

VANHUSTEN HOIVA SUOMESSA JA ERÄISSÄ MUISSA EUROOPAN MAISSA

Niina Metsämäki

Topsos – Sosiaalivakuutuksen ammatillinen lisensiaattitutkimus

Sosiaalipolitiikan laitos

Turun yliopisto

Toukokuu 2006

Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja

Sarja D: 4/2006 Sosiaalivakuutuksen ammatilliset lisensiaattitutkielmat

ISBN 951-29-3087-0

TURUN YLIOPISTO
Sosiaalipolitiikan laitos / Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

METSÄMÄKI, NIINA: Vanhusten hoiva Suomessa ja eräissä muissa Euroopan maissa

Ammatillinen lisensiaattitutkimus, 56 s.

Sosiaalipolitiikka

Toukokuu 2006

Tutkimuksessa kartoitetaan väestörakenteen muutoksesta aiheutuvaa hoivatarpeen kasvua ja siihen liittyviä sosiaaliturvajärjestelmän haasteita. Suomalaista ikääntyneiden hoivajärjestelmää verrataan systemaattisesti eräiden muiden Euroopan maiden hoivajärjestelmiin. Tutkimuksessa selvitetään, jäsentävätkö hyvinvointivaltioregiimit hoivajärjestelmiä. Uudelleen erittelevän analyysin kohteena ovat Suomen, Tanskan, Saksan, Itävallan ja Ison-Britannian hoivajärjestelmät: hoivaan liittyvät etuudet ja palvelumuodot, rahoitus, hoivan tuottaminen ja hallinnointijärjestelyt. Maat on valittu niin, että ne edustavat eri hyvinvointivaltioregiimejä.

Tutkimuksen aineistona käytetään aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja raportteja, tilastoaineistoja ja tietokantoja (mm. OECD, Eurostat ja Tilastokeskus), MISSOCin kansainvälistä vertailumateriaalia sekä erityisesti suomalaisia selvityksiä, työryhmämuistioita ja komiteanmietintöjä.

Hyvinvointivaltioregiimit eivät jäsennä hoivajärjestelmiä erityisen hyvin. Suomessa ikääntyneiden hoiva voidaan järjestää useilla vaihtoehtoisilla tavoilla ja järjestelmässä on yhtäläisyyksiä kaikkien muiden esimerkkimaiden järjestelmien kanssa. Suomalainen hoivajärjestelmä ei kaikilta osin noudata pohjoismaisen hyvinvointivaltioregiimin ideaalityyppisiä piirteitä. Keski-Euroopan esimerkkimaat ovat päätyneet keskenään erilaisiin ratkaisuihin, Saksa pakolliseen sosiaalivakuutukseen ja Itävalta universaaliin malliin. Ison-Britannian ja Tanskan järjestelmät sopivat melko hyvin regiimityypittelyyn. Tanska on hoivan osalta pohjoismainen palveluvaltio ja Iso-Britannia anglosaksinen liberaali hyvinvointivaltio.

Ikääntyneiden sosiaalimenojen tarkastelu osoittaa, että raha- ja palvelueteuksien osuudet ikääntyneiden sosiaalimenoista ovat Suomessa ja Saksassa yhtä suuret. Itävallassa julkisten palvelujen osuus kustannuksista on noussut selvästi. Tanskassa ei ole tapahtunut juurikaan muutosta: palveluiden kustannusosuus on ikääntyneiden sosiaalimenoista noin neljännes. Isossa-Britanniassa suurin osa ikääntyneiden sosiaalimenoista käytetään rahaetuuksiin.

Eri maiden hoivajärjestelmissä on yhteisiä piirteitä, joista ehkä merkittävin on epävirallisen hoivan tukeminen. Tältä osin maat näyttävät lähentyneen: julkisen sektorin vastuuta on alettu lisätä Itävallassa ja Saksassa, kun taas Suomessa on viime vuosina painotettu omaishoitoa sekä järjestöjen ja yksityisen sektorin merkitystä.

Asiasanat: hoiva, hoivavakuutus, hoivajärjestelmä, hoivapalvelut, ikääntyminen, uudet sosiaaliset riskit

SISÄLTÖ

1. Johdanto	1
2. Hyvinvointiregiimien piirteitä	6
3. Sosiaalisen turvallisuuden tuottamisen keinot ja vastuut	9
4. Uudet sosiaaliset riskit ja muutokset niiden taustalla	12
4.1. Väestönkehitys ja ikääntyneiden määrän kasvu	14
4.2. Naisten työssäkäynnin ja perheen muutokset	16
5. Eurooppalaiset hoivajärjestelmät	20
5.1. Suomen hoivajärjestelmä	23
5.2. Tanskan hoivajärjestelmä	30
5.3. Saksan hoivajärjestelmä	31
5.4. Itävallan hoivajärjestelmä	34
5.5. Ison-Britannian hoivajärjestelmä	37
6. Hyvinvointivaltioregiimit ja hoivajärjestelmät	40
7. Yhteenveto	48
Kirjallisuus	52

1. Johdanto

Ikääntyneiden ihmisten absoluuttinen määrä ja suhteellinen väestöosuus kasvavat lähivuosina useimmissa eurooppalaisissa hyvinvointivaltioissa. Tämä johtuu paitsi suurten ikäluokkien ikääntymisestä myös väestön eliniän pitenemisestä ja syntyvyyden alenemisestä. Huoltosuhte heikkenee kaikkialla Euroopassa. Suomessa huoltosuhteen arvioidaan huononevan erityisen nopeasti ja sen oletetaan kaksinkertaistuvan kolmessa vuosikymmenessä. (Parjanne 2004, 15; Luoma ym. 2003, 9–10; Rätty ym. 2003, 1–2; Glendinning 2004, 1–2.)

Väestöennusteissa elinajanodotteiden kasvu on aliarvioitu (Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille ... 2004, 11). Vielä 1990-luvun alussa vanhusten määrän ennustettiin kasvavan hetkellisesti suureksi, kun suuret ikäluokat tulevat vanhuusikään. Väestön ikärakenteen ei kuitenkaan ajateltu muuttuvan pysyvästi. Esimerkiksi Suomessa on vasta viime vuosina alettu pohtia väestömuutoksen vaikutuksia laajemmin koko sosiaali- ja terveyspolitiikkaan (Muuri 2006, 207; Hallitusohjelmat 2003, 1999, 1995), ei pelkästään eläkejärjestelmän kestävyteen.

Väestörakenteen muutoksen katsotaan haastavan eurooppalaiset sosiaaliturvajärjestelmät ja palvelujen järjestämisen. Ikääntyneiden määrän lisääntyessä myös hoivapalvelujen tarpeen ja niistä aiheutuvien kustannusten oletetaan kasvavan aiempaa suuremmaksi. (Vaarama ym. 2006, 104; Vaarama ym. 2005, 38–40; Vaarama & Voutilainen 2002, Sosiaalimenojen kehitystä ja ... 2002; Pierson 2001, 93; Alber 1995, 134.) Suomessa asiakasmäärien, resurssitarpeiden ja käyttökulujen arvioidaan kaksinkertaistuvan, jos hoivapalvelujen nykyinen rakenne säilytetään vuoteen 2030 saakka. Vaikka ikääntyneiden toimintakyky paranisi ja toimintaa tehostettaisiin palvelurakennetta muuttamalla, kustannusten nousu olisi huomattava. (Vaarama & Voutilainen 2002, 357, 362.) Vastaavia laskelmia on tehty esimerkiksi Isossa-Britanniassa ja Saksassa. Useissa Euroopan maissa menojen lisääntymistä on jo ennakoitu. Sosiaaliturvajärjestelmien kustannusten kasvun hillitseminen (cost containment) onkin toimintamalli, joka on ollut viime

vuosina usein esillä (ks. esim. Sosiaalimenojen kehitystä ja ... 2002; Comas-Herrera ym. 2003a; Leitner & Lessenich 2003, 334; Pfaff & Stapf-Finé 2005; Rothgang 2005).

Sosiaalipolitiikan institutionaalista kehitystä koskeva kansainvälinen tutkimus on osoittanut, että useimmissa maissa sosiaalipolitiikka on ollut uudelleenmuotoilun kohteena. Englanninkielisessä tutkimuksessa muutoksista on käytetty sanoja retrenchment, recalibration, restructuring, recasting ja reforming (esim. Clasen & Siegel 2005; Powell 2004; Palier 2001; Pierson 2001). Hyvinvointivaltioiden kulta-ajasta ja aktiivisen laajentamisen kaudesta on siirrytty ylläpitovaiheeseen. Erilaisista yhteiskunnallisista muutoksista aiheutuneet paineet kustannusten nousuun ovat johtaneet uudelleenmuotoiluun ja -kalibrointiin. Kuluja on karsittu ja menoja leikattu, jotta sosiaaliturvajärjestelmien kestävyys voitaisiin turvata. (Castles 2004, 45, 118, 182; Castles 2005, 425; Leitner & Lessenich 2003, 325; Pierson 2001, 93–94; Myles & Pierson 2001, 305–307.)

Tutkijat arvelevat, että perinteisissä sosiaaliturvajärjestelmissä ei ole varauduttu riittävästi väestön ikääntymisestä ja etenkin hyvin vanhojen ihmisten määrän kasvusta aiheutuviin uudenlaisiin sosiaalisiin riskeihin (esim. Moreno & Palier 2004; Taylor-Gooby 2004, Timonen 2003). Ikääntyneiden määrän lisääntymisen ohella julkisen sektorin järjestämien hoivan tarvetta kasvattavat perherakenteen muutokset, naisten kokopäivätyössä käyminen ja työikäisten keskittyminen kasvukeskuksiin. Myös perheiden keskimääräisen koon pieneneminen ja yksin asuvien määrän kasvu lisäävät julkisen sektorin järjestämien hoivapalvelujen tarvetta, koska hoivasta ovat vastanneet perinteisesti lähimaiset, yleensä naiset. Lisäksi tarpeeseen vaikuttavat muun muassa teknologian kehitys sekä uudet lääkkeet ja hoitomahdollisuudet. (Luoma ym. 2003; Rätty ym. 2003; Kerola ym. 2002; Jacobzone ym. 1998.)

Hoivaan liittyvät ongelmat ovat eurooppalaisille hyvinvointivaltioille yhteisiä, vaikka niiden historialliset kehityskulut ovat keskenään erilaisia ja edellä mainitut yhteiskunnalliset muutokset ovat tapahtuneet niissä eri aikoina. Siksi Euroopan unionin avoimen koordinaation menetelmää on laajennettu terveys- ja hoivapalveluihin. Tähän saakka EU:n sosiaalipolitiikka on pitkälti tukenut työmarkkinoita (Kohl & Vahlpahl 2004, 375).

Myös kansainvälisessä vertailevassa tutkimuksessa hoiva ja sosiaalipalvelut ovat olleet viime aikoina esillä (Anttonen 2005, 269). Krögerin (2001, 11) mukaan sosiaalipalveluiden tutkimus laajeni 1990-luvulla. Hoivaa on tutkittu kuitenkin melko vähän siihen verrattuna, miten paljon hyvinvointia on tarkasteltu tulonmenetyksen näkökulmasta (Szebehely 2005, 21). Rahaetuuksien ja palveluiden muodostama kokonaisuus näyttää olleen aika harvoin tutkimuksen kohteena. Vertailevassa tutkimuksessa on keskitytty usein joko terveydenhuoltoon tai sosiaalihuoltoon ja vain yhteen etuuksien tai palveluiden käyttäjäryhmään (Rostgaard & Lehto 2001, 138; Lehto ym. 1999, 131). Myös yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen rooli hoivan tuottamisessa on jäänyt melkein kokonaan tutkimuksen ulkopuolelle ainakin Pohjoismaissa (Kröger 2005, 273).

