali Suomessa

Suomessa ei ole tällä hetkellä saatavilla hoivavakuutusta. Väestön vanheneminen ja julkisen sektorin kustannusten kasvu kuitenkin lisäävät tarvetta uusille ratkaisuille. Mikäli yksityinen hoivavakuutus tulisi Suomen markkinoille, siirtäisi tämä vastuuta hoivan tarjoamisesta enemmän yksityiselle sektorille. Lisäksi hoivavakuutus kasvattaisi yksilöiden vastuuta omasta hyvinvoinnistaan (Järvinen, 2004, 197.) Yksityisten hoivavakuutusmarkkinoiden syntymiseen vaikuttaa keskeisesti julkisen sektorin rooli hoivapalveluiden tarjoamisessa sekä lainsäädännön vakuutusmarkkinoille asettamat velvoitteet (Valkonen, 2012). Vakuutusmarkkinoiden kehittymiseen vaikuttaa myös kotitalouksien käytettävissä olevat tulot sekä finanssilukutaito (Valkonen, 2012). Yksityisten hoivavakuutusmarkkinoiden kehittymisen kannalta on myös olennaista, että julkisen sektorin rooli hoivan järjestämisessä on selkeä, eikä mahdollisia hoivavakuutuksesta maksettavia vakuutuskorvauksia katsota tuloiksi, kun lasketaan hyvinvointialueiden järjestämien hoivapalveluiden maksutasoa (Valkonen, 2012).

Tällä hetkellä vanhuuden ajan hoivapalvelut rahoitetaan pääasiassa verovaroin, mutta mikäli vanhuudesta aiheutuvat menot jatkavat kasvuaan, on pohdittava myös uusia ratkaisuja hoivan rahoittamiseksi. Hoivavakuutusta on mietitty yhtenä ratkaisuna kasvaneeseen hoivan tarpeeseen, mutta hoivavakuutuksen markkinoille tuloon liittyy kuitenkin myös haasteita. Erityisesti kysymykset kansalaisten yhdenvertaisuudesta ovat keskeisiä, sillä vapaaehtoinen hoivavakuutus saattaisi olla mahdollinen vain hyvätuloisille. Mikäli hoivavakuutus yleistyisi hyvätuloisten keskuudessa, saattaisi verovaroin rahoitettujen hoivapalveluiden laatu laskea entisestään. Hoivavakuutusten tarve saattaisi kuitenkin olla suurin juuri matalimmissa tuloluokissa, sillä esimerkiksi pitkäaikaissairaudet ovat yleisempiä alhaisemmissa sosiaaliekonomisissa luokissa (Koponen & Alha, 2006).

Vakuutusyhtiöiden näkökulmasta hoivavakuutuksen ongelmina voivat olla jo aiemmin mainittu asiakkaiden haitallinen valikoituminen sekä moraalikato, mutta myös pitkäaikaisen hoivan tarpeen arviointi voi olla haastavaa. Mikäli väestön toimintakyky- tai elinajanodote muuttuu, voi vakuutusyhtiöiden olla vaikeaa varautua kasvaneisiin hoivariskeihin (Valkonen, 2012). Riski hoivariskien kasvusta tulevaisuudessa välittyisi todennäköisesti hoivavakuutuksen hintoihin ja saattaisi myös johtaa vakuutusmaksutason korottamiseen jälkikäteen (Valkonen, 2012). Tällä hetkellä Suomessa hoivavakuutuksista ei säädetä laissa. Mikäli hoivavakuutus tulisi markkinoille, vaikuttaisi lainsäädäntö tai sen puuttuminen todennäköisesti myös markkinoiden kehittymiseen. Yhdysvalloissa hoivavakuutusmarkkinat ovat olleet pitkälti reguloimattomat, mutta viime aikoina regulaatiota on lisätty ja etenkin vakuutusmaksutason muuttamiselle on asetettu tarkat ehdot (Brown & Finkelstein, 2004).

Vapaaehtoinen hoivavakuutus voisi olla joko riskivakuutus, säästövakuutus tai näiden yhdistelmä eli rahastoiva riskivakuutus (Järvinen, 2004, 197). Riskivakuutuksella tarkoitetaan vakuutusta, jossa vakuutuksenottajat maksavat vakuutusmaksuja oman riskitasonsa mukaan ja tällaisia on tarjolla esimerkiksi Ranskassa ja Yhdysvalloissa (Järvinen, 2004, 197). Riskin toteuduttua vakuutusyhtiöt maksavat vakuutusehtojen mukaisesti korvauksia vakuutuksenottajalle. Sen sijaan säästövakuutuksissa vakuutuksenottajat saavat vakuutustapahtuman sattuessa säästöjänsä ja tuottojen suuruisen korvauksen (Järvinen, 2004, 197). Säästöhenkivakuutukset ovat vakuutusyhtiöille käytännössä riskittömiä, sillä maksettava korvaus riippuu täysin vakuutuksenottajan säästäneestä summasta ja sille kertyneistä tuotoista.

Suomessa vanhuksilla on aiempaa enemmän varallisuutta (Valkonen, 2012). Vanhusväestön varallisuuden kasvu voi mahdollistaa hoivavakuutusten kysynnän myös ikääntyneiden keskuudessa. Hoivavakuutuksen avulla voitaisiin hankkia lisäturvaa vanhuuden ajalle sekä parantaa hoivapalveluiden laatua ja saatavuutta (Järvinen, 2004, 197). Elintason nousun myötä vaatimukset hoivan laadulle lisääntyvät, ja tämä voi edesauttaa hoivavakuutusten menestymistä myös Suomessa. Hoivavakuutuksen kysyntään vaikuttaa keskeisesti myös se, onko tarjolla omaishoivaa (Pauly, 1990). Yksin asuvien vanhusten määrän kasvu voi lisätä tarvetta ulkopuoliselle avun tarpeelle ja näin ollen lisätä hoivavakuutusten kysyntää.

Hoivavakuutukset voisivat myös keventää julkisen sektorin taakkaa palveluiden järjestämisessä, jos osa hoivan tarpeesta rahoitettaisiin yksityisin varoin. Lisäksi hoivavakuutus mahdollistaisi

monipuolisemman tavan rahoittaa ja järjestää vanhuuden ajan hoiva (Järvinen, 2004, 197). Hoivavakuutuksen houkuttelevuutta voidaan parantaa muun muassa erilaisten taloudellisten kannustimien avulla. Esimerkiksi Yhdysvalloissa hoivavakuutusmaksut ovat verovähennyskelpoisia (Courtemanche & He, 2009).

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

4.1 Aineiston esittely ja kuvaus

Tutkielman empiriaosuutta varten kerättiin kyselyaineisto käyttäen Microsoft Forms -kyselylomaketta. Kyselyyn kerättiin vastauksia 15.2.2024-9.3.2024 välisellä ajalla. Kyselylomake julkaistiin yhdeksässä eri Facebook-ryhmässä: *Vantaan Puskaradio*, *Puskaradio Turku*, *PuskaRario Tampere – Puskaradio*, *Puskaradio Jyväskylä*, *Puskaradio Hämeenlinna*, *Vaasan julkinen Puskaradio*, *Kuopion Puskaradio*, *Puskaradio Espoo sekä Puskaradio – Rovaniemi*. Vastauksia kyselyyn tuli yhteensä 227. Kyselyssä oli kaksi avointa kysymystä, joihin vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyn ensimmäiseen avoimeen kysymykseen tuli vastauksia 105 ja toiseen 118.

Kysely koostui neljästä osiosta, joista kolmessa osiossa hyödynnettiin Likert-asteikkoa. Kyselyn ensimmäisessä, toisessa ja kolmannessa osiossa vastaajia pyydettiin vastaamaan esitettyihin väittämiin mielipiteen mukaisesti Likert-asteikolla 1–5. Kyselyn neljäs osio koostui kahdesta avoimesta kysymyksestä, ja niihin vastaaminen oli vapaaehtoista. Ensimmäinen osio keskittyi selvittämään kuluttajien näkemyksiä nykytilanteesta sekä julkisen sektorin roolista, ja se koostui viidestä väittämästä. Kyselyn toisessa osiossa selvitettiin kuluttajien näkemyksiä vapaaehtoisesta hoivavakuutuksesta ja osiossa oli neljä väittämää. Kolmannessa osiossa selvitettiin kuluttajien näkemyksiä hoivavakuutukseen liitetyistä ongelmista, ja osio koostui viidestä väittämästä. Neljännessä osiossa avointen kysymysten avulla selvitettiin kuluttajien näkemyksiä hoivavakuutuksen hyödyistä ja mahdollisuuksista sekä haasteista. Aineistoa on analysoitu SPSS-ohjelmistolla. Vastausten jakautumista on kuvattu kuvioilla, joiden muodostamisessa on hyödynnetty Microsoft Excel -ohjelmaa. Kuviot on muodostettu suorien jakaumien ja ristiintaulukointien pohjalta.

Kyselyn vastaajilta kerättiin taustatietoja, joita on kuvattu taulukossa 1. Kerätyjä taustatietoja olivat sukupuoli, ikä, tulotaso sekä asuinpaikka. Kyselyyn vastanneista naisia oli 73,1 % (n=166) ja miehiä 25,1 % (n=57). Muun sukupuolisia oli 0,9 % (n=2). Taulukosta nähdään myös, että suurin osa eli 32,6 % vastaajista kuului 18–25-vuotiaiden ikäluokkaan (n=74). Toiseksi eniten vastauksia tuli 26–39-vuotiailta ja tämän ikäisten vastaajien osuus oli 29,5 % (n=67). 40–54-vuotiaiden osuus vastanneista oli 21,1 % (n=48) ja 55–69-vuotiaiden osuus vastanneista oli 13,7 % (n=31). Yli 70-vuotiaita vastaajista oli 3,1 % (n=7).

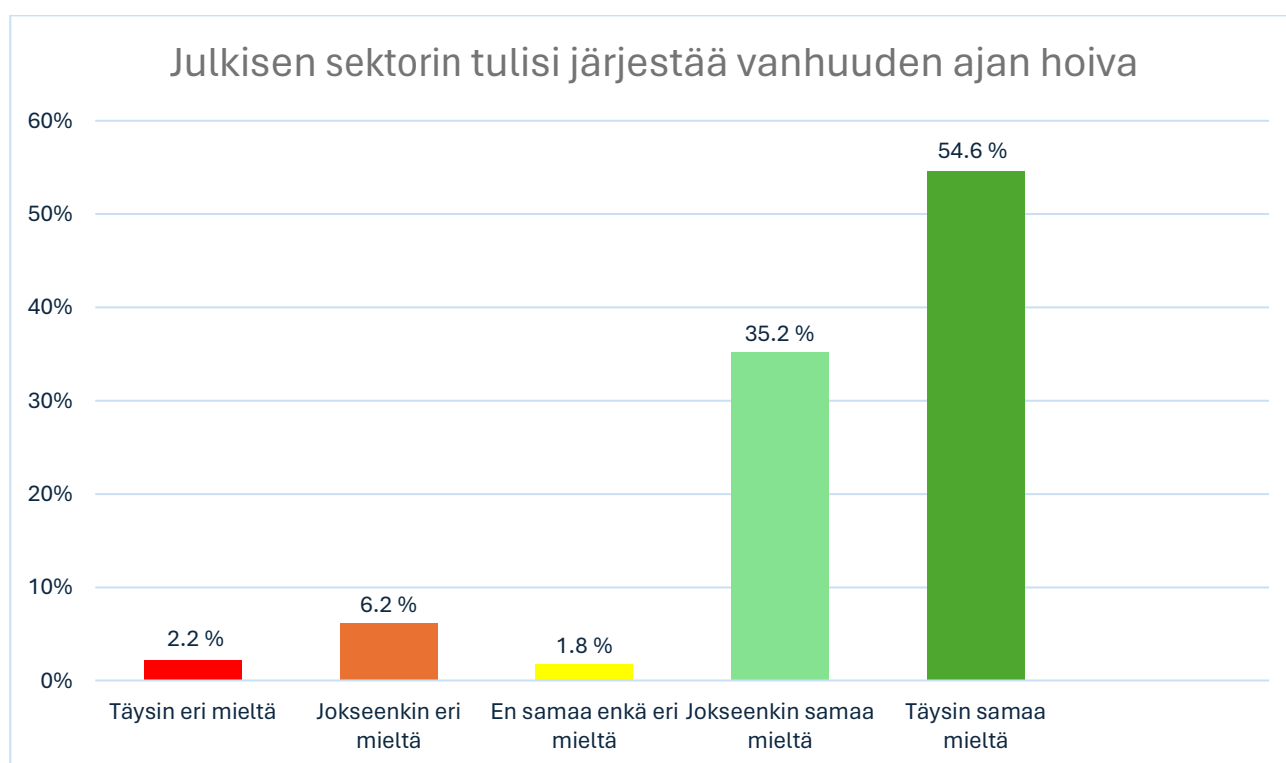
Taulukko 1. Vastaajista kerätyt taustiedot

Sukupuoli	n	%
Nainen	166	25,6 %
Mies	57	74,4 %
Ikä		
Alle 18-vuotias	0	0,0 %
18–25-vuotias	74	32,6 %
26–39-vuotias	67	29,5 %
40–54-vuotias	48	21,1 %
55–69-vuotias	31	13,7 %
yli 70-vuotias	7	3,1 %
Vuosittaiset tulot		
Alle 15 000 euroa	36	15,9 %
15 000–24 999 euroa	52	22,9 %
25 000–34 999 euroa	39	17,2 %
35 000–44 999 euroa	29	12,8 %
45 000–54 999 euroa	12	5,3 %
55 000–64 999 euroa	2	0,9 %
65 000–74 999 euroa	45	19,8 %
Yli 75 000 euroa	6	2,6 %
En halua kertoa	6	2,6 %
Asuinpaikka		
Kaupunki	180	79,3 %
Maaseutu	24	10,6 %
Taajama	23	10,1 %

Suurin osa vastaajista asui kaupungissa. Kaupungissa asuvien osuus vastaajista oli 79,3 % (n=180), maaseudulla asuvien osuus 10,6 % (n=24) ja taajamassa asuvien osuus 10,1 % (n=23). 68,8 % kyselyyn vastanneista ilmoitti vuosittaisiksi tuloikseen 15 000–54 999 €. 19,8 % vastaajista ilmoitti vuosittaisiksi tuloikseen alle 15 000 € ja 6,2 % raportoi tulojensa olevan välillä 55 000–74 999 €. 2,6 % vastaajista ilmoitti vuosituloikseen yli 75 000 €.

4.2 Näkemykset nykyisestä hoivajärjestelmästä

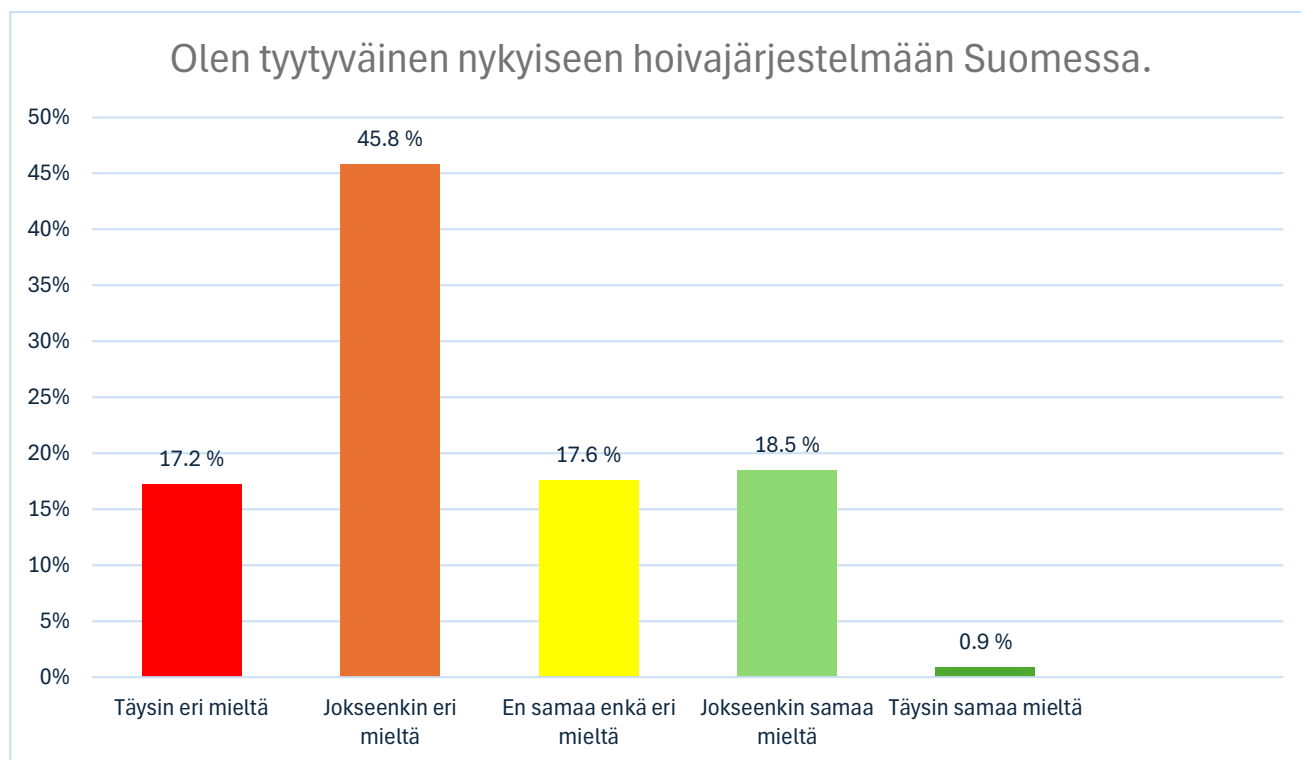
Ensimmäisessä osiossa selvitettiin kuluttajien näkemyksiä julkisen sektorin roolista sekä vanhuspalveluiden nykytilanteesta. Kuviot 2–6 esittävät vastausten jakautumisen väittämässä. Kuten kuvioista 2 havaitaan, suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että julkisen sektorin tulisi järjestää vanhuuden ajan hoiva. Täysin samaa mieltä vastanneista oli 54,6 % ja jokseenkin samaa mieltä vastaajista oli 35,0 %. Täysin eri mieltä vastaajista oli 2,2 % ja jokseenkin eri mieltä 6,2 %. Neutraalin vaihtoehdon ”en samaa enkä eri mieltä” valitsi 1,8 % vastaajista.



Kuvio 2. Vastausten jakautuminen julkisen sektorin roolia koskevassa väittämässä

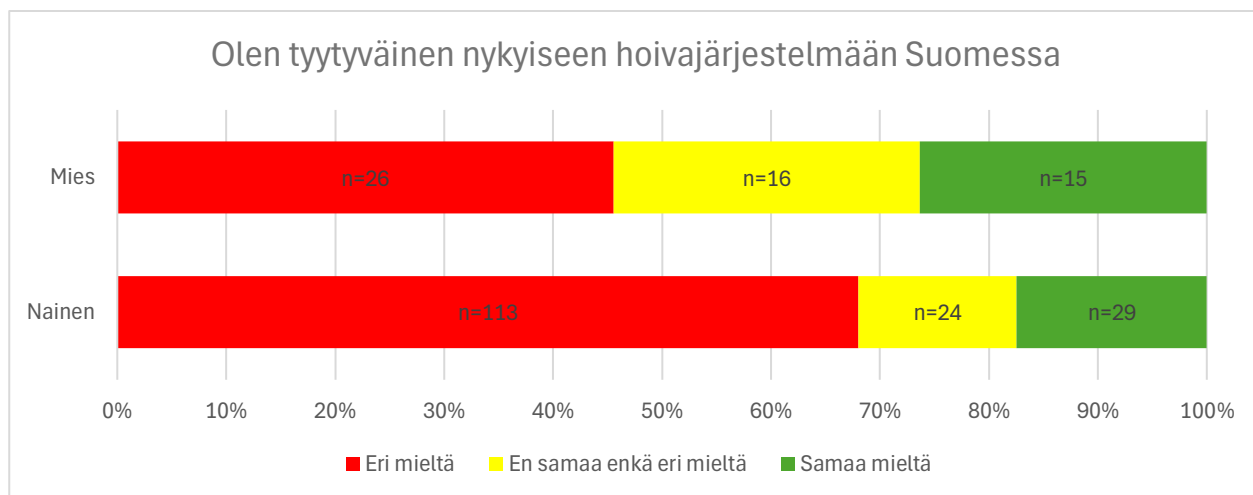
Kyselyn ensimmäisessä osiossa selvitettiin myös suomalaisten kuluttajien tyytyväisyyttä nykyisiin vanhuuden ajan hoivapalveluihin. Kuvioista 3. nähdään selkeästi, että suurin osa vastaajista on

tyytymättömiä nykyiseen hoivajärjestelmään Suomessa. Vastaajista 45,8 % jokseenkin eri mieltä ja 17,2 % oli täysin eri mieltä väittämän ”olen tyytyväinen nykyiseen hoivajärjestelmään Suomessa” kanssa. Vain 19,4 % vastaajista oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Neutraalin vaihtoehdon ”en samaa enkä eri mieltä” valitsi 17,6 % vastaajista.



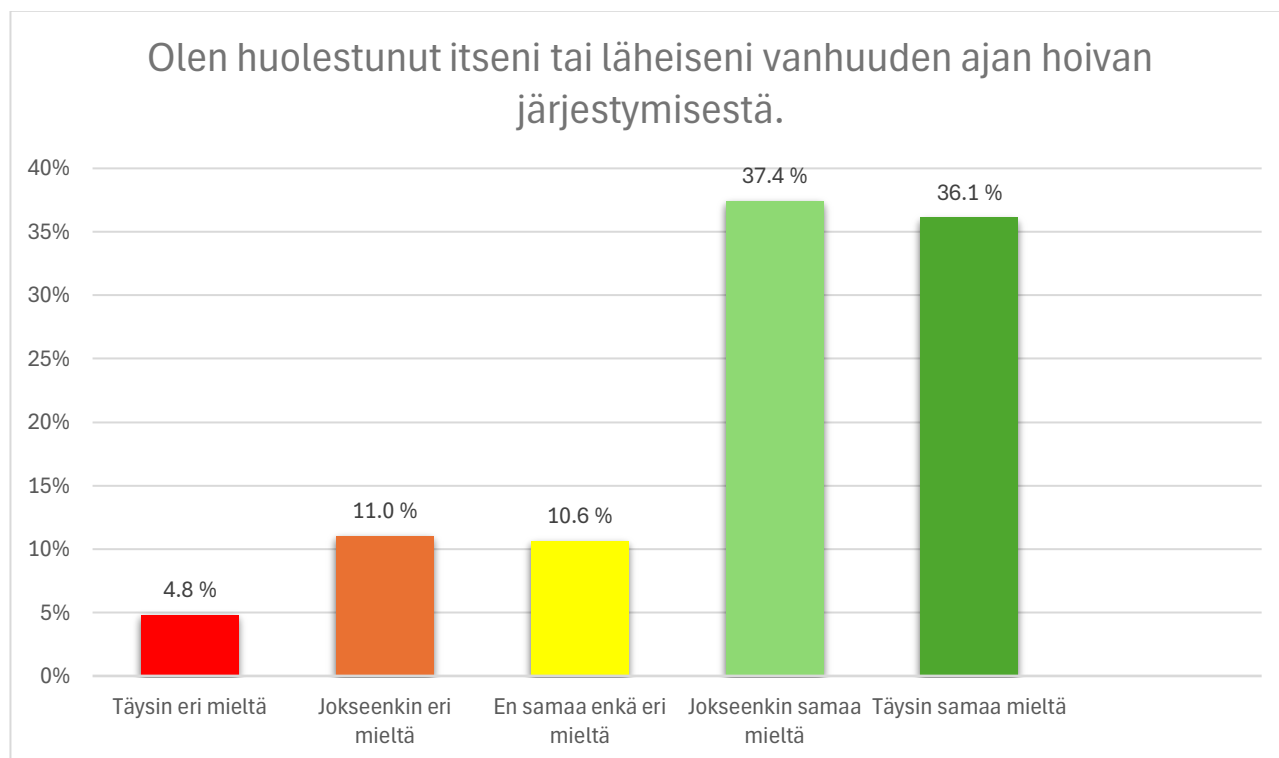
Kuvio 3. Vastausten jakautuminen tyytyväisyyttä mittaavassa väittämässä

Ristiintaulukointien pohjalta muodostettu kuvio 4. esittää vastausten jakautumisen sukupuolten välillä. Luokat täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä on yhdistetty uudeksi luokaksi ”samaa mieltä”. Vastaavasti luokat täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä on yhdistetty luokaksi ”eri mieltä”. Kuviosta 4. havaitaan, että vastaajista naiset ovat yleisemmin tyytymättömiä nykyiseen hoivajärjestelmään. Naisista 68,1 % vastasi olevansa eri mieltä, kun taas miehistä 45,6 % oli eri mieltä. Samaa mieltä naisista oli 17,5 % ja miehistä 26,4 %. Naisista neutraalin vaihtoehdon valitsi 14,5 % vastaajista ja miehistä 28,1 %.



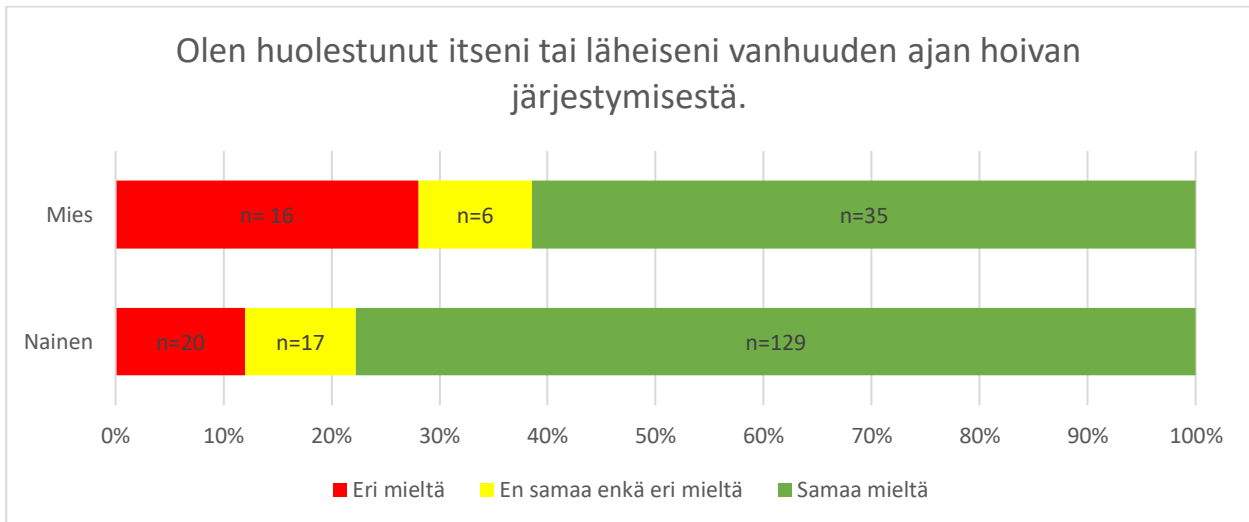
Kuvio 4. Tyytyväisyys nykyiseen hoivajärjestelmään naisten ja miesten välillä

Kuvion 5. perusteella on havaittavissa, että suomalaiset kuluttajat ovat huolestuneita vanhuuden ajan hoivan järjestymisessä. Huolestuneisuutta mittaavassa väittämässä enemmistö vastaajista oli joko täysin samaa mieltä (36,1 %) tai jokseenkin samaa mieltä (37,4 %). Vastaajista 4,8 % oli täysin eri mieltä väittämän kanssa, kun taas 11,0 % oli jokseenkin eri mieltä. Neutraalin vaihtoehdon vastaajista valitsi 10,6 %.