Tässä tutkimuksessa kartoitetaan väestörakenteen muutoksesta aiheutuvaa hoivatarpeen kasvua ja siihen liittyviä sosiaaliturvajärjestelmän haasteita ja verrataan suomalaista ikääntyneiden hoivajärjestelmää eräiden muiden Euroopan maiden hoivajärjestelmiin. Tutkimuksessa tarkastellaan suomalaisesta näkökulmasta, minkälaisia hoivaan liittyviä ratkaisuja ja järjestelyjä muualla Euroopassa on tehty ja mihin suuntaan järjestelmiä on kehitetty. Samalla suomalaista hoivajärjestelmää tarkastellaan laajemmassa eurooppalaisessa kontekstissa ja osoitetaan sen erityispiirteet ja yhtäläisyydet muiden tutkimuksen kohteena olevien hyvinvointivaltioiden hoivajärjestelmien kanssa. (Vrt. Repo 1997, 11–12.)

Tutkimuksen kohteena ovat viiden eurooppalaisen maan hoivajärjestelmät: hoivaan liittyvät etuudet ja palvelumuodot, rahoitus, hoivan tuottaminen (toimeenpano) ja hallinnointijärjestelyt. Maat on valittu niin, että ne edustavat eri hyvinvointivaltioregiimejä. Keskieurooppalaista regiimiä edustavat Saksa ja Itävalta, anglosaksista regiimiä Iso-Britannia ja pohjoismaista regiimiä Tanska ja Suomi.

Vaikka regiimit ovat hyvinvointivaltioiden analysoinnissa ja kuvaamisessa hyödyllisiä ja käyttökelpoisia, pelkkä regiimitarkastelu on liian karkea yksittäisen sosiaaliturvan sektorin analysointiin (Clasen & van Oorschot 2001, 28–29; Kangas 2004, 193; Timonen 2005, 31). Tässä tutkimuksessa hoivajärjestelmiä

vertaillaan seuraavien ulottuvuuksien kautta: 1) etuustyyppi, 2) etuuksien saamisedot, 3) hyvinvoinnin tuottamisen vastuu (palveluiden osalta epävirallinen sektori mukaan lukien), 4) rahoittaminen ja 5) hallinnointi.

Analyysi on luonteeltaan uudelleen erittelevää. Tarkastelun ja kuvauksen kohteena on koko järjestelmä, myös epävirallinen hoiva. Kokonaisuudesta käytetään termiä "hoivajärjestelmä" siitä huolimatta, ettei kaikissa maissa ole omaa erillistä hoivavakuutus- tai hoivapalvelujärjestelmää koskevaa lainsäädäntöä. Lasten ja vammaisten hoiva ja sosiaaliturvaetuudet on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

Tutkimuksella etsitään vastausta seuraaviin kysymyksiin: Minkälaisia ratkaisuja Suomessa on tehty tai esitetty? Miten yksityinen ja julkinen vastuu Suomessa jakautuvat? Jäsentävätkö hyvinvointivaltioregiimit hoivajärjestelmiä? Ovatko keskieurooppalaiset ns. työperusteiset jakovaltiot noudattaneet perinteitään myös hoivajärjestelmän rakentamisessa? Toisin sanoen ovatko järjestelmät vakuutusmuotoisia ja etuudet työmarkkina-asemaan sidottuja ja ansioperusteisia? Korostuvatko julkiset palvelut ns. pohjoismaisessa mallissa? Miten hoiva on järjestetty liberaalissa anglosaksisessa hyvinvointivaltiossa?

Tutkimuksen taustana on hyvinvointivaltioregiimeistä ja -malleista tehdyt tutkimukset. Regiimit ja niiden ominaispiirteet samoin kuin sosiaalisen turvallisuuden tuottamisen keinot ja vastuut esitellään pääkohdittain luvuissa kaksi ja kolme. Sen jälkeen tarkastellaan uusia sosiaalisia riskejä ja niiden taustalla olevia yhteiskunnallisia muutoksia: väestön ikääntymistä, naisten työssäkäynnin lisääntymistä ja perheen muutoksia. Uusia sosiaalisia riskejä käsitellään paitsi aiemman tutkimuksen myös OECD:n, Tilastokeskuksen, Eurostatin ja YK:n tilastoaineistojen avulla.

Esimerkkimaiden hoivajärjestelmät kuvataan kappaleessa viisi. Aineistona käytetään tutkimuksia, erilaisia selvityksiä sekä MISSOCin ja OECD:n kattavaa kansainvälistä materiaalia, mm. sosiaalimenotietokantaa (SOCX). Suomen hoivajärjestelmän kuvaus on muiden vertailumaiden kuvauksia yksityiskohtaisempi, koska Suomen osalta aineistona käytetään edellä mainittujen lähteiden lisäksi lainsäädäntöön liittyviä asiakirjoja, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen työryhmämuistioita ja Stakesin SOTKANet-tietokantaa.

Aineistonkeruun ydintiedot on tiivistetty taulukoksi, jonka pohjalta tutkittavien maiden hoivajärjestelmät ovat vertailtavissa eri ulottuvuuksien suhteen havainnollisesti ja systemaattisesti. (Taulukko 6, s. 43–44.) Sen pohjalta kappaleessa kuusi arvioidaan, edustavatko kunkin esimerkkimaan hoivajärjestelmät hyvinvointivaltioregiimiä. Kappale seitsemän on yhteenveto, jossa tarkastellaan järjestelmien yhteisiä piirteitä, verrataan tuloksia aiempiin tutkimuksiin ja lisäksi pohditaan tulevaisuuden näkymiä.

2. Hyvinvointiregiimien piirteitä

Hyvinvointivaltioita on ryhmitelty ja tyypitelty eri perusteilla ja niistä on muodostettu ideaalityyppejä, jotka kuvaavat hyvinvointivaltioiden sosiaaliturvajärjestelmissä esiintyviä eroja ja yhtäläisyyksiä. Tunnetuin on Gøsta Esping-Andersenin (1990) tekemä jaottelu pohjoismaiseen sosiaalidemokraattiseen, angloamerikkalaiseen markkinaliberaaliin ja keskieurooppalaiseen konservatiiviseen hyvinvointiregiimiin. Kolmijaon taustalla ovat sosiaalipolitiikan ulottuvuudet, mm. valtion ja markkinoiden välinen suhde ja sosiaalipolitiikan dekommodifikaatio-vaikutukset sekä mallien kehitykseen vaikuttaneet poliittiset ideologiat.

Tutkijat ovat sittemmin täydentäneet jaottelua, ja regiimejä on nimetty eri tavoin. Niiden määrä ja perusominaisuudet ovat kuitenkin säilyneet melko samanlaisina (Abrahamson 1999, 408). Mukaan on yleensä otettu neljäs, eteläeurooppalainen malli (esim. Arts & Gelissen 2002, 142; Bonoli ym. 2000, 14). Myös Itä-Euroopasta, Aasiasta ja Etelä-Amerikasta on löydetty uusia ideaalityyppejä (Esping-Andersen 1996, 20–24). Tarkastelun kohteeksi on otettu lisäulottuvuuksia: etuustyyppi, etuuden taso ja niiden saantiehtot sekä hyvinvoinnin tuottamisesta ja rahoituksesta vastaavat tahot eli niin kutsutut pilarit (Goodin & Rein 2001, 777; Pacolet 1999, 102–104; Korpi & Palme 1996, 12).

Keskieurooppalaisen konservatiivisen hyvinvointivaltion juuret ovat bismarckilaisessa sosiaalivakuutusmallissa. Sosiaaliturvajärjestelmä perustuu pakolliseen vakuuttamiseen ja korporatistiseen hallintoon (Korpi 2003, 10). Etuudet ovat ansiosidonnaisia ja perustuvat työmarkkina-asemaan. Perheenjäsenet ovat vakuutettuja työssäkäyvän huoltajan kautta. Perheen vastuu sosiaalisen turvallisuuden tuottamisessa on muutenkin korostunut, sillä subsidiariteetti- eli läheisyysperiaatteen mukaisesti ensisijainen vastuu hyvinvointipalvelujen tuottamisesta on omaisilla ja lähiyhteisöllä. Perheen lisäksi kolmannen sektorin rooli on keskeinen, kun taas julkisten palvelujen tarjonta on suppeaa. (Esping-Andersen 1990, 27; Korpi 2003, 10; Goodin & Rein 2001, 777, 783; Pierson 2001, 445.) Mallin esimerkkimaana pidetään yleensä Saksaa.

Etelä-Euroopan hyvinvointivaltiot on usein niputettu yhteen konservatiivisen mallin maiden kanssa, koska niissä sosiaaliturvaetuudet ovat periaatteiltaan bismarckilaisia: vakuutusperusteisia ja sidoksissa työmarkkina-asemaan sekä ansioihin. Etuudet ovat perhekohtaisia samaan tapaan kuin esimerkiksi Saksassa. Malli on silti syytä erottaa omakseen, sillä sosiaaliturvajärjestelmä on keskieurooppalaista hajanaisempi ja vähemmän kattava. Myös etuuksien taso on melko matala. Hoivan järjestämisen katsotaan kuuluvan perheelle ja epävirallisille yhteisöille, ei hyvinvointivaltion tehtäviin. (Hellsten 1995, 428.)

Anglosaksisessa markkinaliberaalissa hyvinvointiregiimissä valtion rooli on melko suppea sekä vakuuttamisessa että palvelujen tuottamisessa. Verovaroin rahoitettavat sosiaaliturvan etuudet ovat vahvasti tarveharkintaisia ja tarjoavat vain vähimmäisturvan. Mallille on tyypillistä, että normaalin toimeentulon säilyttävä ansioturva järjestetään kollektiivisen työmarkkinavakuutuksen tai yksityisen vakuutuksen kautta. Valtio tukee vapaaehtoista varautumista joko aktiivisesti tai passiivisesti. (Esping-Andersen 1990, 26–27; Korpi & Palme 1996, 13–14; Goodin & Rein 2001, 777; Pierson 2001, 432.) Yksilön oma vastuu ja markkinoiden merkitys korostuvat. Taustalla on ajatus siitä, että jokainen huolehtii itse omasta ja perheensä turvasta. Sosiaalisen turvallisuuden tuottamisen vastuu jakautuu markkinoiden ja perheen kesken. Valtio vastaa minimitasoisesta turvasta vasta, jos perhe ja markkinat epäonnistuvat. (Goodin ja Rein 2001, 783–784.) Liberaalin hyvinvointivaltion arkkityyppi on Yhdysvallat. Eurooppalaisena mallimaana pidetään tavallisesti Isoa-Britanniaa, joka ei kuitenkaan ole puhtaasti liberaali hyvinvointivaltio. Beveridgeläinen ajatus yhtenäisestä ja koko väestölle kuuluvasta sosiaalivakuutuksesta on ollut hyvinvointivaltion kehityksessä merkittävä. Esimerkiksi kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä on Isossa-Britanniassa universaali (Giaino 2001, 335).