Kuvio 5. Vastausten jakaantuminen huolestuneisuutta mittaavassa väittämässä

Kuviossa 6. on esitetty vastausten jakautuminen sukupuolten välillä huolestuneisuutta mittaavassa väittämässä. Kuvioista voidaan havaita, että naiset ovat hiukan yleisemmin huolestuneita hoivan järjestymisestä. Naisista samaa mieltä oli 77,7 % (n=129) ja miehistä 61,4 % (n=35). Neutraalin vaihtoehdon osalta naisten ja miesten vastaukset jakoutuivat tasaisesti. Miehistä neutraalin vaihtoehdon valitsi 10,5 % (n=6) vastaajista ja naisista 10,2 % (n=17). Eri mieltä oli miehistä 28,0 % (n=16) ja naisista 12,0 % (n=20).

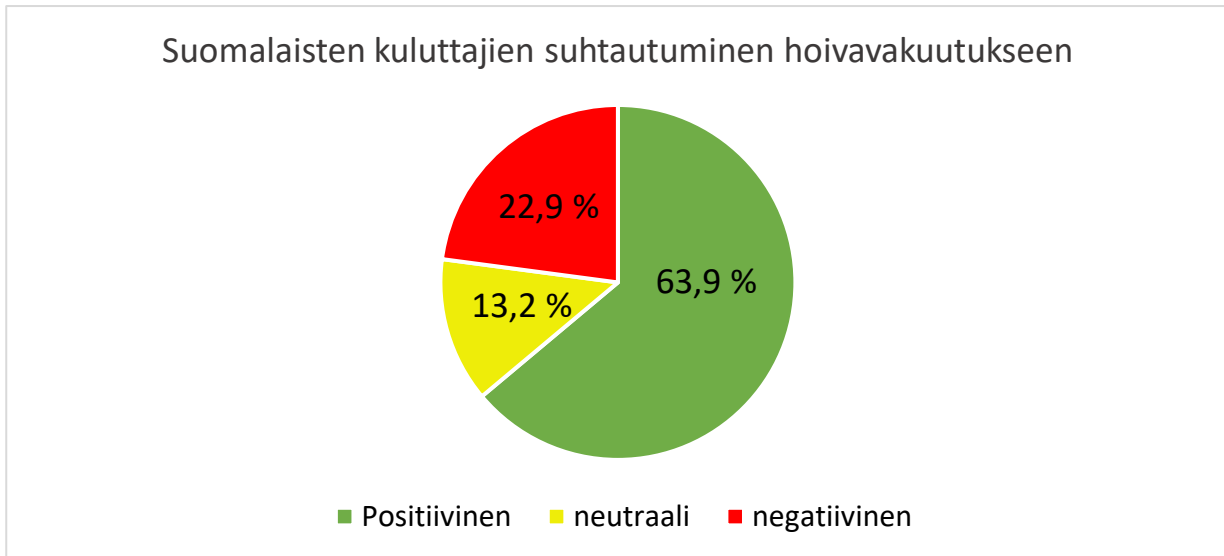


Kuvio 6. Vastausten jakautuminen huolestuneisuutta mittaavassa väittämässä sukupuolten välillä

4.3 Suhtautuminen hoivavakuutukseen

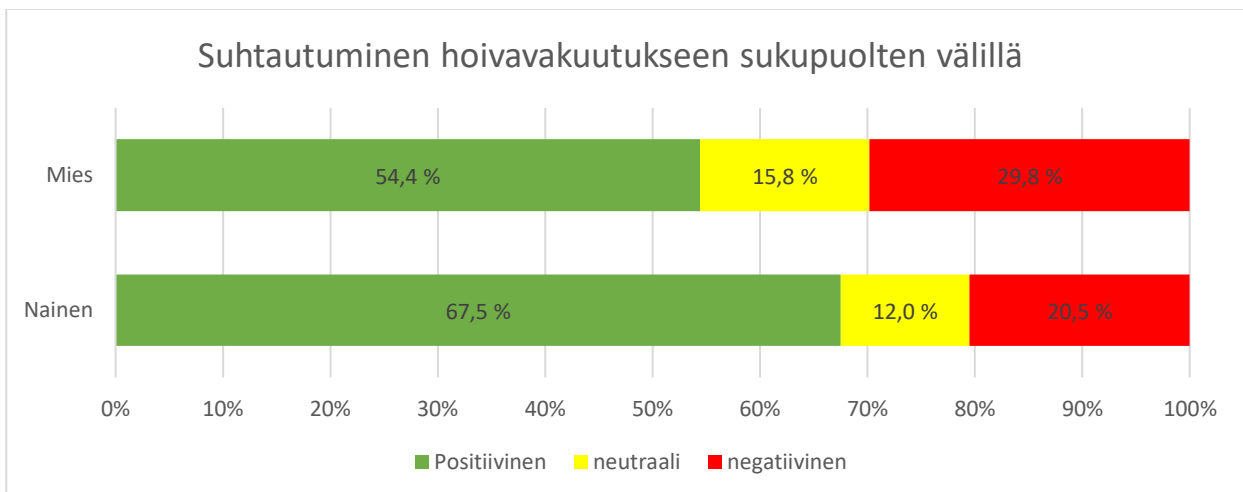
Kyselytutkimuksen toisessa osiossa selvitettiin kuluttajien näkemyksiä vapaaehtoisesta hoivavakuutuksesta. Positiivista suhtautumista hoivavakuutusta kohtaan mitattiin siten, että kyselylomakkeen kahdesta väittämästä liittyen hoivavakuutuksen markkinoille tuloon sekä sen ostamiseen muodostettiin summamuuttuja. Summamuuttuja luotiin seuraavista väittämistä: ”vapaaehtoisen hoivavakuutuksen tuleminen Suomen markkinoille olisi mielestäni hyvä asia” ja ”harkitsisin hoivavakuutuksen ottamista tulevaisuudessa, jos sellainen tulisi Suomen markkinoille”. Vastaukset koodattiin numeroilla ja vastausta ”täysin samaa mieltä” merkittiin arvolla 5, ”jokseenkin samaa mieltä” arvolla 4, ”en samaa enkä eri mieltä” arvolla 3, ”jokseenkin eri mieltä” arvolla 2 ja ”täysin eri mieltä” arvolla 1. Summamuuttujan arvot muodostuvat siten, että kuluttajan ensimmäiseen ja toiseen väittämän vastaukset lasketaan yhteen. Positiivista suhtautumista hoivavakuutusta kohtaan kuvaavat arvot 7–10, neutraalia arvo 6 ja negatiivista arvot 2–5.

Kuviossa 7. esitetään suomalaisten kuluttajien suhtautuminen hoivavakuutukseen ja siitä nähdään, että suhtautuminen hoivavakuutusta kohtaan on pääasiassa positiivista. Kuluttajista 63,9 % (n= 145) suhtautuu hoivavakuutukseen myönteisesti, 13,2 % kuluttajista neutraalisti (n=30) ja 22,9 % kielteisesti (n=52).



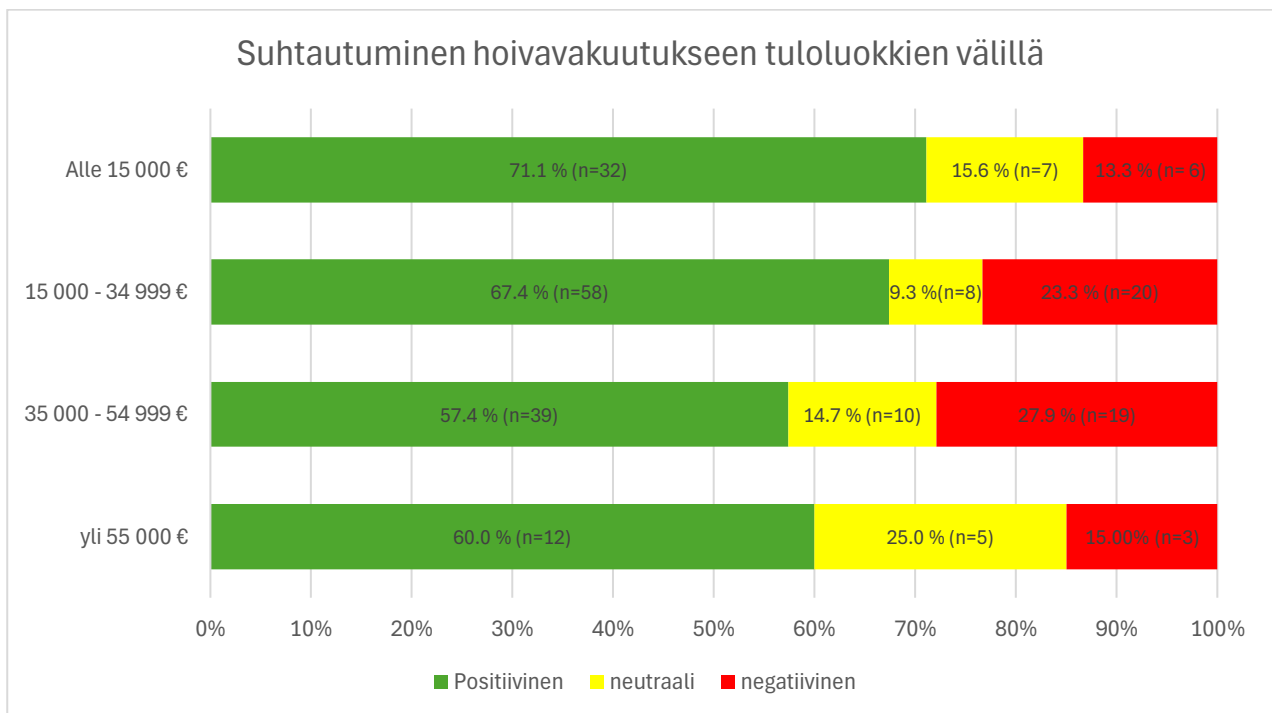
Kuvio 7. Suomalaisten kuluttajien suhtautuminen hoivavakuutukseen

Kuviossa 8. on esitetty suhtautuminen hoivavakuutukseen sukupuolten välillä. Vastaajista naiset suhtautuivat hoivavakuutusta kohtaan myönteisemmin kuin miehet. Naisista 67,5 % suhtautui positiivisesti, kun taas vastaava luku miesten osalta oli 54,4 %. Neutraalisti hoivavakuutusta kohtaan suhtautui 15,8 % miehistä ja 12,0 % naisista. 29,8 % miehistä suhtautui hoivavakuutukseen negatiivisesti ja naisista 20,5 %.



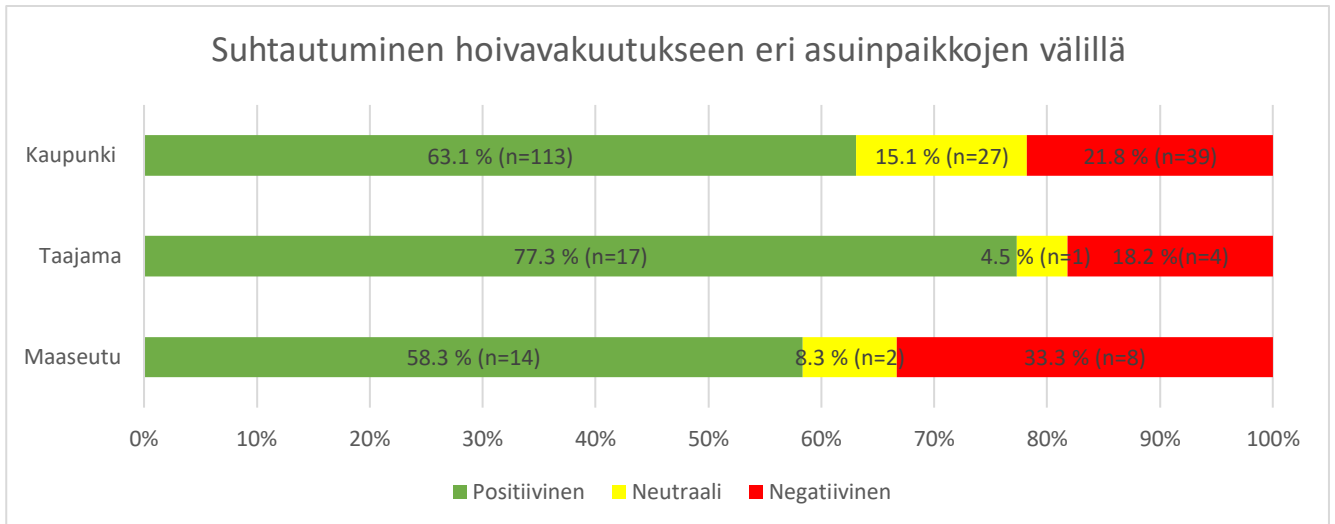
Kuvio 8. Suhtautuminen hoivavakuutukseen naisten ja miesten välillä

Muiden tekijöiden vaikutusta siihen, miten kuluttajat suhtautuivat hoivavakuutukseen, on kuvattu ristiintaulukoista luotujen kuvioiden 9–11 avulla. Kuvio 9. osoittaa, että kaikissa tuloluokissa suhtautuminen hoivavakuutukseen on pääasiassa myönteistä. Lisäksi havaitaan, että suuremmissa tuloluokissa suhtautuminen ei ole positiivisempaa kuin alhaisemmissa tuloluokissa. Esimerkiksi 35 000–54 999 € tienaavien tuloluokassa 57,4 % suhtautuu hoivavakuutukseen positiivisesti, kun taas yli 55 000 € tienaavista samaa mieltä on 60 %. Toisaalta 15 000–34 999 € tienaavien tuloluokassa positiivisesti suhtautuu 67,4 % ja alle 15 000 € tienaavista 71,1 %.



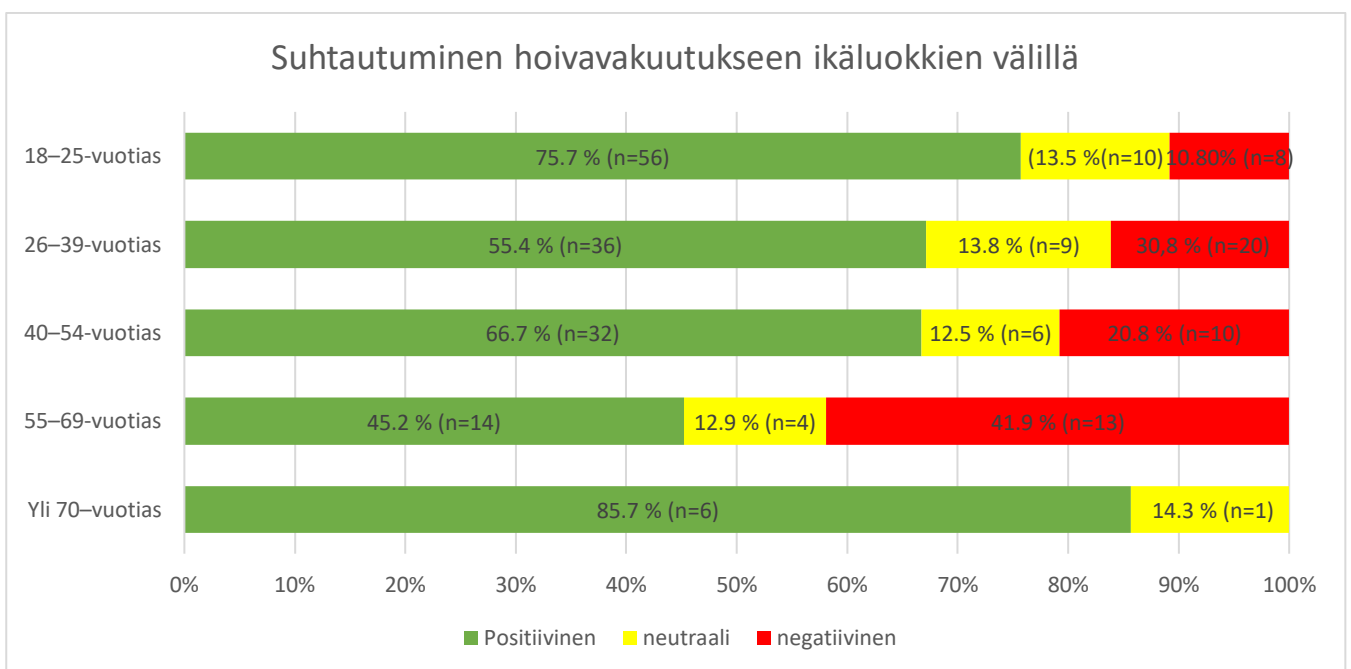
Kuvio 9. Suhtautuminen hoivavakuutukseen tuloluokkien välillä

Kuviossa 10. esitetään hoivavakuutukseen suhtautuminen eri asuinpaikkojen välillä. Negatiivisesti hoivavakuutukseen suhtautuvien osuus on suurin maaseudulla asuvien keskuudessa (33,3 %), kun taas kaupungissa asuvista vastaava osuus on 21,8 % ja taajamassa 18,2 %. Kuvioista nähdään, että positiivisimmin hoivavakuutukseen suhtautuvat taajamassa asuvat, joista 77,3 % suhtautui positiivisesti. Kaupungissa asuvista positiivisesti suhtautui 63,1 % ja maaseudulla asuvista 58,3 %.



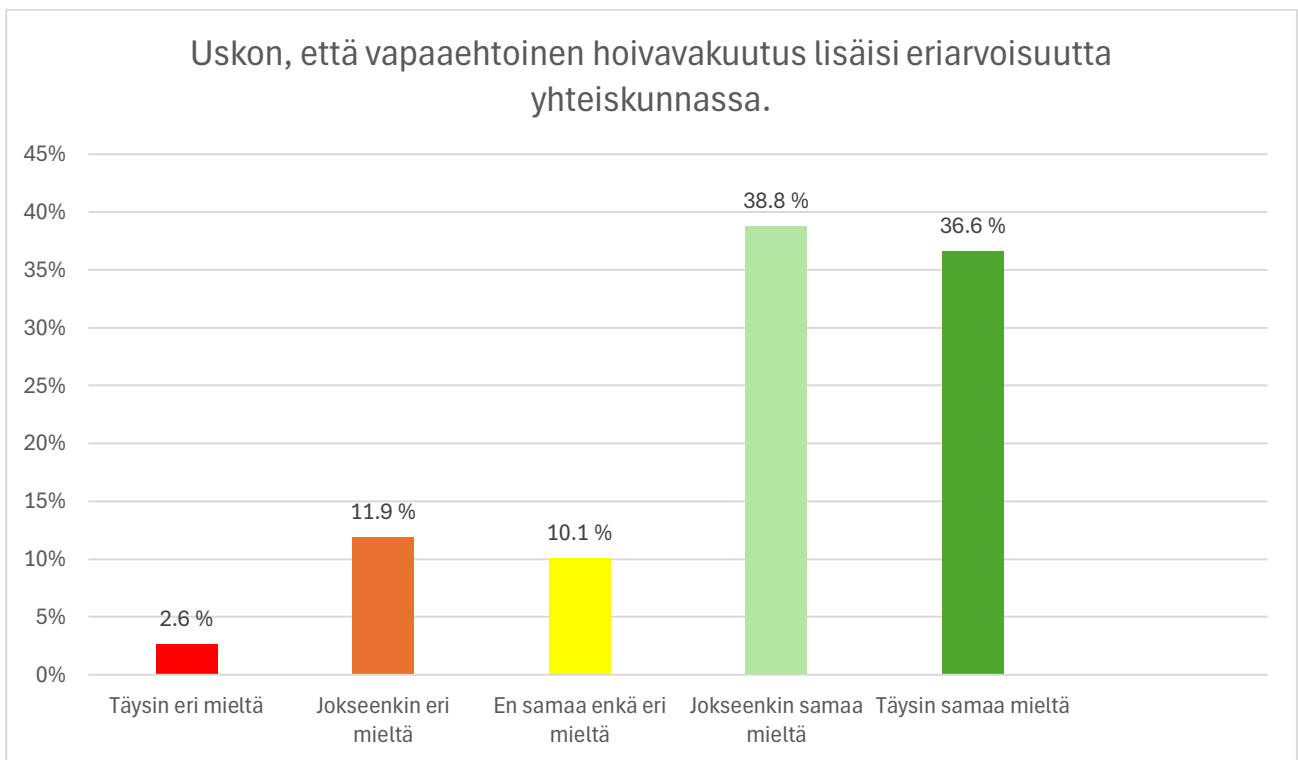
Kuvio 10. Suhtautuminen hoivavakuutukseen eri asuinpaikkojen välillä

Kuvio 11. esittää hoivavakuutukseen suhtautumiseen eri ikäluokkien välillä. Kuviosta nähdään, että suhtautuminen hoivavakuutukseen on positiivisempaa nuorissa ikäluokissa ja 18–25-vuotiaista vastaajista 75,7 % (n=56) suhtautuu hoivavakuutukseen positiivisesti. Lisäksi kuviosta havaitaan, että 55–69-vuotiaiden ikäluokassa hoivavakuutukseen suhtautuminen on negatiivisempaa kuin muissa ikäluokissa, ja heistä 41,9 % (n=13) suhtautuu hoivavakuutukseen negatiivisesti. Kuitenkin yli 70-vuotiaiden keskuudessa hoivavakuutukseen suhtautuminen on positiivista ja heistä 85,7 % (n=6) suhtautui hoivavakuutukseen positiivisesti.



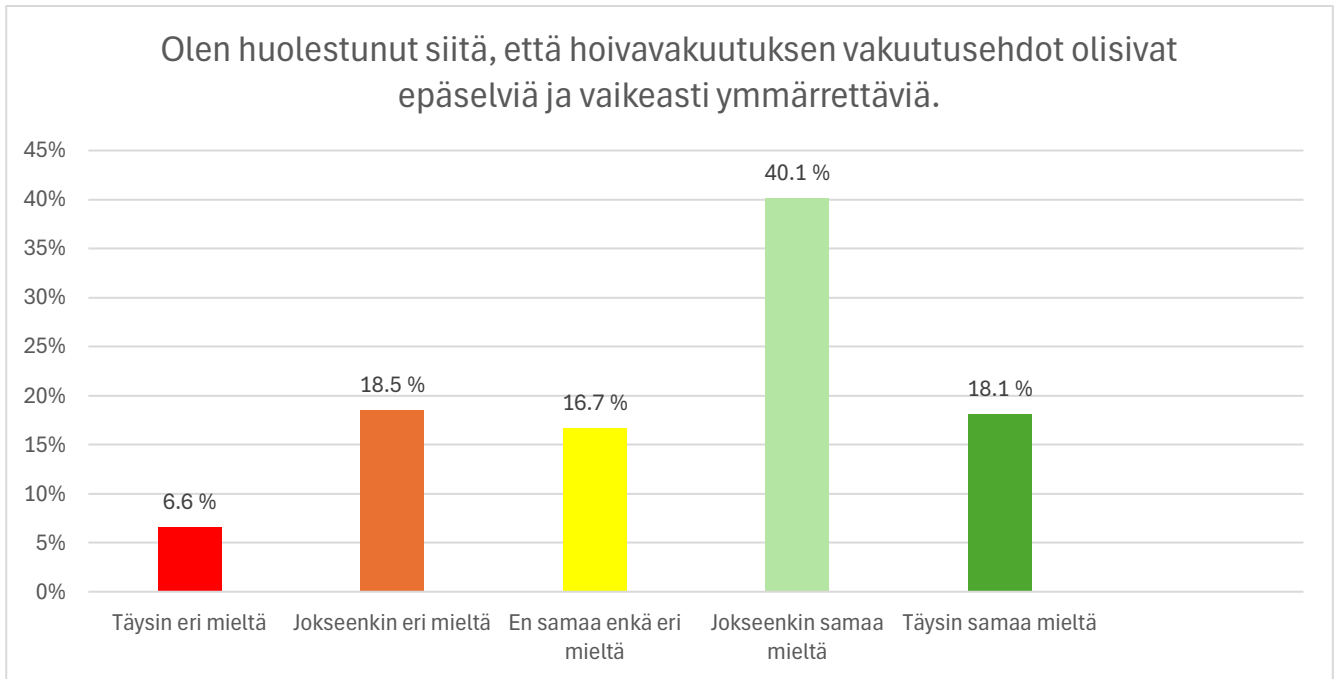
Kuvio 11. Suhtautuminen hoivavakuutukseen ikäluokkien välillä

Kyselyn toisessa osiossa selvitettiin myös kuluttajien näkemyksiä hoivavakuutuksen heikkouksista. Kuviosta 12. voidaan todeta, että suomalaiset kuluttajat ovat huolestuneita eriarvoisuuden lisääntymisestä yhteiskunnassa, mikäli hoivavakuutus tulisi Suomen markkinoille. Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että hoivavakuutus lisäisi eriarvoisuutta yhteiskunnassa. Väittämään vastanneista 36,6 % oli täysin samaa mieltä ja 38,8 % jokseenkin samaa mieltä. Vain 14,5 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä tai eri mieltä. Neutraalin vaihtoehdon valitsi 10,1 % vastaajista.



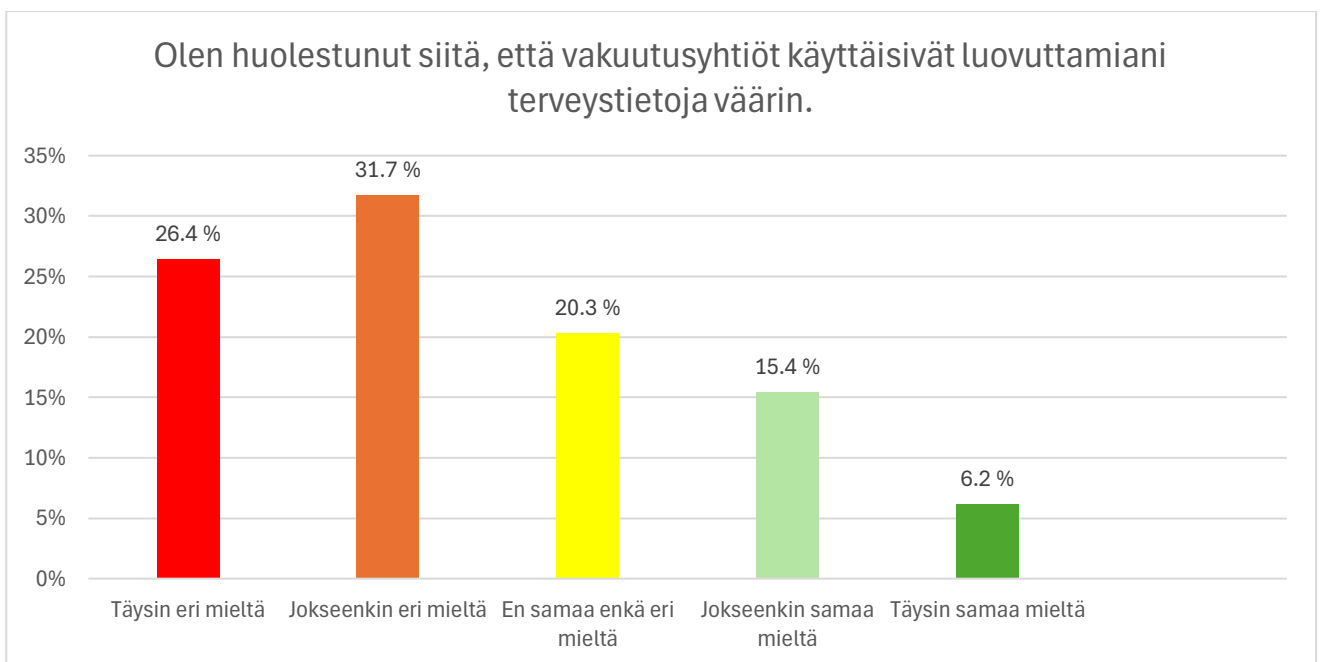
Kuvio 12. Vastausten jakautuminen eriarvoisuutta koskevassa väittämässä

Toinen tekijä, mikä herätti kuluttajissa huolestuneisuutta, oli se, että hoivavakuutuksen vakuutusehdot olisivat epäselviä ja vaikeasti ymmärrettäviä. Kuviossa 13. on esitetty vastausten jakautuminen väittämän osalta, ja siitä voidaan havaita, että suurin osa vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä (40,1 %). Täysin samaa mieltä vastanneista oli 18,1 % ja täysin eri mieltä 6,6 %. Jokseenkin eri mieltä oli vastaajista 18,5 % ja neutraalin vaihtoehdon valitsi 16,7 % vastaajista.