Pohjoismaisessa, sosiaalidemokraattisessa hyvinvointivaltiossa julkisen sektorin vastuu sosiaalisen turvallisuuden tuottamisessa on korostunut. Abrahamson (1992, 408) nimittää pohjoismaista ideaalityyppiä beveridgeläisen hyvinvointivaltion luksusversioksi. Valtio tarjoaa universaalista mutta melko matalatasoisen perustoimeentuloturvan kaikille, periaatteessa ilman ehtoja. Etuuksien saaminen perustuu asumiseen ja turva rahoitetaan verovaroilla. Pohjoismaiseen malliin kuuluvat lisäksi vakuutusperusteiset ansiosidonnaiset

etuudet, joiden avulla pyritään säilyttämään saavutettu elintaso. Perheen roolin sijaan on perinteisesti melko pieni: sosiaaliturva perustuu yksilön oikeuksiin ja tarpeisiin. Sen vuoksi myös julkisen sektorin vastuulla oleva laaja palvelujärjestelmä on regiimille tunnusmerkkinen. (Esping-Andersen 1990, 2–28; Goodin & Rein 2001, 777; Korpi & Palme 1996, 13–14; Pierson 2001, 440.)

Pohjoismaisen mallin prototyyppinä pidetään Ruotsia. Myös Suomi kuuluu skandinaavisten hyvinvointivaltioiden joukkoon, koska sosiaaliturva perustuu yksilön oikeuksiin ja perustoimeentuloturva ja terveydenhuolto ovat universaaleja. Vaikka Pohjoismaita pidetään homogeenisena ryhmänä, regiimi ei ole yhtenäinen. Mallin sisällä on erilaisia vivahteita ja painotuksia. Hyvinvointivaltioiden kehittyessä on syntynyt paljon variaatioita, joita yksikään tyypittelytapa ei voi täydellisesti kuvata (Korpi ja Palme 1996, 12).

Yksittäisen hyvinvointivaltion arkkitehtuuri rakentuu sosiaalisen turvallisuuden tuottamisen vastuista ja keinoista (Rostgaard ja Lehto 2001, 140). Puhtaasti ideaalittyyppejä hyvinvointivaltioita ei ole. Todellisuudessa hyvinvointivaltiot ovat hybridejä, joissa ideaalittyypiset ominaisuudet sekoittuvat keskenään. (Arts & Gelissen 2002, 137; Goodin ja Rein 2001, 771.)

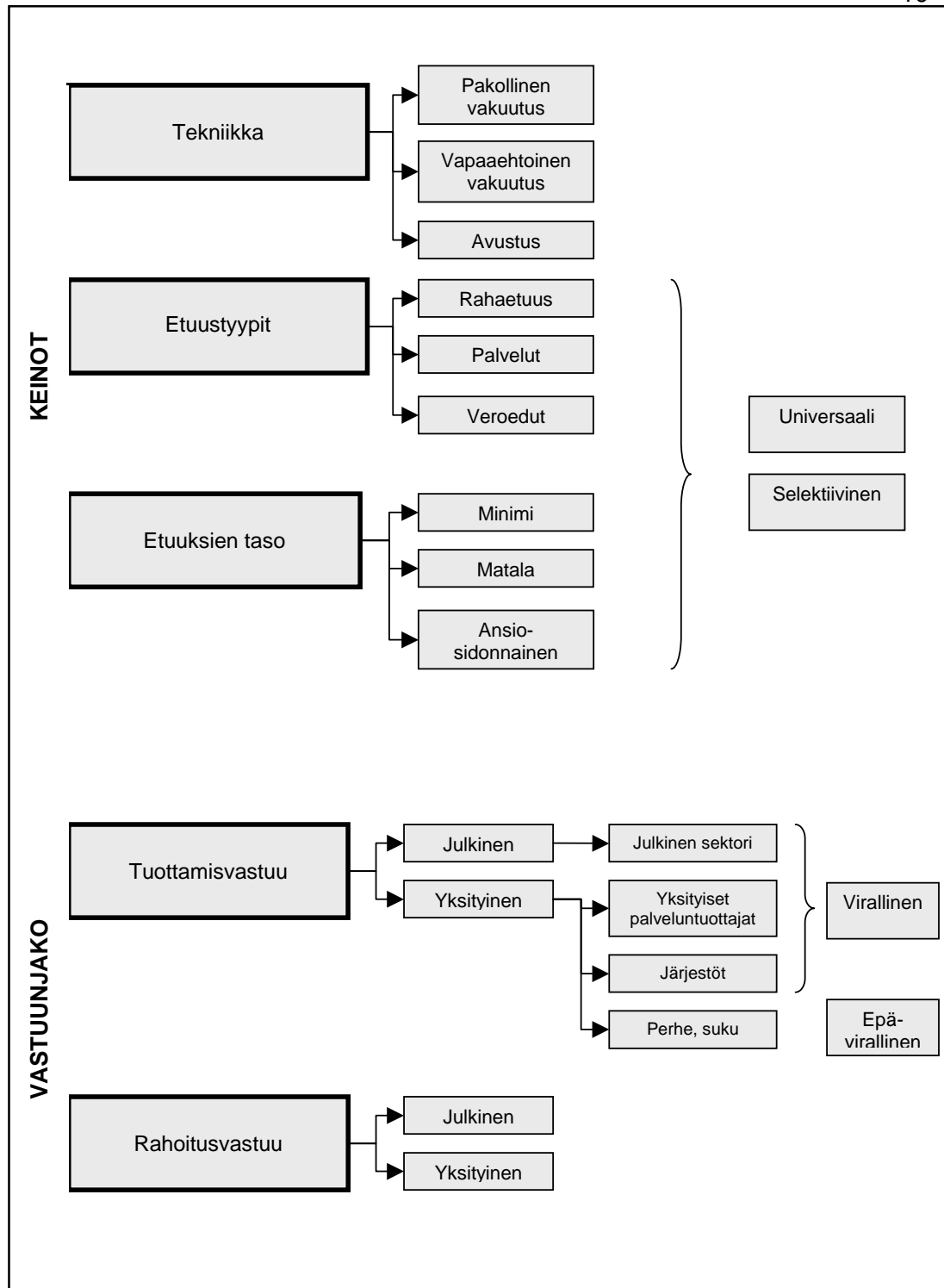
Tanskaa on luonnehdittu liberaaliksi Pohjoismaaksi ja toisaalta suomalaisen hyvinvointivaltion kehitys on ollut muista Pohjoismaista poikkeava. Etelä-Euroopan maiden sosiaaliturvajärjestelmissä on paljon piirteitä konservatiivisen mallin maista, mutta lisäksi ominaisuuksia myös brittiläisistä ja pohjoismaisista käytännöistä (Hellsten 1995, 429, 431.) Konservatiivisessa regiimissä taas sosiaaliturvajärjestelmät ovat melko itsenäisiä, mutta valtiolla on kuitenkin ohjaava ja valvova rooli, mikä tuo niitä lähemmäksi sosiaalidemokraattisen mallin maita. (Goodin & Rein 2001, 784–785.)

3. Sosiaalisen turvallisuuden tuottamisen keinot ja vastuut

Sosiaaliturvaetuudet voidaan jakaa rahaetuuksiin ja palveluihin. Etuuksien saamisedot määrittelevät, kuka kuuluu etuuksien piiriin ja millä perusteella rahaetuuksia voidaan maksaa tai palveluja saada. Etuudet voivat olla universaaleja, vakuutusperusteisia tai avustuksia. Universaalit etuudet kuuluvat periaatteessa kaikille kansalaisille ja ne ovat tavallisesti tasasuuruisia ja melko matalatasoisia. Selektiiviset etuudet kuuluvat vain jollekin ryhmälle. Tällaisia etuuksia voivat olla yhtäältä työmarkkina-asemaan perustuvat ansiosidonnaiset etuudet ja toisaalta taloudellisen tarveharkinnan perusteella myönnettävät minimitasoiset etuudet. (Korpi & Palme 1996, 12; Goodin & Rein 2001, 777.)

Palveluiden osalta on olennaista, kuka vastaa hyvinvoinnin tuottamisesta. Vastuunjakoa voidaan tarkastella niin hyvinvoinnin tuottamisen ja julkisten järjestelmien hallinnoinnin kuin rahoituksenkin näkökulmasta. Karkeimman jaon voi tehdä virallisen ja epävirallisen välille. Niin sanotun pilarinäkökulman avulla voidaan tarkemmin määritellä, mikä taho eli pilari pääasiassa vastaa hyvinvoinnista: julkinen sektori (state), markkinat (market) vai kansalaisyhteiskunta (family and community) (Goodin & Rein 2001, 779; Esping-Andersen 2003, 8).

Julkinen sektori tarjoaa hyvinvointipalveluja ja rahaetuuksia. Se rahoittaa toiminnan sosiaalivakuutusmaksujen, verotuksen tai veroluonteisten maksujen ja asiakasmaksujen avulla. Pilariin kuuluvat paitsi valtionhallinnon myös paikallishallinnon vastuulla olevat palvelut. Markkinapilariin kuuluvat hyvinvointijärjestelyt, joista kansalainen huolehtii itse ja hankkii ne omilla tuloillaan vapailta markkinoilta. Palvelujen tai vapaaehtoisen vakuutusturvan hankkimista voidaan tukea julkisesti myös verovähennysten kautta (esimerkiksi Suomen kotitalousvähennys ja vapaaehtoisten eläkevakuutusten maksujen verovähennykset). Kansalaisyhteiskunnan käsite sisältää kolmannen sektorin toimijat kuten kirkon ja erilaiset voittoa tavoittelemattomat järjestöt sekä perheen tuottaman epävirallisen hoivan. (Goodin & Rein 2001, 779; Rostgaard ja Lehto 2001, 141–142; Biffi 2004, 38; Szebehely 2005, 26.)



Kuva 1. Hyvinvointivaltion vastuunjako ja sosiaalisen turvallisuuden tuottamisen keinot.

Vastuu taloudellisesta turvallisuudesta on jaettu eri aikoina eri tavoin perheen ja muun yhteisön, julkisen sektorin ja markkinoiden kesken. Varautumisen ja

riskien tasaamisen keinoina on käytetty sekä avustuksia että vakuutuksia (Albert 2004, 22–24). Nämä keinot ovat edelleen käytössä myös nykyisten hyvinvointivaltioiden sosiaaliturvajärjestelmissä.

Sosiaalisen turvallisuuden tuottamisen keinojen ja vastuunjaon vaihtoehdot on tiivistetty kuvaksi sivulle 10. (Kuva 1.) Ulottuvuudet muodostavat viitekehyksen, jota käytetään Euroopan maiden hoivajärjestelmien kuvaamiseen ja vertailuun.

4. Uudet sosiaaliset riskit ja muutokset niiden taustalla

Perinteiset sosiaaliset riskit liittyvät työkyvyn menettämiseen ja toimeentulon keskeytymiseen. Ne on tunnistettu jo ennen nykyaikaisten sosiaaliturvan muotojen kehittymistä. Osa niistä on ennalta arvaamattomia ja ei-toivottuja, osa taas kuuluu elämäntapaan. Riskin toteutuminen vaikuttaa yleensä aina toimeentuloon joko suoraan tai välillisesti. Henkilön oma ja hänen perheensä toimeentulo voi olla vaarassa, jos tulot keskeytyvät esimerkiksi työttömyyden, työkyvyttömyyden tai kuolemantapauksen takia. (Pentikäinen ja Rantala 1995, 63; Antila ym. 2003, 19, 52.) Toimeentuloa saattavat uhata myös erityiskustannukset, jotka aiheutuvat esimerkiksi lääkehoidosta tai hoivan järjestämisestä (Schulte 1998, 3–4).