Kuvio 13. Vastausten jakautuminen vakuutusehtojen epäselvyyttä ja ymmärrettävyyttä koskevassa väittämässä

Kuluttajat olivat vähemmän huolestuneita siitä, että vakuutusyhtiöt käyttäisivät kuluttajien luovuttamia terveystietoja väärin. Kuvioista 14. havaitaan, että suurin osa vastaajista oli jokseenkin eri mieltä (31,7 %) tai täysin eri mieltä (26,4 %). Jokseenkin samaa mieltä vastaajista oli 15,4 % ja täysin eri mieltä 6,2 %. Neutraalin vaihtoehdon valitsi 20,3 % vastaajista.



Kuvio 14. Vastausten jakautuminen terveystietojen luovuttamista koskevassa väittämässä

Tässä tutkielmassa logistisella regressioanalyysillä tutkittiin tarkemmin, selittääkö ikä, sukupuoli, tulotaso tai asuinpaikka positiivista suhtautumista hoivavakuutusta kohtaan. Analyysissä selitettävänä tekijänä toimi positiivinen suhtautuminen hoivavakuutukseen. Kyseisen summamuuttujan muodostaminen on kuvattu tämän kappaleen alussa. Positiivista suhtautumista hoivavakuutusta kohtaan kuvaavat arvot 7–10, neutraalia arvo 6 ja negatiivista arvot 2–5. Selitettävä muuttuja on koodattu aineistossa kaksiluokkaiseksi eli dikotomiseksi muuttujaksi, jossa arvo 0=negatiivinen tai neutraali suhtautuminen hoivavakuutukseen (arvot 2–6) ja arvo 1=positiivinen suhtautuminen hoivavakuutukseen (arvot 7–10).

Selittäviä muuttujia mallissa olivat ikä, sukupuoli, vuosiansiot sekä asuinpaikka. Ikäluokan referenssikategoriaksi valittiin 18–25-vuotiaat, sukupuolen referenssikategoriaksi mies, vuosiansioiden referenssikategoriaksi alle 15 000 € ja asuinpaikan referenssikategoriaksi kaupunki. Vertailuluokkien vetosuhteita (OR) kuvaavat arvot 1.00. Logistisessa regressioanalyysissä yli 1.00 olevat arvot kuvaavat, että kyseiseen luokkaan kuuluvat henkilöt suhtautuvat todennäköisesti positiivisemmin hoivavakuutukseen. Vastaavasti alle 1.00 olevat arvot kuvaavat pienempää todennäköisyyttä sille, että kyseiseen luokkaan kuuluva henkilö suhtautuisi positiivisesti hoivavakuutukseen. Taulukossa 2. esitetään logistisen regressioanalyysin neljä mallia, joista ensimmäisessä mallissa tutkittiin iän vaikutusta suhtautumiseen. Toisessa mallissa iän lisäksi selittäväksi muuttujaksi lisättiin sukupuoli. Kolmannessa mallissa näiden selittävien muuttujien lisäksi lisättiin vielä vuosiansiot. Neljännessä mallissa edellä mainittujen tekijöiden lisäksi selittäväksi muuttujaksi lisättiin vielä asuinpaikka.

Taulukosta 2. voidaan havaita, että tarkastellut sosiodemografiset muuttujat eivät vaikuta tilastollisesti merkittävästi hoivavakuutukseen suhtautumiseen. Mallissa 1 havaitaan, että yli 70-vuotiaiden todennäköisyys suhtautua hoivavakuutukseen positiivisesti on suurin, mutta se ei ole tilastollisesti merkitsevä. Lisäksi näyttäisi siltä, että 55–69-vuotiaiden ikäluokassa positiivinen suhtautuminen hoivavakuutukseen on kaikkein epätodennäköisintä (OR=0.234). Mallissa 1 selitysaste oli 7,7 prosenttia. Kun malliin lisättiin iän lisäksi sukupuoli, selitti malli selitettävän muuttujan vaihtelusta 10 prosenttia. Taulukosta havaitaan, että naisilla on suurempi todennäköisyys suhtautua positiivisesti hoivavakuutukseen kuin miehillä (OR=1.830), mutta ero ei ole tilastollisesti merkitsevä.

Mallissa 3 on lisätty selittäväksi tekijäksi iän ja sukupuolen lisäksi tulotaso, mikä pienentää mallin selityssastetta 9,7 prosenttiin. Taulukosta nähdään, että tulotasolla ei ole tilastollisesti merkittävää vaikutusta hoivavakuutukseen suhtautumiseen. Kuitenkin voidaan todeta, että hoivavakuutukseen suhtautuminen on todennäköisempää yli 15 000 € vuodessa tienaaavien keskuudessa verrattuna alle 15 000 € vuodessa tienaviin. Mallissa 4 on otettu huomioon vielä asuinpaikka, mikä parantaa selityssastetta 10,4 prosenttiin. Taulukosta havaitaan, että positiivinen suhtautuminen hoivavakuutukseen on todennäköisintä niiden keskuudessa, jotka asuvat taajamassa. Ero ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkittävä.

Taulukossa on raportoitu myös kunkin mallin Nagelkerke R^2 , joka on tilastollinen mittari, jota käytetään tilastollisen selitysvoinan arvioimisessa. Sen arvo voi vaihdella välillä 0–1 ja mitä suurempi arvo on, sitä enemmän malli selittää muuttujan vaihtelusta. Esimerkiksi mallissa 1 Nagelkerke R^2 arvo 0,077 kuvaa karkeasti tulkittuna, että malli selittää noin 7,7 % selitettävän muuttujan vaihtelusta.

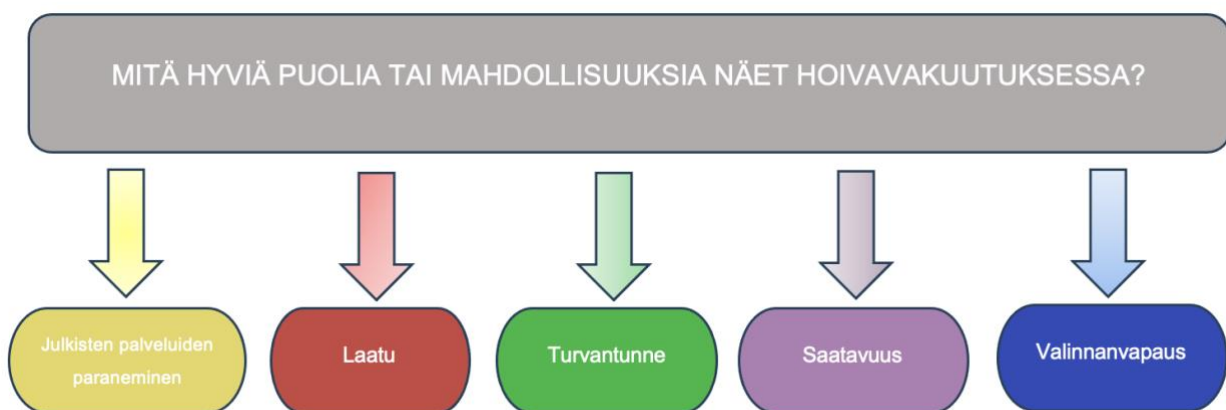
Taulukko 2. Sosiodemografisten tekijöiden vaikutus positiiviseen suhtautumiseen hoivavakuutusta kohtaan. Logistinen regressio (OR).

	MALLI 1 Ikä OR (p-arvo)	MALLI 2 +Sukupuoli OR (p-arvo)	MALLI 3 +Vuosiansiot OR (p-arvo)	MALLI 4 + Asuinpaikka OR (p-arvo)
Ikä				
18–25-vuotias	1.00	1.00	1.00	1.00
26–39-vuotias	0.399 (0,013)	0.403 (0.016*)	0.405 (0.057)	0.407 (0.059)
40–54-vuotias	0.643 (0.280)	0.569 (0.178)	0.524 (0.213)	0.508 (0.199)
55–69-vuotias	0.265 (0.003)	0.234 (0.002**)	0.216 (0.006**)	0.210 (0.006**)
yli 70–vuotias	1.929 (0.555)	1.896 (0.568)	1.626 (0.671)	1.606 (0.680)
Sukupuoli				
Mies		1.00	1.00	1.00
Nainen		1.830 (0.068)	1.876 (0.063)	1.875 (0.064)
Vuosittaiset tulot				
Alle 15 000 euroa			1.00	1.00
15 000–34 999 euroa			1.474 (0.447)	1.452 (0.465)
35 000–54 999 euroa			1.101 (0.861)	1.102 (0.859)
Yli 55 000 €			1.374 (0.653)	1.389 (0.645)
Asuinpaikka				
Kaupunki				1.00
Maaseutu				1.121 (0.815)
Taajama				1.777 (0.304)
Nagelkerke R ²	0.077	0.100	0.097	0.104

4.4 Näkemykset hoivavakuutuksen mahdollisuuksista ja haasteista

Kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen selvitettiin Likert-asteikollisten väittämien lisäksi avoimilla kysymyksillä, joissa tiedusteltiin (1) vapaaehtoisen hoivavakuutuksen hyviä puolia tai mahdollisuuksia sekä (2) huolia hoivavakuutukseen liittyen. Kyselyn avoimia kysymyksiä analysoitiin sisällönanalyysillä. Aineiston käsittely aloitettiin etsimällä aineistosta ilmauksia, jotka toistuivat vastauksissa. Tämän jälkeen toistuvia vastauksia korostettiin tietyillä väreillä ja väreillä merkityt vastaukset ryhmiteltiin tiettyihin luokkiin. Näin vastauksissa usein toistuvat teemat nähtiin selkeästi ja vastaukset pystyttiin jäsentelemään, luokittelemaan ja teemoittamaan.

Ensimmäisen avoimen kysymyksen vastauksissa toistuvat teemat jaettiin viiteen pääluokkaan ja toisen avoimen kysymyksen vastaukset neljään eri pääluokkaan. Kuviossa 14 esitetään sisällönanalyysin avulla muodostetut viisi yläkategoriaa hoivavakuutuksen hyvistä puolista ja mahdollisuuksista. Niitä ovat julkisten palveluiden paraneminen, hoivan laadun paraneminen, turvallisuuden tunteen lisääntyminen, hoivan saatavuuden paraneminen valinnanvapauden lisääntyminen. Suurimpana hoivavakuutuksen mahdollisuutena kuluttajat näkivät laadun paranemisen, joka mainittiin 37 vastauksessa.



Kuvio 15. Hoivavakuutuksen hyvät puolet ja mahdollisuudet

Ensinnäkin vastaajat korostivat, että hoivapalveluiden osittainen rahoittaminen yksityisin varoin voisi keventää julkisen sektorin taakkaa ja vapauttaa resursseja muualle terveydenhuoltoon. Lisäksi vastauksissa mainittiin, että yksityinen hoivavakuutus voisi mahdollistaa sen, että julkisen sektorin

palvelut voitaisiin suunnata niitä eniten tarvitseville. Julkisten palveluiden paraneminen mainittiin 13 vastauksessa ja yksi vastaajista totesi, että: ”Hoivavakuutus vapauttaisi lisää rahaa muuhun terveydenhuoltoon ja tätä kautta mahdollisesti parantaisi saatavan hoidon laatua sekä jättäisi henkilöstön palkkaamiseen enemmän resursseja.”

Edellä olevassa sitaatissa nostettiin esille myös laatu, joka toistui useissa vastauksissa. Moni vastaajista siis uskoi hoivapalveluiden laadun paranemiseen hoivavakuutuksen myötä. Hoivavakuutuksen ajateltiin takaavan vanhuksille paremmat oltavat sekä mahdollistavan paremman ja yksilöidymmän palvelun verrattuna julkisen sektorin tuottamiin hoivapalveluihin. Eräs kuluttaja totesi, että hoivavakuutus voisi luoda ”mahdollisuuksia tarjota hyvää ja asiakaslähtöistä hoitoa”.