Hyvinvointivaltiot saivat nykyisen muotonsa toisen maailmansodan jälkeisinä vuosikymmeninä, jolloin taloudellinen ja poliittinen tilanne sekä väestönkasvu olivat erilaisia kuin tällä hetkellä. Talouskasvu oli nopeaa, työmarkkinat tasaiset ja työttömyys vähäistä. Nykyjärjestelmät antavat turvaa perinteisten sosiaalisten riskien eli esimerkiksi työttömyyden, sairauden tai vanhuuden takia keskeytyvän toimeentulon varalle (Timonen 2003, 20). Kärjistäen voi sanoa, että ne on rakennettu teollistuneen yhteiskunnan kansalaisen standardielämäntapaan riskien varalle. Bifflin (2004, 46) mukaan taustalla on perusoletus, jonka mukaan perheen huoltaja työskentelee kokoaikaisessa työsuhteessa, yhden työnantajan palveluksessa ja nousujohteisella uralla noin 40 vuotta, ja että kodista ja muiden perheenjäsenten hoivaamisesta vastaava puoliso saa sosiaali- ja eläketurvan hänen kauttaan.

Yhden huoltajan mallia ja mieselättäjänäkukulmaa on painotettu etenkin Pohjoismaiden ulkopuolella (Taylor-Gooby 2004b). Pohjoismaissa kahden huoltajan perhemalli on ollut pitkään vallitseva ja sen vuoksi myös julkisten palvelujen verkosto on melko kattava (ks. Anttonen & Sipilä 2000, 106). Suomessa vuonna 2005 toteutettu eläkeuudistus myös poisti urakehityksen vaikutuksen ja sidoksen elämäntapaan (Lassila & Valkonen 2006, 2).

Kuitenkin epäillään, ettei useimmissa perinteisissä sosiaaliturvajärjestelmissä ole varauduttu kattavasti uusiin sosiaalisiin riskeihin (Bonoli 2004; Moreno &

Palier 2004; Pierson 2001; Taylor-Gooby 2004a, 2004b; Biffi 2004), jotka ovat syntyneet perhe-elämän, perhemuotojen, väestörakenteen ja työmarkkinoilla tapahtuneiden muutosten myötä (esim. Kessler 1999, 443). Sosiaalisten uhkien määrä on entistä suurempi, koska vanhat riskit eivät ole kadonneet.

Jälkiteollisessa yhteiskunnassa uudet uhkatekijät kytkeytyvät usein tiettyyn elämänvaiheeseen ja esimerkiksi palkkatyön ja perhe-elämän yhdistämiseen, eivät välttämättä perinteisten riskien tapaan toimeentulon puuttumiseen. Uudet riskit koskevat pieniä ja keskenään hyvinkin erilaisia ryhmiä, kun taas perinteiset riskit ovat olleet yhteisiä koko työväestölle tai kaikille kansalaisille. (Taylor-Gooby 2004a, 48.)

Monet uusista riskeistä ovat pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa tuttuja ja tavanomaisia, vaikka ne eivät ole sellaisia keskieurooppalaisesta näkökulmasta. Virpi Timonen (2003, 27, 32) jakaa uudet riskit Pohjoismaiden kannalta katsottuna ”vanhoihin” ja ”tuoreisiin”. Tuoreimmat liittyvät työmarkkinoiden epävarmuuteen, pienpalkka-aloihin (ks. myös Iversen 2001, 52–53) ja hyvinvointivaltion markkinointumiseen. Vanhemmat uudet riskit taas ovat seurausta naisten työssäkäynnin lisääntymisestä, perhemuotojen ja -koon muuttumisesta ja lisäksi väestön ikärakenteen muutoksesta. Jälkimmäiset tekijät ovat ikääntyneiden hoivan järjestämisen kannalta tärkeimpiä, mutta myös tuoreemmat riskit vaikuttavat siihen.

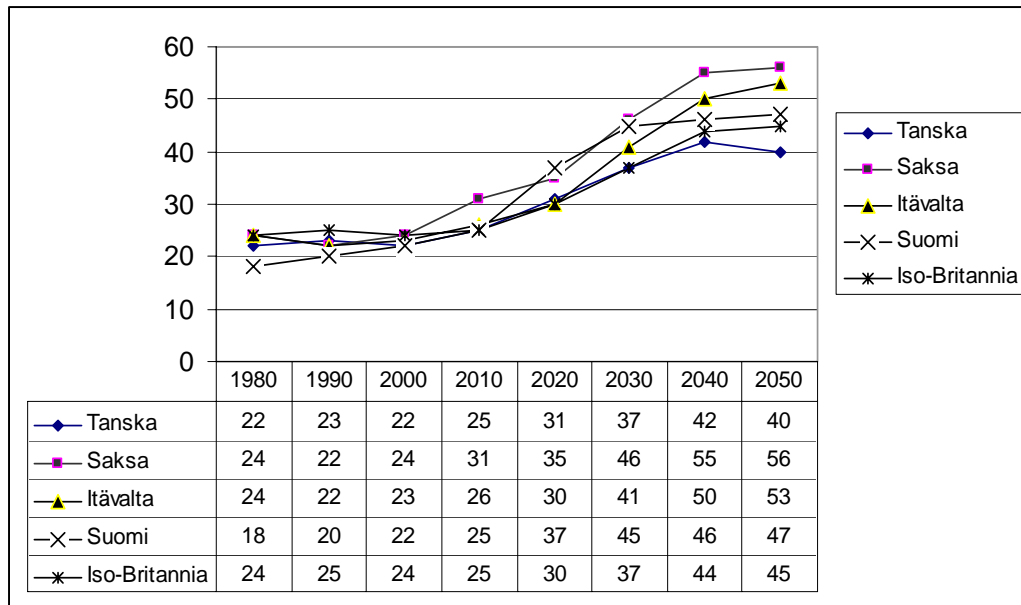
Uusiin sosiaalisiin riskeihin liittyvä poliittinen päätöksenteko ja hyvinvointivaltion linjausten tekeminen ovat haasteellisia. Vanhoja sosiaalisia riskejä varten rakennettujen järjestelmien legitimitetti ja kannatus on laaja, kun taas uudet sosiaaliset riskit ovat koskeneet ryhmiä, joilla ei ole kannustimia, motivaatiota tai ryhmänä yhtenäisyyttä omaan edunvalvontaan esimerkiksi politiikassa. (Taylor-Gooby 2004a, 48.) Tulevaisuudessa uudenlaiset riskit koskettavat suurta ikääntyneiden joukkoa ja sitä kautta jollain tavalla koko väestöä. Se muuttanee muun ohella myös poliittista päätöksentekoa. Ikääntymisestä ja hoivatarpeiden kasvusta aiheutuviin uusiin riskeihin otetaan lähivuosina todennäköisesti yhä enemmän kantaa. Hoivan tarpeesta on muotoutumassa merkittävä uusi sosiaalinen riski ja yhteiskunnallinen kysymys, johon etsitään vastauksia koko Euroopassa.

4.1. Väestönkehitys ja ikääntyneiden määrän kasvu

Väestörakenteessa on tapahtumassa yhteiskunnallisesti merkittävä muutos. Väestön ikääntymisellä tarkoitetaan paitsi ikääntyneiden ihmisten määrän absoluuttista kasvua, myös eri ikäryhmien suhteellisten kokojen muuttumista. Tähän saakka väestön ikärakenne on EU:ssa ja yleisemminkin kaikissa teollisuusmaissa ollut talouskasvua ja myös hyvinvointivaltion kehittämistä ajatellen hyvä. Työikäisiä on ollut paljon ja ikääntyneitä ihmisiä melko vähän.

Vanhushuoltosuhte kertoo tapahtumassa olevasta muutoksesta. Vanhushuoltosuhteella kuvataan työikäisten määrää suhteessa 65 vuotta täyttäneiden määrään, toisin sanoen sitä, montako eläkeikäistä on sataa työikäistä kohti. Huoltosuhte on ollut Suomessa erinomainen, mutta se kaksinkertaistuu nopean väestön ikääntymisen vuoksi ja heikkenee kolmessa vuosikymmenessä merkittävästi. Suunta on kaikissa teollisuusmaissa sama. (Kuvio 1, s. 15.) Väestön ikärakenne muuttuu Suomessa keskimääräistä nopeammin, koska nykyväestön suurimmat ikäluokat ovat vanhempia kuin muualla. (Luoma ym. 2003, 9–10.)

Eläkeikäisen väestön määrän kasvu johtuu paitsi suurten ikäluokkien tulosta eläkeikään myös eliniän pitenemisestä eli kuolleisuuden vähenemisestä ja toisaalta syntyvyyden alenemisestä. (Kautto 2004, 7.) Keskimääräinen elinikä on pidentynyt Suomessa 1800-luvulta lähtien. Ensin se oli seurausta nuorten ja keski-ikäisten kuolleisuuden vähenemisestä. Vanhusten suhteellinen määrä ei kuitenkaan kasvanut suureksi, koska myös syntyvyys oli suuri. Nykyinen kehitys johtuukin siitä, että syntyvyys on laskenut merkittävästi viimeksi kuluneiden neljän vuosikymmenen aikana. Vielä 1960-luvun alkupuolella EU-maissa syntyi noin kuusi miljoonaa lasta vuodessa, mutta 1970-luvulla syntyvyys aleni nopeasti. Sen jälkeen kehitys jatkui pitkään samanlaisena ja lasku taittui vasta vuoden 1995 jälkeen. Tilanteen tasaantumisesta huolimatta oletetaan, että syntyvyys pienenee tulevaisuudessa entisestään. (Eurostat Yearbook 2003, 85.)



kuva 1. Vanhushuoltosuhteen kehittyminen tutkimuksen kohteena olevissa maissa vuosina 1980–2050, ennuste. *

Lähteet: vuodet 1980–1990: UN, World Population Prospects 2004; vuodet 2000–2050: Eurostat, Ageing Society 2005.

1980-luvun alussa EU-maiden korkein syntyvyys oli Irlannissa ja Etelä-Euroopan maissa. Nyt Etelä-Euroopan syntyvyysluvut ovat Euroopan pienimmät: syntyvyys on laskenut jopa 30 prosenttia. Suurin syntyvyys on tällä hetkellä Irlannissa ja Ranskassa. Se on kohtalaisen suuri myös Tanskassa, Suomessa, Luxemburgissa ja Alankomaissa. (Eurostat Yearbook 2003, 85.)

Myös kuolleisuus on pienentynyt EU-maissa viimeisten 40 vuoden aikana. Siihen ovat vaikuttaneet sekä lapsikuolleisuuden väheneminen että elinajan piteneminen. Vuonna 1960 lapsikuolleisuus oli 34,5 promillea, mutta nykyisin enää 4,8 promillea. Vuodesta 1945 lähtien vastasyntyneen elinajanodote on muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta noussut tasaisesti kaikissa EU-maissa. Nyt syntyvillä pojilla elinajanodote on 75,3 vuotta ja tytöillä 81,4 vuotta. (Eurostat Yearbook 2003, 95.)

* Vanhushuoltosuhte = vanhusväestön (65 vuotta täyttäneet) määrä suhteessa työikäisten määrään.

Odotteet ovat muuttuneet selvästi, sillä vuonna 1960 syntyneiden miesten elinajanodote oli EU-maissa 67,4 vuotta ja naisten 72,9 vuotta. Viime vuosikymmenten aikana myös ikääntyneiden odotettavissa oleva elinaika on pidentynyt. (Eurostat Yearbook 2003, 95.) Myös tämän tutkimuksen esimerkkimaissa 60 vuotta täyttäneiden elinajanodotteen piteneminen on selvästi nähtävissä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. 60-vuotiaiden elinajanodote tutkimuksen kohteena olevissa maissa vuosina 1980–2000, vuotta.

	1980		1990		2000	
	N	M	N	M	N	M
Saksa	–	–	21,7	17,4	23,4*	19,2*
Itävalta	20,3	16,3	22,2	17,9	23,9	20,0
Iso-Britannia	20,4	15,9	21,8	17,5	23,0	19,4
Suomi	20,5	15,6	21,9	17,1	23,6	19,2
Tanska	21,4	17,0	21,6	17,4	22,3	18,9

– Tieto puuttuu; * tieto vuodelta 1999; ** tieto vuodelta 1995.

Lähde: Eurostat yearbook 2003, 97.

65 vuotta täyttäneiden henkilöiden osalta muutos on noin 20 prosenttia. Ennusteiden mukaan tällä hetkellä 65-vuotiaalla naisella onkin edessään vielä keskimäärin lähes 20 vuotta elinaikaa. (Eurostat Yearbook 2003, 95.)

4.2. Naisten työssäkäynnin ja perheen muutokset

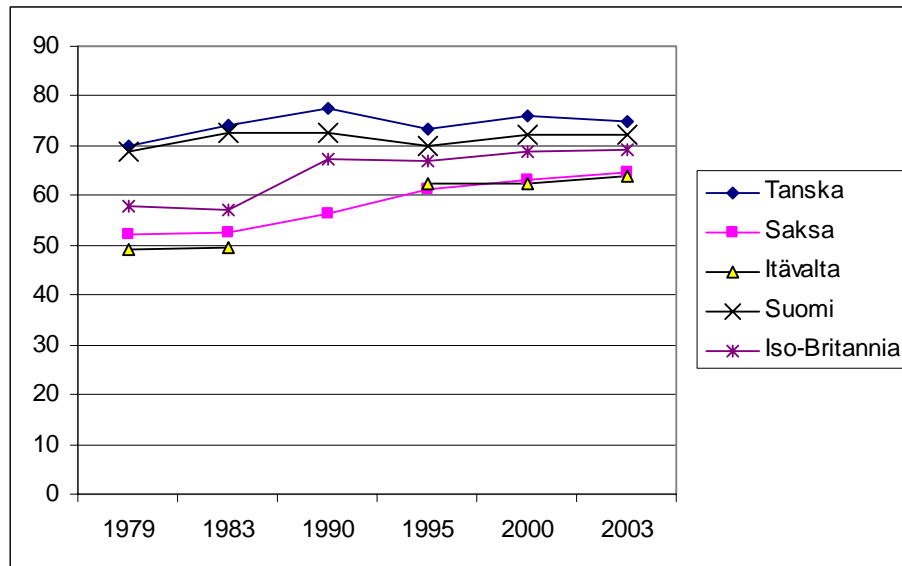
Naisten yhteiskunnallinen rooli on muuttunut oleellisesti muutamassa vuosikymmenessä. Perheellisten naisten ansiotyössä käyminen on yleistynyt 1960-luvulta alkaen selvästi. Kehitystä on tapahtunut sukupuolten välisen tasa-arvon lisääntymisen myötä, mutta Gershunyn (1995, 33) mukaan myös perhekoon pienentyminen ja kodin töiden helpottuminen ovat vaikuttaneet naisten palkkatyössä käymiseen. Avioituminen ja lasten syntymä merkitsevät yhä harvemmin pysyvää tai pitkäaikaista poistumista työmarkkinoilta. Naiset myös avioituvat keskimäärin myöhemmin kuin 1960-luvulla. Vuonna 1960 naimisiin mentiin keskimäärin 24-vuotiaana, vuonna 1995 vasta 27-vuotiaana. (Eurostat Yearbook 2003, 88.)

Naisten työssäkäynti vaihtelee hyvinvointivaltioregiimeittäin. Naisten työssäkäynti on yhä yleisintä Pohjoismaissa (OECD Employment Outlook 2004). Pohjoismaat eivät eroa toisistaan tässä suhteessa kovinkaan paljon.

Seuraavaksi yleisintä naisten työssäkäynti on anglosaksisissa maissa. Isossa-Britanniassa naisten työmarkkinoille osallistuminen on lisääntynyt 1970-luvulta alkaen. Naisten työssäkäynnissä tapahtui erityisen merkittävä lisäys vuosina 1985–1990. Sen jälkeen naisten työssäkäynti on lisääntynyt edelleen, vaikka hitaammin. (OECD Employment Outlook 1993; 1998; 2004.) Iän myötä naisten ansiotyöhön käyttämä aika kuitenkin lyhenee (Lingsom 1995, 69).

Keski- ja Etelä-Euroopan maissa perheelliset naiset eivät perinteisesti ole työskennelleet kodin ulkopuolella. Naiset ovat tehneet ansiotyötä vain siihen saakka, kunnes he ovat perustaneet perheen. Saksassa naisten työssäkäynti on lisääntynyt selvästi 1980-luvun puolivälin jälkeen. Merkittävä kasvu tapahtui 1900-luvun viimeisen vuosikymmenen aikana (OECD Employment Outlook 1993; 1998; 2004). Myös Espanjassa naisten ja etenkin äitien ansiotyössä käyminen on lisääntynyt nopeasti 1990-luvulla. Etelä-Euroopan maista Portugalissa naisten työssäkäynti on ollut poikkeuksellista (Härkönen & Kosonen 2003, 27; OECD Factbook 2005): siellä naiset ovat olleet jo pitkään mukana työmarkkinoilla.

Pohjoismaissa naisten ansiotyössä käyminen ei aiheuta samankaltaisia uusia haasteita kuin Keski- ja Etelä-Euroopassa, missä se on yleistymässä vasta nyt. Esimerkiksi Saksassa ja Itävallassa perinteisten sukupuoliroolien murros ja perhemuotojen muutokset edellyttävät julkiselta sektorilta aiempaa suurempaa vastuunottoa. Tähän saakka vastuu hoivan tuottamisesta ja järjestämisestä on kuulunut sille vasta viimesijaisesti.



Kuvio 2. Työmarkkinoilla mukana olevien naisten osuus työikäisistä (15–64-vuotiaista) naisista tutkimuksen kohteena olevissa maissa vuosina 1979–2003, prosenttia.

Lähde: OECD Employment Outlook 1993; 1998; 2004.

Naisten työssäkäynnin lisäksi myös perhemuodot ja perheiden koko ovat muuttuneet. Muutokset lisäävät todennäköisesti julkisten palvelujen kysyntää (Kerola ym. 2002; Luoma ym. 2003; Hellman 1999). Esimerkiksi perheiden koon pienentyminen ja yksin asuvien määrän kasvaminen vaikuttavat hoivan tarpeeseen joko suoraan tai välillisesti. Epävirallisen hoivan resurssit ovat rajalliset, kun kotitaloudet ovat aiempaa pienempiä ja myös yksin asuvia on paljon.

Vuonna 1950 perinteisiä ydinperheitä (aviopari, jolla on lapsia) oli Suomessa lähes 86 prosenttia kaikista perheistä. Aina 1980-luvun puoliväliin saakka ydinperheitä oli yli 80 prosenttia perheistä. Sen jälkeen niiden määrä on vähentynyt selvästi: vuonna 1995 osuus oli painunut noin 70 prosenttiin ja vuonna 2004 ydinperheitä oli enää alle 63 prosenttia lapsiperheistä. (Lapsiperheet tyypeittäin 1950–2004, Tilastokeskus.)

Taulukko 2. Perhetyypit Suomessa vuonna 2003.

Perhetyyppi	% perheistä	Perheenjäsenten lkm keskimäärin
Lapseton aviopari	32,2	2,0
Lapseton avopari	12,1	2,0
Aviopari, lapsia	34,9	3,9
Avopari, lapsia	7,6	3,7
Äiti ja lapsia	11,1	2,5
Isä ja lapsia	2,1	2,3
Rekisteröity pari	0,0	2,3

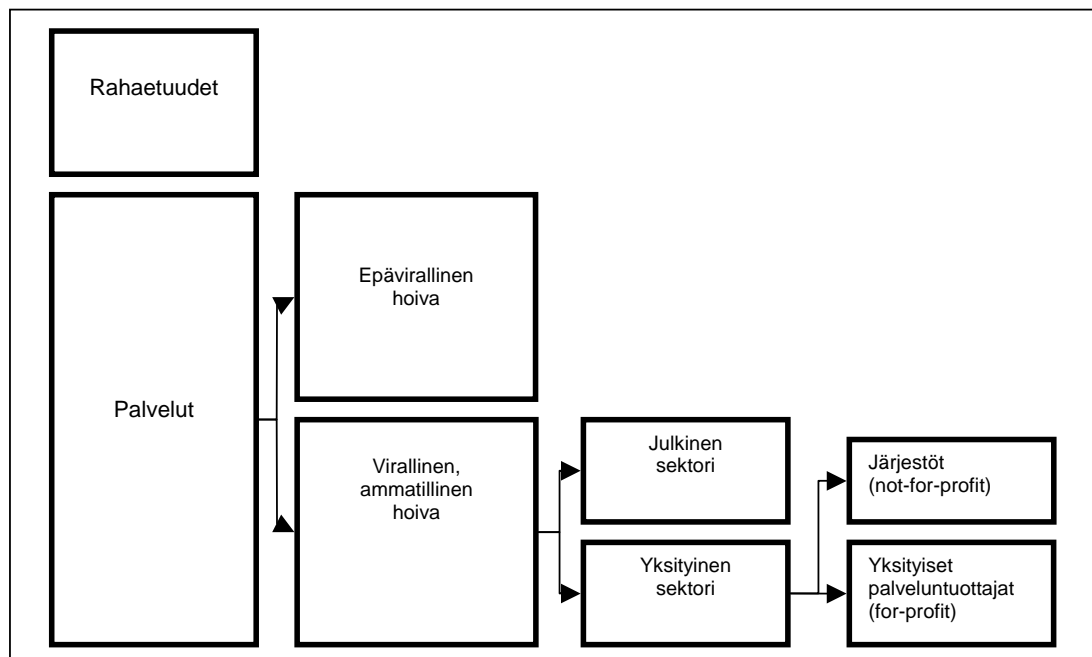
Lähde: Suomen tilastollinen vuosikirja 2003, 120.