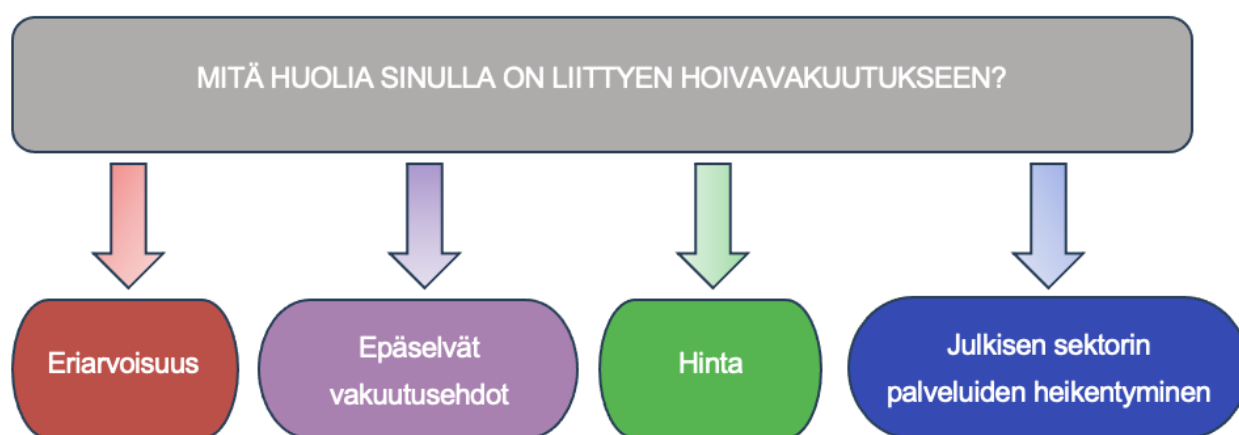
Laadun paranemisen lisäksi hoivavakuutuksen mahdollisuutena kuluttajat näkivät myös turvantunteen lisääntymisen. Hoivavakuutus nähtiin lisäturvan mahdollistajana vanhuuden ajalle ja sen koettiin mahdollistavan turvan etenkin niille, joilla ei ole läheisten apua saatavilla. Turvantunne mainittiin 30 vastauksessa ja eräs kyselyyn vastaaja totesi: ”Hoivavakuutus voisi olla hyvä tapa turvata omaa vanhuusaikaa ja etenkin terveyttä.” Toisen kuluttajan vastauksessa nousi myös esille hoivavakuutuksen mahdollisuus huolten vähentämisessä: ”Hoivavakuutus antaisi mahdollisuuksia vaikuttaa omaan vanhuudenajan hoivaan ja sen turvaamiseen jo varhaisessa vaiheessa. Tämä varmasti vähentäisi huolta omasta tai läheisten vanhuudenajan tulevaisuudesta ja turvaamisesta.”

Hiukan harvemmin kuluttajat nostivat esille myös sen, että hoivavakuutus voisi mahdollistaa hoivapalveluiden paremman saatavuuden. Hoivapalveluiden parempi saatavuus nostettiin esille 16 vastauksessa ja avovastauksissa korostui huoli nykyisten julkisten vanhuspalveluiden saatavuudesta tällä hetkellä. Eräs vastaajista totesi esimerkiksi: ”Nykyisin ja tulevaisuudessa julkinen sektori ei pysty huolehtimaan hoivapalveluista, jos hoitoalalle ei tehdä rakenteellisia muutoksia alan houkuttelevuuden lisäämiseksi.” Hoivavakuutus nähtiin siis potentiaalisena keinona varmistaa palveluiden saatavuus ainakin omalla kohdalla, kuten myös eräs vastaajista suoraan totesi: ”Julkisten palveluiden saatavuus on heikentynyt vuosi vuodelta. Hoivavakuutus voisi parantaa vanhuspalveluiden saatavuutta.”

Useat suomalaiset kuluttajat nostivat vastauksissaan esille hoivavakuutuksen hyvänä puolena myös valinnanvapauden lisääntymisen ja mahdollisuuden vaikuttaa omaan vanhuuden ajan hoivaan. Valinnanvapauden lisääntyminen nostettiin esille 28 vastauksessa ja eräs vastaaja totesikin, että

hoivavakuutuksen hyvänä puolena on: ”Mahdollisuus vaikuttaa siihen, millaisia palveluita itselleen haluaa taata tulevaisuudessa.” Lisäksi vastauksissa kuluttajat nostivat esille, että hoivavakuutus voisi mahdollistaa myös valinnanvapauden eri palveluiden välillä ja eräs vastaajista totesi hoivavakuutuksen hyvänä puolena ”valinnan mahdollisuuden hoivaa tuottavien tahojen välillä”.

Kuten todettu, vastaajilta tiedusteltiin myös huolia vapaaehtoiseen hoivavakuutukseen liittyen. Kuviossa 15. esitetään tähän kyselyn toiseen aivoimeen kysymykseen tulleiden vastausten ryhmittely eli sisällönanalyysin avulla muodostetut neljä yläkategoriaa hoivavakuutukseen liittyvistä huolista. Niitä olivat eriarvoisuuden lisääntyminen, epäselvät vakuutusehdot, hinta ja julkisen sektorin palveluiden heikentyminen.



Kuvio 16. Hoivavakuutukseen liittyvät huolet

Hoivavakuutuksen heikkoutena kuluttajat korostivat erityisesti eriarvoisuuden lisääntymistä, joka nostettiin esille 51 vastauksessa. Vastauksissa nostettiin esille, että mikäli hoivavakuutuksen omistavat saisivat parempia hoivapalveluita kuin ne, joilla kyseistä vakuutusta ei olisi, lisäksi tämä eriarvoisuutta. Lisäksi hoivavakuutuksen maksullisuus nähtiin eriarvoisuutta lisäävänä tekijänä, sillä vähävaraisilla ei välttämättä olisi mahdollista hankkia vakuutusta ja näin ollen hoivavakuutus saattaisi olla mahdollinen vain varakkaammille. Eräs kuluttajista totesikin hoivavakuutuksen heikkoutena olevan ”mahdollinen eriarvoistumisen kasvaminen, jos ja kun osalla väestöstä ei ole varaa ottaa hoivavakuutusta”.

Lisäksi hoivavakuutuksen huonona puolena kuluttajat mainitsivat epäselvät vakuutusehdot. Epäselvät vakuutusehdot mainittiin 34 vastauksessa ja kuluttajia huolestutti erityisesti se, ettei

vakuutus korvaisikaan hoivasta aiheutuneita kustannuksia tarpeen tullen. Lisäksi kuluttajat kokivat, että vakuutusyhtiöt ovat voittoa tavoittelevina yrityksinä väärä taho tuottamaan hoivapalveluita. Eräs vastaajista totesi: ”Luultavasti aina löytyisi jokin pykälä vakuutusehdoista, joiden perusteella hoivavakuutusta ei voikaan soveltaa. Vakuutusyhtiöt ovat voittoa tavoittelevina yrityksinä väärä taho olemaan osallisena ihmisen elinkaaren loppupään hoitoon.”

Epäselvien vakuutusehtojen ja eriarvoisuuden lisääntymisen lisäksi useat kokivat hoivavakuutuksen huonona puolena korkean hinnan. Hinta mainittiin 44 vastauksessa, ja niissä korostui huoli liian korkeista vakuutusmaksuista. Useassa vastauksessa todettiin myös, ettei suurimmalla osalla ikääntyneistä olisi varaa hoivavakuutukseen. Eräs vastaaja totesi: ”Palvelun hinnat nousevat, eikä suurimmalla osalla ikääntyneistä ole siihen varaa. Vakuutus tulisi ottaa heti työelämään päästessä, että rahakertymää ehtisi tulla.” Lisäksi eräs vastaajista koki hinnan arvioinnin haastavaksi ja pohti, olisiko hoivavakuutus hinnan arvoinen: ”Olisiko hinta realistinen keskiverto suomalaiselle? Saako rahalle todella vastinetta?”

Lisäksi vastauksissa nousi hiukan harvemmin esille kuluttajien huoli julkisen sektorin tarjoamien palveluiden heikentymisestä. Huoli julkisen sektorin heikkenemisestä mainittiin 19 vastauksessa ja eräs vastaajista totesi, että hoivavakuutuksen heikkoutena on se, että se ”Kurjistaisi entisestään julkisen puolen tarjoamia palveluja”. Vastauksissa toistui myös huoli siitä, että hoivavakuutuksen tulo markkinoille saattaisi johtaa työntekijöiden siirtymiseen yksityiselle sektorille parempien työolojen perässä. Eräs vastaaja totesi: ”Mahdollisena huolena näen sen, heikentäisikö hoivavakuutus julkisen puolen hoivaa, jos jo valmiiksi hoitajapulasta kärsivä sektori menettäisi työvoimaa hoivavakuutuksen puolelle.”

Kyselyssä toistuvat vastaukset avoimiin kysymyksiin on koottu kokonaisuudessaan taulukkoon 3, jossa on esitetty kuluttajien näkemykset hoivavakuutuksen mahdollisuuksista ja hyvistä puolista sekä heikkouksista. Hoivavakuutuksen hyvinä puolina vastauksissa korostuvat teemat olivat laadun paraneminen, turvantunteen lisääntyminen, parempi saatavuus, valinnanvapaus sekä julkisen sektorin vahvistuminen. Huonoina puolina kuluttajat nostivat esiin eriarvoisuuden lisääntymisen, hoivavakuutuksen hinnan, epäselvät vakuutusehdot sekä julkisen sektorin palveluiden heikentymisen.

Taulukko 3. Suomalaisten kuluttajien näkemyksiä hoivavakuutuksen mahdollisuuksista ja heikkouksista

Heikkoudet	Vahvuudet/mahdollisuudet
Eriarvoisuuden lisääntyminen	Julkisen sektorin paraneminen
Hoivavakuutuksen korkea hinta	Hoivapalveluiden laadun paraneminen
Hoivavakuutuksen epäselvät vakuutusehdot	Lisääntynyt turvantunne vanhuuden ajalle
Julkisen sektorin palveluiden heikentyminen entisestään	Paremmiin saatavilla olevat hoivapalvelut
	Valinnanvapauden lisääntyminen

5 YHTEENVETO

5.1 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen

Tässä tutkielmassa selvitettiin suomalaisten kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen sekä tekijöitä, jotka vaikuttavat suhtautumiseen. Tutkielmalle asetettiin seuraavanlaiset tutkimuskysymykset:

1. Miten suomalaiset kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen?
2. Miten eri taustatekijät vaikuttavat kuluttajien suhtautumiseen hoivavakuutukseen

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyen kartoitettiin suomalaisten kuluttajien näkemyksiä nykyisestä hoivajärjestelmästä ja julkisen sektorin roolista Suomessa, vapaaehtoisen hoivavakuutuksen hyvistä puolista ja mahdollisuuksista sekä toisaalta huolista ja haasteita vapaaehtoiseen hoivavakuutukseen liittyen. Toinen tutkimuskysymys pyrkii selvittämään, millaisia mahdollisia eroja kuluttajien välillä on hoivavakuutukseen suhtautumisessa. Tutkielman aineistonkeruu toteutettiin Survey-muotoisella verkkokyselyllä, jota analysoitiin niin kvantitatiivisin kuin kvalitatiivisinkin menetelmin. Valituilla tutkimusmenetelmillä onnistuttiin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Vaikka hoivavakuutus on suomalaisille tuotteena tuntematon, suomalaiset kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen pääosin myönteisesti. Kuluttajista 63,9 % suhtautuu hoivavakuutukseen positiivisesti ja 57,0 % harkitsisi hoivavakuutuksen ottamista, mikäli se tulisi mahdolliseksi. Hoivavakuutuksen hyvinä puolina kuluttajat nostivat erityisesti laadun paranemisen, valinnanvapauden ja turvantunteen lisääntymisen sekä saatavuuden ja julkisen sektorin tarjoamien palveluiden parantumisen. Hoivavakuutuksen heikkouksina kuluttajat nostivat esille hinnan, eriarvoisuuden lisääntymisen, epäselvät vakuutusehdot sekä julkisen sektorin palveluiden heikentymisen entisestään. Mielenkiintoista tuloksissa on se, että kuluttajat ajattelivat hoivavakuutuksen voivan sekä parantaa että heikentää julkisen sektorin tuottamien palveluiden tasoa. Julkisen sektorin heikentymisen ajateltiin johtuvan muun muassa siitä, että hoitajia saattaisi siirtyä parempien työolojen perässä yksityiselle sektorille. Aiempi tutkimus kuitenkin osoittaa, ettei työolot yksityisellä sektorilla ole yksiselitteisesti paremmat kuin julkisella (Sinervo, 2010). Lisäksi aiemmissa tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia siitä, miten palveluiden yksityistäminen vaikuttaa laatuun. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa yksityisen ja julkisen palveluasumisen eroista

todettiin, että vaikka palveluissa on eroja, ei voitu osoittaa kumpi olisi laadullisesti parempi (Sinervo, 2010.)

Lisäksi tutkielmassa selvitettiin julkisen sektorin roolia ja kuluttajien tyytyväisyyttä nykyisiin hoivapalveluihin. Tutkimustulokset osoittavat, että suomalaiset ovat tyytymättömiä julkisen sektorin tarjoamiin hoivapalveluihin eikä julkisen sektorin kykyyn tarjota tasokkaita hoivapalveluita luoteta. Mielenkiintoista tuloksissa on se, että näistä tekijöistä huolimatta suomalaiset kuluttajat toivovat julkisen sektorin roolin olevan suuri vanhuuden ajan hoivan järjestämisessä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että naiset ovat tyytymättömämpiä hoivajärjestelmään kuin miehet. Myös aiemmin tehdyissä tutkimuksissa on osoitettu, että suomalaiset ovat tyytymättömiä nykyiseen hoivajärjestelmään. Tyytymättömiä ollaan erityisesti hoivapalveluiden nykymuotoiseen rahoittamiseen ja siihen toivotaan muutoksia (Vaarama, 2009). Myös eläkeliiton raportissa todetaan, että suomalaiset yli 60-vuotiaat ovat tyytymättömiä hoivapalveluiden tasoon ja palveluiden tason koetaan laskeneen. Kyseisen tutkimuksen tulokset kuitenkin eroavat tämän tutkielman tuloksista siltä osin, että tutkimuksessa ei voitu osoittaa, että tyytyväisyys naisten ja miesten välillä eroaisi toisistaan (Eläkeliitto, 2021.)

Toisella tutkimuskysymyksellä selvitettiin, miten taustatekijät vaikuttavat suhtautumiseen hoivavakuutukseen. Käytännössä tutkittiin, vaikuttavatko (ja jos, niin miten) sukupuoli, ikä, tulotaso tai asuinpaikka siihen, miten kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen. Kuvion 8 perusteella voidaan todeta, että naisten ja miesten välillä on eroa hoivavakuutukseen suhtautumisessa. Tämä voi johtua muun muassa siitä, että naiset ovat tyytymättömämpiä nykyiseen hoivajärjestelmään kuin miehet (kuvio 4), ja näin ollen hoivavakuutukselle nähdään naisten keskuudessa suurempi tarve. Myös aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että naiset hankkivat miehiä todennäköisemmin hoivavakuutuksen (Cohen, 1992) ja hoivavakuutus on yleisempi naisilla (Chatterjee & Fan, 2017). Tulokset ovat yhteneviä tämän tutkielman tulosten kanssa, mutta Suomessa tehdyssä tutkimuksessa on saatu myös tästä tutkielmasta poikkeavia tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemässä tutkimuksessa nimittäin osoitettiin, että hoivavakuutuksen kannattajat ovat useammin miehiä (Maunu, 2010). Tässä tutkielmassa taustatekijöiden tilastollista merkitsevyyttä tutkittiin tarkemmin logistisella regressioanalyysillä, jonka tuloksena voitiin osoittaa, ettei miesten ja naisten välinen ero suhtautumisessa ole tilastollisesti merkittävä. On mahdollista, että ero naisten ja miesten välillä ei ollut tilastollisesti merkittävä siitä syystä, että aineisto ei ollut riittävän edustava ja vastaajamäärä oli

suhteellisen pieni (n=227). Lisäksi aineistossa miesten osuus vastaajista oli huomattavasti pienempi verrattuna naisiin.

Tässä tutkimuksessa ei löydetty tilastollisesti merkitsevää yhteyttä iän ja hoivavakuutukseen suhtautumisen välillä. Ristiintaulukoinnista on kuitenkin havaittavissa selkeä trendi, jonka mukaan nuoremmat suhtautuvat hoivavakuutukseen positiivisemmin ja mitä enemmän ikää tulee, sitä varautuneempi on vastaajan asenne. Toisaalta iän osalta on kuitenkin huomionarvoista, että tämän tutkielman kyselyssä yli 70-vuotiaiden ikäluokassa hoivavakuutukseen suhtautuminen onkin selvästi myönteisempää verrattuna muihin ikäluokkiin. Ero ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkittävä ja kyselyyn vastanneita yli 70-vuotiaita oli vain 7 henkilöä, mikä heikentää tutkimustuloksen luotettavuutta. Aiemmissa tutkimuksissa on lisäksi osoitettu, että hoivavakuutus on suositumpi nuoremmassa ikäluokassa, mikä on muuten yhteneväinen tulos tämän tutkimuksen kanssa (Seppälä & Vähänen, 2017; Maunu, 2010).

Tämän tutkielman vastaajista maaseudulla asuvat suhtautuivat negatiivisemmin hoivavakuutukseen verrattuna kaupungissa ja taajamassa asuviin. Toisaalta logistisen regressioanalyysin tulosten perusteella näyttää siltä, että positiivinen suhtautuminen hoivavakuutukseen on todennäköisempää maaseudulla asuvien keskuudessa kuin kaupungissa asuvien. Asuinpaikkaan liittyvät erot suhtautumisessa eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkittäviä ja on huomattava, että kyselyyn vastanneista 24 henkilöä asui maaseudulla, kun taas taajamassa 22 asui henkilöä ja kaupungissa 179 henkilöä, joten satunnaisvirheen mahdollisuus on suuri. Maaseudulla ja taajamassa asuvien vastaajien osuus on kyselytutkimukseen osallistuneista pieni, mikä voi vaikuttaa tutkimustuloksiin. Maaseudulla ja kaupungissa asuvien eroja hoivavakuutukseen suhtautumiseen on tutkittu vähän, mutta aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että hoivavakuutukselle olisi kysyntää maaseudulla, mutta palveluiden tarjonta on riittämätöntä (Zhang, 2020).

Aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että hoivavakuutus on yleisempi hyvätuloisilla (Chatterjee & Fan, 2017; Cramer & Jensen, 2006). Tämän tutkielman tulokset kuitenkin eroavat näistä, eli vastaajista hyvätuloiset eivät suhtaudu hoivavakuutukseen positiivisemmin kuin matalaan tuloluokkaan kuuluvat, ja logistisen regressioanalyysin tulokset osoittavat, etteivät erot tuloluokkien välisessä suhtautumisessa ole tilastollisesti merkitseviä. Tässä tutkielmassa havaittiin, ettei taustatekijöillä ole vaikutusta siihen, miten kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen ja

todennäköisesti positiivista suhtautumusta hoivavakuutusta kohtaan selittävät muut tekijät, joita tässä tutkielmassa ei ole otettu huomioon.

5.2 Tutkielman rajoitteet ja jatkotutkimusmahdollisuudet

Tämän tutkielman aineisto koostui kyselylomakkeella kerätyistä vastauksista, joita tuli 227. Otokoko oli suhteellisen pieni, ja suurempi otoskoko parantaisi tulosten yleistettävyyttä. Kysely toteutettiin internetkyselynä, missä on omat heikkoutensa. Ensinnäkin vastaajat saattavat ymmärtää esitetyn kysymyksen eri tavalla kuin kysymyksen laatija, mikä voi vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen. Tässä tutkielmassa internetkyselyn haasteena oli myös se, että kysely ei tavoittanut vastaajia tasaisesti kaikista eri ikä- ja tuloluokista, minkä vuoksi ryhmien suhteelliset osuudet erosivat toisistaan. Erityisesti vanhempien vastaajien tavoittaminen internetkyselyn avulla oli haasteellista, mikä voi johtua muun muassa siitä, etteivät vanhemmat ihmiset käytä sosiaalista mediaa niin aktiivisesti kuin nuoret. Erot ryhmien suhteellisissa eroissa heikentävät aineiston edustavuutta, minkä vuoksi olisikin tarpeellista tutkia aihetta lisää edustavammalla otoksella.

Tässä tutkielmassa naisten osuus vastaajista oli huomattavan suuri. Kyselyyn vastanneista 166 oli naisia ja miehiä 57. Muun sukupuolisia kyselyyn vastasi 2. Naisten suurta osuutta kyselyyn vastanneista voi selittää se, että tutkimuksissa on todettu naisten vastaavan miehiä todennäköisemmin nettikyselyihin (Smith, 2009). Lisäksi naisten suurempaa vastaamisprosenttia voi selittää se, että naisten osuus hoiva-alalla työskentelevistä on suurempi kuin miesten (Kurvinen, 2020), ja näin ollen myös kiinnostus hoiva-alaa koskevia asioita kohtaan voi olla suurempaa. Tässä tutkielmassa otos on jaettu pienempiin osiin esimerkiksi tuloluokan, sukupuolen ja ikäluokan mukaan, mikä aiheuttaa haasteita tulosten luotettavuudelle. Kun otos jaetaan pienempiin osiin, satunnaisvirheen mahdollisuus ryhmien vastauksissa kasvaa (Heikkilä, 2017, 77).

Suomalaisten kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen on tutkittu Suomessa hyvin vähän, joten aiheesta on tarpeen tehdä lisää tutkimuksia. Lisäksi aihe on ajankohtainen, sillä väestön ikääntyminen ja julkisen sektorin heikentyminen lisäävät painetta kehittää hoivapalveluita. Olisikin hyödyllistä tutkia lisää suomalaisten kuluttajien suhtautumista hoivavakuutukseen edustavammalla aineistolla ja suuremmalla otoskoolla. Jotta tuloksia voidaan yleistää koskemaan suomalaisia kuluttajia, tulisi aineiston olla riittävän suuri satunnaisvirheen vähentämiseksi (Heikkilä, 2017, 76).

Lisäksi jatkotutkimuksissa voitaisiin selvittää tarkemmin millaisesta hoivavakuutuksesta suomalaiset kuluttajat ovat kiinnostuneet, ja millaisia ominaisuuksia he toivoisivat hoivavakuutukselta. Tässä tutkielmassa olisi lisäksi voitu selvittää, vaikuttaako koulutustaso siihen, miten suomalaiset kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen. Jatkotutkimuksissa olisikin tarpeen selvittää myös koulutustason vaikutusta hoivavakuutukseen suhtautumiseen. Tässä tutkielmassa iällä, sukupuolella, tulotasolla tai asuinpaikalla ei voitu osoittaa olevan tilastollista merkitystä siihen, miten kuluttajat suhtautuvat hoivavakuutukseen. Aiheesta olisi kuitenkin tarpeellista tehdä jatkotutkimuksia, ja on mahdollista, että eri tekijöiden vaikutus muuttuu tilastollisesti merkittäväksi, mikäli aineisto on riittävän suuri ja edustava. Jatkotutkimuksissa olisi kiinnostavaa myös tutkia, onko suhtautuminen hoivavakuutusta kohtaan positiivista niissä ikäluokissa, joissa hoivariski on suuri ja mahdollisesti jo toteutunut. Tässä tutkielmassa yli 70-vuotiaiden suhtautuminen hoivavakuutusta kohtaan oli pääosin positiivista, mutta tulos ei ole luotettava pienen vastaajamäärän takia.

LÄHDELUETTELO

Kirjallisuus

Backes-Gellner, U., & Veen, S. (2009). The impact of aging and age diversity on company performance. Web.

Bakx, P., de Meijer, C., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2015). Going formal or informal, who cares? The influence of public long-term care insurance. *Health economics*, 24(6), 631-643.

Blazer DG, Yaffe K, Karlawish J. Cognitive Aging: A Report From the Institute of Medicine. *JAMA*. 2015;313(21):2121–2122. doi:10.1001/jama.2015.4380

Boyer, M., de Nardi, M., Kapteyn, A., & Motyovszki, G. (2017). *Long-Term Care Insurance: Knowledge Barriers, Risk Perception and Adverse Selection*. Cambridge, Mass: National Bureau of Economic Research.

Boyle PA, Buchman AS, Wilson RS ym. Physical activity is associated with incident disability in community-based older persons. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(2):195-201.

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

Brown, J. R., & Finkelstein, A. *Supply or Demand: Why Is the Market for Long-Term Care Insurance So Small?* Cambridge, Mass: National Bureau of Economic Research, 2004. Print.

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

Brown, J. R., & Finkelstein, A. (2009). The Private Market for Long-Term Care Insurance in the United States: A Review of the Evidence. *The Journal of Risk and Insurance*, 76(1), 5–29. doi:10.1111/j.1539-6975.2008.00306.x

Brown, J., Goda, G., and McGarry, K. (2012). Long-term care insurance demand limited by beliefs about needs, concerns about insurers and care available from family. *Health Affairs*, (6):1294–302

Chatterjee, S. & Fan, L. (2017). Household Demand for Private Long Term Care Insurance: An Exploratory Note. *Economics Bulletin*, 37(3), 1975-1981.

Chen, L., Zhang, L., & Xu, X. (2020). Review of evolution of the public long-term care insurance (LTCI) system in different countries: Influence and challenge. *BMC Health Services Research*, 20, 1-21.

Cohen, A., & Siegelman, P. (2009). *Testing for Adverse Selection in Insurance Markets*. Cambridge, Mass: National Bureau of Economic Research.

- Cohen, M.A., N. Kumar, and S.S. Wallack. (1992). Who Buys Long-Term Care Insurance? *Health Affairs*, 11(1), 208–223. doi:10.1377/hlthaff.11.1.208
- Golafshani, Nahid. “Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research.” Qualitative report (2015): n. pag. Web.
- Costa-Font, J., Courbage, C. (2012). Financing Long-Term Care: New and Unresolved Questions. In: Costa-Font, J., Courbage, C. (eds) *Financing Long-Term Care in Europe*. Palgrave Macmillan, London.
- Courbage, C., & Roudaut, N. (2008). Empirical evidence on long-term care insurance purchase in France. *Geneva Papers on Risk & Insurance*, 33(4), 645.
- Courtemanche, Charles, and Daifeng He. “Tax Incentives and the Decision to Purchase Long-Term Care Insurance.” *Journal of public economics* 93.1 (2009): 296–310. Web.
- Cramer, A. T., & Jensen, G. A. (2006). Why Don't People Buy Long-Term-Care Insurance? *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 61(4), S185–S193. doi:10.1093/geronb/61.4.S185
- Eläkeliitto. (2021). +60-barometri. Saatavilla: https://elakeliitto.fi/sites/default/files/2021-09/El%C3%A4keliitto_%2B60-barometri_2021.pdf
- Finkelstein, A., & McGarry, K. (2006). Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market. *American Economic Review*, 96(4), 938–958.
- Hannu, S. Ikääntyvien henkilöriskit ja niiden vakuutettavuus. N.p., 2019. Print.
- Havakka, P., Niemelä, M. & Uusitalo, H. (toim.) (2018). *Sosiaalivakuutus*.
- Hinrichs, K. (2019). Old age and pensions. In *Routledge Handbook of the Welfare State 2. nd edition*.
- Heikkilä, T. (2017). *Tilastollinen tutkimus (9. uud. p.)*. Edita Publishing
- Hendel, I., & Lizzeri, A. (2003). The Role of Commitment in Dynamic Contracts: Evidence from Life Insurance. *The Quarterly journal of economics*, 118(1), 299–328.
- Huber, E. & Stephens, J. D. 2006. Combating Old and New Social Risks. Julkaisussa K.Armingeon & G. Bonoli (toim.) *The Politics of Post-Industrial Welfare States. Adapting Post War Social Policies to New Social Risks*. Routledge, 143 168 doi:10.1162/00335530360535169
- Jokivuori, Pertti, and Risto Hietala. *Määrällisiä Tarinoita: Monimuuttujamenetelmien Käyttö Ja Tulkinta*. Jyväskylä: Docendo, 2014. Print.
- Järvinen, R. 2004. Yksityisvakuutus sosiaalivakuutuksen täydentäjänä. Julkaisussa K. Hellsten & T. Helne (toim.) *Vakuuttava sosiaalivakuutus? Kela*, 184–203.
- Kalliomaa-Puha, L., & Kangas, O. (2015). Yhteistä ja yksityistä varautumista – vanhusten hoivan tulevaisuus. *Kalevi Sorsa -säätö*.