Vuonna 2004 yhden henkilön asuntokuntia oli 39 prosenttia kaikista Suomen asuntokunnista. Yksin asuvia on enemmän kaupungeissa kuin maaseutumaisissa kunnissa. Kun yksinasuvat otetaan huomioon, perheessä on nykyisin keskimäärin 2,1 jäsentä. Vielä 1980-luvun alussa jäseniä oli keskimäärin kolme. Muissakin Euroopan maissa perhekoko on pieni. Saksassa, Ruotsissa ja Tanskassa asuntokuntien keskikoko on samansuuruinen kuin Suomessa. (Tilastokeskus, Asuntokunnat ja asuinolot 2004; Tilastokeskus, Maailma numeroina -palvelu.) Myös yksinasuvien 65 vuotta täyttäneiden määrä on aiempaa suurempi ja sen oletetaan kasvavan merkittävästi tulevina vuosina. Kaikkein vanhimpien yksinasuvien määrän arvioidaan kasvavan nykyisestä. (Nihtilä & Martikainen 2004, 142–144.)

Yksin asuminen saattaa vaikeuttaa avun ja hoivan saantia (Nihtilä & Martikainen 2004, 135). Perheiden pienenemisen myötä vastuu ikääntyneiden vanhempien hoidosta jakautuu yhä harvemmillle aikuisille lapsille. Työikäiset ovat saattaneet muuttaa asumaan toiselle paikkakunnalle tai kasvukeskuksiin, eikä heillä ole mahdollisuuksia osallistua hoivan järjestämiseen, jos ikääntyneet vanhemmat asuvat kaukana. (Anttonen & Sipilä 2000, 105; Taylor-Gooby 2004, 4; Moreno & Palier 2004, 8–9; Pierson 2001, 94.)

5. Eurooppalaiset hoivajärjestelmät

Hoivan tarve on henkilökohtaista riippuvuutta toisen avusta tavanomaisissa päivittäisissä toiminnoissa eli arkisissa askareissa, kuten ruuanlaitossa, pukeutumisessa ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa (ks. esim. KEL 30a §; Otten 2003; Burchardt & Hills 1997). Riippuvuus on hankala määrittellä yksiselitteisesti. Avun tarve voi olla fyysistä tai psyykkistä. Kerschenin ym. (2005, 12) mukaan ”riippuvuus on tila, jossa henkilö tarvitsee merkittävää apua tai tukea tavanomaisissa päivittäisissä toiminnoissa sen vuoksi, että hänen fyysinen, psyykinen tai älyllinen toimintakykynsä on heikentynyt tai hän on menettänyt sen kokonaan”. Hoivan tarve eroaa sairaanhoidon tarpeesta. Sairaus voidaan usein parantaa tai ainakin sen oireita lievittää, mutta hoivan tarpeessa oleva ei välttämättä ole sairas, vaan ikänsä vuoksi heikko ja toisen avusta riippuvainen. Kaikki ikääntyneet eivät ole psyykkisesti tai fyysisesti toisista ihmisistä riippuvaisia. Useimmat heistä ovat kuitenkin ainakin osittain taloudellisesti riippuvaisia sosiaaliturvasta, sillä he saavat toimeentulonsa eläkejärjestelmästä. (Pacolét ym. 1999, 19.)



Kuva 2. Hoivan organisointitapoja

Lähteet: Pacolét ym. 1999, 27; myös Anttonen & Sipilä 2005, 117.

Suoraan hoivaan liittyvä sosiaaliturva voi olla joko palveluja tai rahaetuksia. (Kuva 2, s. 20.) Etuudet myönnetään pääsääntöisesti avun tarpeen perusteella ja ne voivat olla sekä tasasuuruisia että tuloharkintaisia.

Hoivapalveluilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalveluja, joilla tuetaan ikääntyneen väestön päivittäistä suoriutumista (esim. Vaarama ym. 2001, ks. Vaarama ym. 2004, 151). Viralliset, ammatilliset hoivapalvelut voivat olla kotipalvelua (avohuolto) tai laitoshoidoa. Palvelut voidaan järjestää useilla eri tavoilla. Ne voivat olla julkisen sektorin vastuulla niin, että paitsi järjestämisen, myös tuottamisen vastuu on valtiolla tai paikallishallinnolla kuten kunnilla. Vastuu palveluiden tuottamisesta voi olla myös julkisella sektorilla siten, että niitä voivat tuottaa myös yksityiset yritykset tai yleishyödylliset, voittoa tavoittelemattomat järjestöt. Asiakas voi myös itse hankkia palveluita suoraan yksityiseltä sektorilta, ja niiden käyttämistä saatetaan tukea esimerkiksi verotuksen keinoin. Julkisen sektorin ottamasta vastuusta huolimatta epävirallinen hoiva on edelleen merkittävin osa vanhustenhuoltoa paitsi Keski-Euroopassa myös Pohjoismaissa (Anttonen & Sipilä 2005, 116–117).

Hoivaan liittyvien sosiaaliturvajärjestelmien etuuksia ja palvelumuotoja, rahoitusta, hoivan tuottamista ja hallinnointijärjestelyjä (Kuva 1, s. 10) kuvataan ja analysoidaan seuraavaksi viiden eurooppalaisen esimerkkimaan avulla. Maat on valittu niin, että ne edustavat eri hyvinvointivaltioregiimejä ja myös erilaisia hoivaratkaisuja (esimerkiksi Saksa ja Itävalta). Keskieurooppalaista mallia edustavat Saksa ja Itävalta, anglosaksista mallia Iso-Britannia ja pohjoismaista mallia Tanska ja Suomi. Keskieurooppalaista regiimiä on valittu edustamaan kaksi maata. Molemmissa on viime vuosina kiinnitetty runsaasti huomiota hoivan järjestämiseen ja luotu uudenlaiset hoivajärjestelmät, jotka poikkeavat toisistaan. Myös pohjoismaista hyvinvointivaltioregiimiä edustaa kaksi keskenään erilaista maata. Etelä-Euroopan maissa ikääntyneiden hoivan järjestäminen ei ole toistaiseksi ollut poliittisella agendalla (esim. Pacolét ym. 1999, 128), minkä vuoksi ne on rajattu tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Kunkin maan hoivajärjestelmä kuvataan niin, että lyhyen yleisluonnehdinnan jälkeen esitellään pääkohdittain etuustyypit, niiden saamisehdot, järjestelmän rahoitustapa tai -tavat sekä hyvinvoinnin tuottamisen ja järjestelmän hallinnoinnin vastuut. Suomen järjestelmää kuvataan jonkin verran muita

yksityiskohtaisemmin muun muassa tilastotietojen avulla. Maiden kuvaukset on tiivistetty kappaleen kuusi loppuun. (Taulukko 6, s. 43–44.)

5.1. Suomen hoivajärjestelmä

Suomalaiset naiset ovat jo vuosikymmenien ajan käyneet ansiotyössä kodin ulkopuolella. Sen vuoksi perheen vastuu hyvinvoinnin tuottamisesta on ollut vähäisempää kuin perinteisesti Keski- ja Etelä-Euroopassa. Omaishoitoa ei ole painotettu muissakaan pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa yhtä paljon kuin muualla Euroopassa. Lapsilla ei enää ole elatusvelvollisuutta vanhempiinsa nähden eikä myöskään velvollisuutta huolehtia vanhempiensa hoivan järjestämisestä (Sand 2005, 197). Ikääntyneiden itsenäisyyttä ja yksilöllisyyttä on korostettu ja esimerkiksi itsemääräämisoikeus, taloudellinen itsenäisyys ja turvallisuus sekä tasa-arvo on nimetty myös vanhuspolitiikan perusarvoiksi. Keskeinen tavoite on ollut, että ikääntyvät voisivat asua mahdollisimman pitkään kotona. (Vanhuspolitiikka 1999.)

Suomessa ei ole erillistä hoivavakuutus- tai hoivapalvelujärjestelmää koskevaa lainsäädäntöä. Tässä tutkimuksessa kokonaisuutta nimitetään kuitenkin hoivajärjestelmäksi. Suomalainen järjestelmä koostuu julkisista ja yksityisistä ja järjestöjen tuottamista palveluista, rahaetuksista ja epävirallisesta hoivasta (Hellsten ym. 2004). Vanhustenhuollon palveluiden ja etuuksien kokonaisuus ei ole kehityshankkeen tai lain käyttöönoton tulos, eikä sitä myöskään säätele yksittäinen laki. Järjestelmän kehittymiseen ovat vaikuttaneet sekä kulttuuriset että historialliset tekijät. Huolimatta laajoista julkisista palveluista, suuri vastuu vanhusten hoivasta on lähiomaisilla ja perheenjäsenillä. (Kröger ym. 2003, 25, 36.)

Suomessa on kehitetty useita vaihtoehtoisia tapoja, joilla voidaan vastata hoivan tarpeeseen (Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille ... 2004, 50) ja jopa karkea jaottelu palveluihin ja rahaetuuksiin on epätarkka. Julkisia hoivapalveluja ovat kotipalvelu- ja kotisairaanhoido, jotka kuuluvat sosiaali- ja terveyssektorille ja palveluasuminen, joka voidaan luokitella sosiaalihuolloksi tai asumispalveluksi. (Anttonen ja Sipilä 2000, 103.) Rahaetuutta, eläkkeensaajien hoitotukea taas voi käyttää hoivasta aiheutuviin erityiskustannuksiin ja omaishoidon avulla tuetaan kotona tehtävää hoivatyötä. Palveluseteli välimuotoinen etuus, jonka voi valitajulkisesti järjestettyjen palvelujen sijaan.

Tässä tutkimuksessa suomalainen omaishoidon tuki ja palvelusetelit on laskettu hallinnointijärjestelyjen perusteella palveluiksi, vaikka jako on keinotekoinen. Omaishoidon tuki voitaisiin laskea myös rahaetuksiin, sillä se muistuttaa esimerkiksi Saksan hoivavakuutuksen hoivarahaa. Tässä rahaetuutena pidetään kuitenkin vain eläkkeensaajien hoitotukea.

Eläkkeensaajien hoitotuki on itsenäinen rahaetus, joka korvaa sairaudesta ja vammaisuudesta aiheutuvia jatkuvia erityiskustannuksia. Sen tarkoitus on turvata sairaan eläkkeensaajan kotona asumista ja kotihoitoa. Tulot eivät vaikuta hoitotuen määrään. Hoitotuki myönnetään avun tarpeen perusteella, kun hakijan kyky huolehtia itsestään on sairauden tai vamman takia vaikeutunut ainakin vuoden ajaksi, eli kun henkilö tarvitsee henkilökohtaisissa toimissaan, kotitaloustöissä ja asioinnissa kodin ulkopuolella säännöllisesti toistuvaa toisen henkilön apua, ohjausta tai valvontaa tai hänelle aiheutuu sairaudesta tai vammasta erityisiä kustannuksia. Hoitotukea ei makseta laitoshoidossa oleville. (Kansaneläkelaki 30 a §.).

Etuus on porrastettu kolmeen tasoon. Taso määritellään avun tarpeen ja erityiskustannusten määrän perusteella. Kustannusten pitää olla jatkuvia ja johtua toimintakyvyn alenemisesta. Ne voivat olla esimerkiksi lääkekuluja tai kotiavun kustannuksia. (Kansaneläkeasetus 4 A, 45 §.) Etuuden voi käyttää valitsemallaan tavalla esimerkiksi epävirallisen hoivan järjestämiseen tai ostopalveluihin. Se eroaa esimerkiksi sairausvakuutuskorvauksista, jotka maksetaan jälkikäteen ensin itse maksetuista lääkäripalkkioista tai tutkimus- ja hoitokuluista (Hellsten ym. 2004).