Kauppi, E., Määttänen, N., Salminen, T., Valkonen T. (2015). Vanhusten pitkäaikaishoidon tarve vuoteen 2040. Kunnallisan kehittämissäätiö.

Koponen P, Alha P. Terveystarkastukset, seulontatutkimukset ja terveyden edistäminen. Teoksessa: Häkkinen U, Alha P. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot, Terveys 2000 - tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006, Helsinki 2006. Saatavilla: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2006b10.pdf>

Kurvinen, A., Ylhäinen, M., Jolkkonen, A., Kahila, P., Keinänen, A., Moisio, M., Lemponen, V., Korsu, A., Rauhut, D.(2020-04-28). Sukupuolten tasa-arvo sosiaali- ja terveysalan muutoksessa: Sote-henkilöstön tasa-arvotutkimus Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162202/STM_2020_07_rap.pdf?isAllowed=y&sequence=1.

Lallemand, T., & Rycx, F. (2009). Are older workers harmful for firm productivity? *De Economist*, 157(3), 273-292.

Lassila, J., & Valkonen, T. (2009). Sosiaalilit ja moraalikato. ETLA Discussion Papers, No. 1181, The Research Institute of the Finnish Economy (ETLA), Helsinki.

Martikainen P, Moustgaard H, Murphy M, Einiö EK, Koskinen S, Martelin T, Noro A. Gender, living arrangements, and social circumstances as determinants of entry into and exit from long-term institutional care at older ages: a 6-year follow-up study of older Finns. *Gerontologist*. 2009 Feb;49(1):34–45. doi: 10.1093/geront/gnp013. Epub 2009 Mar 19. PMID: 19363002.

Maunu, T. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010. Hoivavakuutus ja suomalaisten mielipiteet hoivapalveluiden tuottamisesta ja rahoituksesta.

Meier, V. (1999). Why the Young Do Not Buy Long-Term Care Insurance. *Journal of Risk and Uncertainty*, 18(1), 83–98.

Määttänen, N. & Valkonen, T. (15.1.2020). ”Yksityinen varautuminen hoivan rahoitusta täydentämässä”. ETLA Raportti No 98. (978-951-44-8889-4.pdf, ei pvm.)

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

National Research Council, Commission on Life Sciences, Food and Nutrition Board, Committee on Diet and Health. (1989). *Diet and Health: Implications for Reducing Chronic Disease Risk*. Washington, D.C: National Academies Press.

Nummenmaa, Lauri. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. [Uudistettu laitos]. Helsinki: Tammi, 2023. Print

Paterson, D. H., & Warburton, D. E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 38. doi:10.1186/1479-5868-7-38

- Pauly, M.V. (1990), The Rational Non-purchase of Long-term Care Insurance, *Journal of Political Economy* 98, 153–68.
- Scanlon, W. J. (1992). Possible Reforms for Financing Long-Term Care. *The Journal of Economic Perspectives*, 6(3), 43–58.
- Seppälä, T., Vähänen, M. ”Veroilla vai varoilla?” *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos työpaperi* 18/2017.
- Sinervo, Timo. *Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? : kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010. Print.
- Smith, William G. Does Gender Influence Online Survey Participation? A Record-Linkage Analysis of University Faculty Online Survey Response Behavior. N.p., 2008. Print
- Suvi Ritola, Niko Väänänen. (2023). *Eläketietokirja*.
- Tenhunen, S. 2016. Eläkejärjestelmien tavoitteet ja ominaisuudet. Julkaisussa S. Tenhunen & R. Vaittinen (toim.) *Eläketalous*. Finva, 47–82.
- Tenhunen, S. & Vaittinen, R. 2016. Johdanto. Julkaisussa S. Tenhunen & R. Vaittinen (toim.) *Eläketalous*. Finva, 11–20.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos*. Helsinki: Tammi, 2018. Print.
- Vaarama, M. & Moisio, P. (2009). Hyvinvointivaltiomallin legitimizeetti. Teoksessa Vaarama, M. (toim.) *Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja 03/2009*. Helsinki: valtioneuvoston kanslia. Saatavilla: https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/622958/R0309_Ik%C3%A4%C3%A4ntyminen+riskin%C3%A4+ja+mahdollisuutena.pdf/365c507f-6983-48b0-9110-500d6a0b2453?version=1.0
- Valkonen, Tarmo. *Hoivariskit ja hoivavakuutukset*. Helsinki: Elinkeinoelämän tutkimuslaitos ETLA, 2012. Print.
- Vuoksimaa, E. 2019. ”*Kognitiivisten toimintojen muutokset – mikä on ikääntymistä, mikä sairautta?*” *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2019;135(11): 1075–84
- Zhang, Liangwen et al. “Urban–Rural Differences in Long-Term Care Service Status and Needs among Home-Based Elderly People in China.” *International journal of environmental research and public health* 17.5 (2020): 1701.
- Zhou-Richter, T., Browne, M. J., and Gründl, H. (2010). Don’t They Care? Or, Are They Just Unaware? Risk Perception and the Demand for Long-Term Care Insurance. *Journal of Risk and Insurance*, 77(4):715–747.

Verkkolähteet

Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos Kustantaja: Taloustieto Oy. Saatavilla: https://www.etla.fi/wp-content/uploads/hoivariskit_ja_hoivavakuutukset.pdf Viitattu 10.2.2024

Eläketurvakeskus. (2023a). Saatavilla: <https://www.etk.fi/suomen-elakejarjestelma/elaketurva/elaketurva-kokonaisuutena/> Viitattu 6.2.2024

Eläketurvakeskus. (2023b). Saatavilla: <https://www.etk.fi/suomen-elakejarjestelma/elakkeensaajien-tulotasokeskimaaraiset-elakkeet/> Viitattu 22.2.2024

European Commission. (2022). The Impact of Demographic Change - In a changing environment. https://commission.europa.eu/system/files/2023-01/Demography_report_2022_0.pdf Viitattu 6.2.2024

European Commission. (2023). Communication "Demographic change in Europe: a toolbox for action. https://commission.europa.eu/document/download/5efbf426-93f5-4b68-b650-1e37fdb24ba_en?filename=COM_2023_577_1_EN.pdf Viitattu 6.2.2024

OECD (2011), "Private Long-term Care Insurance: A Niche or a "Big Tent"?" Teoksessa Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD. Saatavilla: <https://www.oecd.org/els/health-systems/47884985.pdf> Viitattu 23.2.2024

Roslund, R. & Mäntymaa, J. (28.1.2019). Ylen laaja selvitys paljastaa Esperin Caren hoivakotien karuja käytäntöjä: sängystä pudonneet jätetty lattiaalle, hoivakoti välillä ilman hoitajaa. Yle. Saatavilla: <https://yle.fi/a/3-10617945> Viitattu 10.2.2024

Ruotsalainen, K. (2013). Väestö vanhenee – heikkeneekö huoltosuhte? Tilastokeskus. Saatavilla: https://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-02-21_001.html Viitattu 8.2.2024

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (2023a). Kuntien vastuulla olevat sotehuollon tehtävät. Saatavilla: <https://stm.fi/kuntien-vastuulla-olevat-sotehuollon-tehtavat> Viitattu 14.2.2024

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2023b). Ikääntyneiden palvelut. Saatavilla: <https://stm.fi/ikaantyneiden-palvelut> Viitattu 14.2.2024

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2023c). Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. Saatavilla: <https://stm.fi/asumispalvelut-asunnon-muutostyot> Viitattu 14.2.2024

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkójulkaisu]. ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 14.1.2024]. Saantitapa: <https://www.stat.fi/til/vaenn/>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkójulkaisu]. ISSN=1798-2529. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 6.4.2024]. Saantitapa: <https://stat.fi/tilasto/kuol>

Tilastokeskus. (2023). Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkójulkaisu]. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 2.2.2024]. Saantitapa: <https://stat.fi/tilasto/vaerak>

Tilastoraportti 21/2023, 11.5.2023 Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturvan menot ja rahoitus. THL. saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146556/TR_21_2023_11082023.pdf?sequence=8&isAllowed=y Viitattu 4.2.2024

Valtiovarainministeriö (2020). Kunnat käännekohdassa?:Kuntien tilannekuva 2020. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162061> Viitattu 10.2.2024

Valvira. 2024. Iäkkäiden palvelut. Saatavilla: <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/iakkaiden-palvelut>. Viitattu 14.2.2024

WHO. (2020). Life Expectancy at birth (Years). Saatavilla: <https://data.who.int/indicators/i/90E2E48> Viitattu 10.2.2024

WHO. (2022). Ageing and health. Saatavilla: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Viitattu 10.2.2024.

Lait ja säädökset

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012

Suomen perustuslaki 731/1999

LIITTEET

LIITE 1. Kyselylomake

YLEISTIETOA HOIVAVAKUUTUKSESTA

Jotta vastaaminen tuleviin kysymyksiin olisi helpompaa, tässä hiukan yleistietoa hoivavakuutuksesta Väestön ikääntyessä yhteiskunnan hoivan tarve lisääntyy. Hoivan tarve tarkoittaa riippuvuutta toisen henkilön avusta päivittäisissä rutiineissa, kuten ruoanlaitossa, pukeutumisessa ja henkilökohtaisen hygienian ylläpitämisessä esimerkiksi vanhuuden tai pitkäaikaisen sairauden takia. Tällä hetkellä Suomen julkiset hoivapalvelut kattavat kotipalvelun, kotisairaanhoidon sekä palveluasumisen. Rahallisia hoivaetuksia ovat eläkkeensaajien hoitotuki, joka tarjoaa taloudellista tukea hoivakustannuksiin, sekä omaishoidon tuki, joka on suunnattu kotona tehtävän hoivatyön tukemiseen.

Väestön ikääntyessä ja väestöllisen huoltosuhteen heikentyessä on pohdittava uusia ratkaisuja vanhuuden ajan hoivan turvaamiseksi ja rahoittamiseksi. Yhtenä vaihtoehtona on pohdittu vapaaehtoisia hoivavakuutuksia, jotka kattaisivat esimerkiksi kotihoidosta, laitoshoidosta tai muista hoivapalveluista aiheutuvia kustannuksia. Hoivavakuutus voisi korvata esimerkiksi syntyneitä hoivasta aiheutuneita kustannuksia, tai vaihtoehtoisesti korvaus voi olla kuukausittain maksettava summa, joka riippuu toimintakyvyn aleneman suuruudesta. Tällaisia vakuutuksia ei ole Suomessa nykyisin markkinoilla ja mahdollinen vapaaehtoinen hoivavakuutus tulisi Suomessa käytännössä täydentämään julkisia palveluita.

TAUSTATIEDOT

1. IKÄ

- alle 18-vuotias
- 18–25-vuotias
- 26–39-vuotias
- 40–54-vuotias
- 55–69-vuotias
- yli 70-vuotias

2. SUKUPUOLI

- Nainen
- Mies
- Muu

- En halua kertoa

3. HENKILÖKOHTAISET VUOSITULOT (BRUTTONA)

- Alle 15 000 €
- 15 000–24 999 €
- 25 000–34 999 €
- 35 000–44 999 €
- 45 000–54 999 €
- 55 000–64 999 €
- 64 999–74 999 €
- Yli 75 000 €

4. ASUINPAIKKA

- Kaupunki
- Taajama
- Maaseutu

OSIO 1. NYKYTILANNE JA JULKISEN SEKTORIN ROOLI

1. Julkisen sektorin tulisi järjestää vanhuuden ajan hoiva.
 - Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - En samaa enkä eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä

2. Veroja voidaan tarvittaessa korottaa, jotta hoivapalvelut saadaan tulevaisuudessa turvattua ja rahoitettua
 - Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - En samaa enkä eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä

3. Luotan julkisen sektorin kykyyn tarjota tasoltaan ja laadultaan riittävät hoivapalvelut.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

4. Olen tyytyväinen nykyiseen hoivajärjestelmään Suomessa.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

5. Olen huolestunut itseni tai läheiseni vanhuuden ajan hoivan järjestymisestä.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

OSIO 2. NÄKEMYKSET VAPAAEHTOISESTA HOIVAVAKUUTUKSESTA.

1. Vapaaehtoisen hoivavakuutuksen tuleminen Suomen markkinoille olisi mielestäni hyvä asia.

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En samaa enkä eri mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

2. Harkitsisin hoivavakuutuksen ottamista tulevaisuudessa, jos sellainen tulisi Suomen markkinoille.

- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - En samaa enkä eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
3. Uskon, että vapaaehtoinen hoivavakuutus antaisi enemmän valinnanvapautta hoivapalveluiden suhteen tulevaisuudessa.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - En samaa enkä eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
4. Uskon, että hoivavakuutus voisi tarjota mahdollisuuden saada laadukkaampia hoivapalveluita tulevaisuudessa.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - En samaa enkä eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä

OSIO 3. HOIVAVAKUUTUKSEEN LIITTYVÄT ONGELMAT

1. Uskon, että vapaaehtoinen hoivavakuutus lisäisi eriarvoisuutta yhteiskunnassa.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - En samaa enkä eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
2. Uskon, että vapaaehtoinen hoivavakuutus heikentäisi julkisia hoivapalveluita ja -etuuksia.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä

- En samaa enkä eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
3. Uskon, että vapaaehtoisen hoivavakuutuksen hinta muodostuisi itselleni liian korkeaksi.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - En samaa enkä eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
4. Olen huolestunut siitä, että vakuutusyhtiöt käyttäisivät luovuttamiani terveystietoja väärin.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - En samaa enkä eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
5. Olen huolestunut siitä, että hoivavakuutuksen vakuutusehdot olisivat epäselviä ja vaikeasti ymmärrettäviä.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - En samaa enkä eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä

OSIO 4. AVOIMET KYSYMYKSET

1. Millaisia hyviä puolia tai mahdollisuuksia näet vapaaehtoisessa hoivavakuutuksessa?
2. Millaisia huolia sinulla on liittyen hoivavakuutukseen?