Eläkkeensaajien hoitotuki rahoitetaan kansaneläkerahastosta kuten kansaneläkekin. Valtio vastaa 29 prosentin osuudella kansaneläkkeiden kustannuksista sekä rahoittaa kokonaan mm. eläkkeensaajien asumistuet ja hoitotuet (Kansaneläke- ja sairausvakuutuksen rahoitusta ... 2003, 12). Hoitotukea hallinnoi Kela. Etuus on itsenäinen, mutta se on ollut alun perin kansaneläkkeen lisä. Kelan rekisteritietojen (ks. Hellsten ym. 2004) mukaan 65-vuotiaita tai vanhempia hoitotuen saajia oli vuonna 2003 hieman yli 114 000. Suurin osa, lähes 70 prosenttia, hoitotuen saajista on naisia. Miespuoliset tuensaajat ovat naisia nuorempia: hoitotukea saavien miesten keski-ikä oli 77 vuotta ja naisten 81 vuotta.

Palvelujärjestelmä on universaali. Palvelujen ja etuuksien piiriin kuuluvat kaikki Suomessa asuvat (MISSOC 2003, 615). Vanhusten palveluista säädetään sosiaalihuoltolaissa (Heikkilä 2005, 46–47). Palvelujen saamiseen vaikuttaa arvioitu avun tarve. Avun tarpeen tulee olla säännöllistä ja pysyvää. Taloudelliseen tilanteeseen liittyvää tarveharkintaa ei käytetä, eivätkä esimerkiksi aikaisemmat ansiot vaikuta palvelujen saamiseen.

Avopalvelujärjestelmän keskeisin osa on kotihoito, jonka muodostavat kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdessä. Niiden lisäksi keskeisiä avopalveluja ovat terveydenhuoltopalvelut, omaishoidon tuki ja erilaiset tukipalvelut, kuten ateriat-, vaatehuolto- ja siivouspalvelut sekä kuljetuspalvelut ja saattoapu. (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystyö 2002; Vaarama ym. 2000; Vanhuspolitiikka 1999.) Tarpeen mukaan käytössä ovat myös nk. päiväkeskukset, joiden palvelut voivat olla esimerkiksi aterian tarjoamista, kylvettämistä, fysioterapiaa ja pyykinpesua. (MISSOC 2003, 627–629.)

Ammatillinen hoiva voidaan järjestää myös laitoksessa. Laitoshoido oli aiemmin pääasiallinen julkisen vanhuspalvelun muoto, mutta nykyisin vanhainkodeissa asuvien vanhusten määrä on pikemminkin marginaalinen (Rostgaard & Fridberg 1998, 259). Laman jälkeen ikääntyneiden avopalveluiden painotus on ollut tukipalveluissa ja erityisesti viime vuosina omaishoidon tuessa. Pitkäaikaista laitoshoidoa on karsittu selvästi (Vaarama ym. 2005, 54; Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystyö 2002, 70–76).

Omaishoidon tuki on korvaus, jota voidaan maksaa avun tarpeessa olevan henkilön omaiselle korvauksena hoivatyöstä. Omaishoido korvaa laitoshoidoa merkittävästi, sillä hoidettavat ovat usein raskashoitaisia ja ympärivuorokautisen avun tarpeessa olevia. Suurin osa omaishoitajista on naisia, usein puoliso tai oma lapsi. Sen sijaan perheen ulkopuolinen henkilö on hoitajana vain harvoin. Omaishoidon tuki voidaan maksaa rahana tai antaa rahan ja palveluiden yhdistelmänä. Tuki myönnetään hoidettavan fyysisen avun tarpeen ja hoidon sitovuuden mukaan. Myöntämiseen vaikuttavat tekijät vaihtelevat kuitenkin kunnittain. Hoitaja ja kunta laativat asiasta sopimuksen, jonka liitteenä on hoito- ja palvelusuunnitelma. (Vaarama ym. 2000, 78; Vaarama ym. 2003, 26–27.)

Arvioiden mukaan Suomessa on 130 000–300 000 omaishoidon piirissä olevaa henkilöä. Nämä kaikki eivät ole ikääntyneitä henkilöitä. Omaishoitotosopimuksia kuntien ja omaishoitajien välillä on solmittu noin 23 000 kappaletta. (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 38.) Omaishoidon tuen saajien määrä on vuoden 1995 jälkeen kasvanut peräti 51 prosenttia. (Hellsten ym. 2004.)

Taulukko 3. Omaishoidon tuen 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus samanikäisestä väestöstä, %.

Vuosi	%
1995	1,5
2000	1,8
2001	2,0
2002	2,1
2003	2,2
2004	2,2

Lähde: Stakes, Indikaattoripankki SOTKANet 2005.

Omaishoidon merkitystä on viime aikoina korostettu. On esitetty, että se pitäisi nostaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen merkittäväksi osaksi (Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen ... 2004). Uusi omaishoitolaki tuli voimaan vuoden 2006 alussa. Sen myötä tuki laajenee niin, että myös hoitaja on oikeutettu saamaan tiettyjä palveluita. Palkkion taso määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan ja tuen vähimmäismäärää korotetaan.[†] Edelleen omaishoitotosopimuksen yhteydessä tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Sopimusta ei kuitenkaan voi enää tehdä niin sanotun vierashoitajan kanssa. Laki edellyttää myös, että hoitajan oma terveydentila on hyvä. (HE 131/2005; EV 134/2005 vp.)

Julkisten palveluiden ja omaishoidon tuen lisäksi käytössä on palveluseteli. Se on rahaetuuden ja ostopalvelun välimuoto, jonka kunta voi myöntää tarjoamiensa palvelujen lisäksi. Etuuden tarkoitus on edistää vanhusten kotona asumista ja itsenäistä selviytymistä. Sillä voidaan tukea myös mm.

[†] Hoitopalkkion taso määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan. Vuonna 2006 hoitopalkkio on vähintään 300 euroa kuukaudessa. Joissain tapauksissa hoitopalkkio voidaan sopia alemmaksi. Hoitopalkkio on vähintään 600 euroa hoidollisesti raskaan siirtymävaiheen aikana edellyttäen, että omaishoitaja on lyhytaikaisesti estynyt tekemästä työtä tai päätoimista opiskelua. (www.stm.fi)

omaishoitajia ja parantaa tukipalvelujen saatavuutta. Varsinaisia sairaanhoitopalveluja sillä ei ole tarkoitus ostaa. Käytännössä seteli on ostokuponki tai maksusitoumus, jolla kunta lupaa maksaa yksityisen, kunnan hyväksymän palveluntuottajan antaman palvelun kustannuksista tietyn osuuden. Asiakas voi ostaa palvelut itse seteliä käyttämällä. Palveluseteliä ei voi vaatia, mutta siitä voi kieltäytyä. Silloin kunnan on ohjattava asiakas muulla tavoin järjestettävien palveluiden piiriin. Palvelusetelin summaan liittyy tuloharkinta säännöllisten kotipalveluiden osalta, sen sijaan tukipalveluissa eli esimerkiksi siivousavussa vastaavaa harkintaa ei ole. (Palveluseteli – ohjeita käyttäjälle 2004.)

Kunnat vastaavat palvelujen järjestämisestä asukkailleen eli ne ovat vastuussa hallinnoinnista. Palvelut rahoitetaan verovaroin ja pieneltä osin asiakasmaksuin. Valtiolla on lähinnä ohjaava tehtävä ja se vastaa rahoituksesta osittain valtionosuuksien kautta. Kunnat voivat tuottaa palveluita itse tai kuntayhtyminä tai ostaa palveluja esimerkiksi yksityisyrityksiltä tai yhteisöiltä. Palvelut tuotetaan edelleen suurelta osin julkisella sektorilla, mutta kuntien yksityisiltä yrityksiltä ja palveluntuottajilta sekä järjestöiltä hankkimien palvelujen osuus on kasvanut. Näiden palvelujen tuottaminen onkin yhä useammin yritysten ja järjestöjen vastuulla: ne tuottavat noin 20 prosenttia kaikista sosiaali- ja terveystalouden palveluista (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalouden palvelut 2002, 23).

Kauppinen ja Niskasen (2005, 29) selvityksen mukaan yksityisen palvelutuotannon osuus on suurin Uudellamaalla ja pienin Ahvenanmaalla, Keski-Pohjanmaalla ja Pohjanmaalla. Uudellamaalla myös järjestöillä on suuri rooli, samoin Kymenlaaksossa. Itä-Suomessa on eniten yksityisiä yrityksiä.

Taulukko 4. Julkisten ja yksityisten palveluntuottajien osuus sosiaalipalveluiden kustannuksista vuonna 2002, %.

Palveluntuottaja	%
Julkinen sektori	76,2
Järjestöt	17,1
Yritykset	6,7
Yksityinen yhteensä	23,8
Julkinen ja yksityinen yhteensä	100

Lähde: Kauppinen ja Niskanen 2005, 25.

Ikääntyneiden palveluissa yksityisten palvelujen osuus on suurempi kuin sosiaalipalveluissa keskimäärin. Yksityisiä yksiköitä on viime vuosina perustettu eniten juuri vanhusten palveluihin. Yksityiset palveluntuottajat eli järjestöt ja yritykset tuottivat vuonna 2002 palveluasumisesta hieman yli puolet ja ikääntyneiden kodinhoitoavusta reilun viidesosan. Yksityisen sektorin palvelutuotantoa oli myös 10 prosenttia vanhainkotihoitosta. Suurin osa yksityisistä palveluista on järjestöjen toimintaa. Kotipalveluissa yksityisten yritysten tuottamien palvelujen osuus on kuitenkin suurin. Niiden vastuulla on 40 prosenttia yksityisistä palveluista. (Vaarama ym. 2004, 52–53.)

Julkisen sektorin kustannusosuus oli vanhusten avopalveluissa 92,7 prosenttia vuonna 2002. Yritysten osuus kustannuksista oli kotipalveluissa 5,3 prosenttia ja järjestöjen 2,0 prosenttia. Laitoshoidossa julkisen sektorin palveluntuottajien osuus kustannuksista oli 90,6 prosenttia. Järjestöjen ja yritysten roolit olivat toisenlaiset kuin avohoidossa: järjestöjen osuus kustannuksista oli 8,3 prosenttia ja yksityisten yritysten 1,1 prosenttia. (Kauppinen ja Niskanen 2005, 28.)

Taulukko 5. Julkisen sektorin ja yksityisten palveluntuottajien osuus sosiaalipalveluiden henkilöstöstä vuosina 1990–2002.

Palveluntuottaja	1990	1995	2000	2002
Julkiset	87,9	86,6	79,3	76,0
Järjestöt	11,6	11,9	16,2	18,1
Yritykset	0,5	1,6	4,5	5,9
Yksityisten osuus yhteensä	12,1	13,4	20,7	24,0

Lähde: Kauppinen ja Niskanen 2005, 27.

Yksityisen sektorin osuuden kehitystä voidaan kuvata henkilökunnasta saatujen tietojen avulla. Vuonna 1990 sosiaalipalvelujen henkilöstöstä noin 12 prosenttia työskenteli yksityisellä sektorilla. 1990-luvun puolivälin jälkeen osuus kasvoi selvästi ja oli vuonna 2000 yli 20 prosenttia. Absoluuttisten henkilöstölukujen mukaan yksityisen sektorin työntekijämäärä kaksinkertaistui kymmenessä vuodessa, kun samaan aikaan julkisen sektorin henkilöstömäärä kasvoi 18

prosenttia. Yritysten ja järjestöjen osuudet kasvoivat samana ajanjaksona suunnilleen yhtä paljon. (Kauppinen ja Niskanen 2005, 26–27.)

5.2. Tanskan hoivajärjestelmä

Tanskassa naiset ovat osallistuneet jo pitkään työmarkkinoille, ja julkisten palveluiden tarkoitus on ollut varmistaa, että ikääntyneet saavat hoitoa perheestään riippumatta (Rostgaard & Fridberg 1998, 87). Hoivan järjestämisen vastuu on ulkoistettu perheeltä julkiselle sektorille jo melko varhain. Tanskalaisessa hoivapolitiikassa on tavoiteltu kotona asumista sekä kotihoitoa 1970-luvulta alkaen ja laitoshoidon on karsittu 1980- ja 1990-luvuilla. Palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu on silti säilynyt julkisella sektorilla (Behning 2005, 84).

Tanskalaisessa järjestelmässä korostuvat edelleen pohjoismaiselle hyvinvointivaltiolle ominaiset **universaalit sosiaalipalvelut**. Tanskassa ei ole käytössä hoivavakuutusta, vaan hoivapalvelujen kokonaisuus muodostuu julkisista sosiaalipalveluista. Palvelut ovat pääosin kotihoidon palveluja kuten Suomessakin. Ne järjestetään sosiaalipalvelulain perusteella (Social Services Benefits Act) ja kaikki kansalaiset kuuluvat järjestelmän piiriin ilman ehtoja tai vakuutusmaksuja (MISSOC 2003, 612, 620).

Kotihoidon palvelut voivat olla henkilökohtaista avustamista tai kodinhoitoapua. Joissain tapauksissa hoivan tarpeessa oleva voi saada esimerkiksi henkilökohtaisen avustajan. Avohoidossa oleva voi myös valita palvelujen sijasta rahaetuuden, jolla voi itse hankkia apua ja avustajan. Julkisiin palveluihin kuuluu myös tilapäinen ja pysyvä laitoshoidon tai palveluasuminen. Tämän lisäksi epävirallista omaishoitoa on alettu tukea sekä rahaetuuden että omaishoitosopimusten avulla (Behning 2005, 85–86; MISSOC 2003, 640; Social Policy in ... 2002; 47). On mahdollista, että kunta ja lähiomainen solmivat omaishoitosopimuksen. Sopimus voidaan kuitenkin tehdä enintään puoleksi vuodeksi. Tilapäistä hoivakotiasumista tarjotaan esimerkiksi tilanteissa, joissa omaishoitaja tarvitsee vapaata hoivatyöstä. (Rostgaard & Fridberg 1998, 132–133; MISSOC 2003, 624–640; Social Policy in ... 2002; 45–46.)

Palvelut myönnetään avun tarpeen perusteella. Tarvetta arvioidaan erityisellä kriteeristöllä. Palveluja voi saada, jos tarvitsee päivittäin apua

henkilökohtaisessa hygieniassa, ruokailemisessa tai liikkumisessa ja toistuvaa apua esimerkiksi asiointissa. Sen sijaan avun tarpeessa olevan henkilön taloudellinen tilanne ei vaikuta palvelujen saamiseen eli taloudellista tarveharkintaa ei ole. Palvelut ovat myös melko kattavat ja niitä tarjotaan Tanskassa myös muille kuin vain kaikkein huonokuntoisimmille. (Rostgaard & Fridberg 1998, 139–141.)

Järjestelmä rahoitetaan verovaroin. Avohuollon puolella asiakas maksaa taloudellisen tilanteensa mukaan osan kotipalvelun kustannuksista, jos hoivan tarve ei ole pysyvää. Muussa tapauksessa palvelut ovat maksuttomia. Laitoshoidossa ja palveluasunnoissa asiakas maksaa itse vuokran ja muut asumiskustannukset. Muista palveluista ei tarvitse maksaa. Maksut suhteutetaan aina asiakkaan taloudelliseen tilanteeseen. (MISSOC 2003, 640.)

Palvelut järjestetään ja tuotetaan valtaosin julkisella sektorilla samaan tapaan kuin Suomessa. Paikallishallinnolla eli kunnilla (municipality) on runsaasti päätösvaltaa mm. tarjottavien palvelujen laajuudessa ja myös avun tarpeen arviointi vaihtelee kunnittain. Jonkin verran käytetään myös ostopalveluja, jolloin palveluntuottajina ovat järjestöt tai yksityiset yritykset. (Rostgaard & Fridberg 1998, 139.) Myös hoivapalvelujen tarpeessa olevalla on päätösvaltaa: asiakas voi itse päättää, käyttääkö julkista vai yksityistä palveluntuottajaa (Social Policy in ... 2002, 45–46).

5.3. Saksan hoivajärjestelmä

Saksassa vastuu vanhusten ja lasten hoivasta on kuulunut subsidiariteettiperiaatteen mukaisesti pääosin omaisille. Vastuuta hoivasta on ulkoistettu (Hellsten 2004, 199) eli siirretty perheen ulkopuolelle pohjoismaisiin hyvinvointivaltioihin verrattuna varsin myöhään. Lapsilla on myös lakisääteinen velvoite huolehtia vanhemmistaan. Valtio on ollut hyvinvoinnin tuottajana ja sosiaalisen turvallisuuden tarjoajana viimesijainen vaihtoehto ja julkiset hoivapalvelut ovat olleet minimaaliset. Yksityinen tai kolmas sektori tuottaa palvelut pääsääntöisesti silloinkin, kun perhe ei pysty huolehtimaan hoivan tarpeessa olevasta. Ennen hoivavakuutuksen käyttöönottoa julkisesti järjestetty hoiva oli köyhäinavun perinteen jatkaja ja rahaetuudet sosiaaliavustuksia.

Muista sosiaalivakuutusjärjestelmistä ei korvattu hoivakuluja. Esimerkiksi sairausvakuutuksen etuuksien saamisehtona oli sairauden aiheuttama hoivan tarve – vanhuuden vuoksi toisen avusta riippuvainen ei kuulunut etuuksien piiriin. (Behning 2005, 81; Evers & Sachße 2003, 74–76; Schneider 1999, 33–34.)

Saksassa pakollinen, **lakisääteinen hoivavakuutus** (Gesetzliche Pflegeversicherung) otettiin käyttöön vuonna 1995. Sitä edelsi pitkä poliittinen keskustelu ja erilaisten järjestelmä- ja rahoitusvaihtoehtojen punnitseminen. Hoivavakuutus on saksalaisen sosiaalivakuutuksen viides osa. Järjestelmän piiriin kuuluu n. 90 prosenttia saksalaisista. Ne, jotka eivät kuulu pakollisen järjestelmän piiriin, ovat velvollisia vakuuttamaan itsensä yksityisesti samanlaisella vakuutuksella. (Schneider 1999, 31, 43.) Vakuuttamattomat henkilöt voivat saada taloudellista tukea sosiaaliavun (Sozialhilfe) puolelta (MISSOC 2003, 612).

Hoivavakuutus korvaa osan hoidon kustannuksista riippumatta hoivan tarpeessa olevan taloudellisista olosuhteista, iästä tai hoivan tarpeeseen johtaneista syistä. Etuuden myöntäminen edellyttää, että henkilöllä on fyysisen tai psyykkisen sairauden tai vamman takia huomattava avun tarve päivittäisissä toiminnoissa (activities of daily life, ADL). Avun tarve arvioidaan kolmiportaisella asteikolla ja etuus maksetaan määritellyn hoitoisuusluokan mukaan.[‡] (Scheil-Adlung 1995, 21; Schneider 1999, 43.) Arvioinnissa hyödynnetään sairauskassojen lääketieteellistä asiantuntemusta (Häkkinen 2000, 17, 23.)

Avohoidon puolella etuudet voivat olla joko rahamuotoisia tai palveluita. Hoidettava voi itse valita, kumpaa etuusmuotoa hän käyttää. Etuus voi olla myös rahan ja palveluiden yhdistelmä. Hoitoraha maksetaan omaishoitajalle. Jos hoidettava haluaa etuutensa palveluina, hän voi ostaa palveluja palveluntuottajalta hoitoisuusluokan perusteella määritellyllä summalla. Palvelut ovat edelleen pääasiassa kolmannen sektorin ja yksityisten yritysten vastuulla. Julkisen sektorin palvelut ovat vain niitä täydentäviä, sillä Saksan hoitovakuutuslaki edellyttää, että palvelut tuotetaan ensisijaisesti julkisen sektorin ulkopuolella. Vakuutuksen piiriin kuuluu myös laitoshoido. Se voi olla

[‡] Etuuden määrä vaihtelee sen mukaan, onko hoivan tarpeessa oleva koti- vai laitoshoidossa ja onko hoitaja omainen vai ei. Omaishoitajalle vuonna 2006 maksettava hoivaraha hoitoisuusluokassa I 205 €/kk, luokassa II 410 €/kk ja luokassa III 665 €/kk. (www.aok-bv.de)

lyhytaikaista päivä- tai yöhoitoa tai pysyvää laitoshoidoa. Laitoshoidossa oleva asiakas ei voi kuitenkaan valita rahaetuutta. (Häkkinen 2000, 19, 35–36; Kaula 1999, 5–6; Scheil-Adlung 1995, 22; Schneider 1999, 45.)

Muista Saksan sosiaalivakuutusjärjestelmistä poiketen hoivavakuutuksen etuudet eivät ole ansiosidonnaisia. Järjestelmässä on myös kulukatto. Jos hoivan tarpeessa oleva tarvitsee enemmän palveluja kuin mihin käytettävissä oleva etuussumma riittää, hän maksaa lisäpalvelut itse. Jos kustannukset ylittävät kulukaton tai kustannuksia tulee hoivavakuutuksen korvauspiirin ulkopuolelta, etuuksia täydennetään taloudellisen tarveharkinnan perusteella myönnettävällä sosiaaliavustuksella. (MISSOC 2003, 620; Stolterfocht & Roch 2005, 255.) Esimerkiksi lääkärin määräämän hoidon korvaa kuitenkin sairausvakuutus.

Sosiaaliavustukset rahoitetaan verovaroin ja niitä hallinnoidaan paikallistasolla. Hoivavakuutus puolestaan rahoitetaan vakuutetuilta ja työnantajilta perityin sosiaalivakuutusmaksuin, joiden määrä riippuu siitä, minkä ikäisenä vakuutettu tulee vakuutuksen piiriin (Häkkinen 2000, 27). Hallinnointivastuu on sairauskassojen yhteyteen perustetuilla itsenäisillä hoivavakuutus-kassoilla (MISSOC 2003, 612, 616).

Koska järjestelmä korvaa vain osan kustannuksista, korvauskaton ylittävien kustannusten varalle suositellaan täydentävän yksityisen vakuutusturvan hankkimista (Scheil-Adlung 1995, 23). Tarvetta sosiaalivakuutuksen täydentämiseen on mm. asumiskustannusten osalta, koska pakollinen vakuutus korvaa vain hoidosta aiheutuneita kustannuksia. Hellmanin (1999) mukaan Saksassa tyydytään useimmiten pakolliseen järjestelmään, koska vapaaehtoiset vakuutukset ovat kalliita.

Järjestelmän käyttöönoton tavoitteena oli lievittää vanhusten köyhyyttä ja supistaa tarveharkintaisen sosiaaliavun roolia. Lisäksi naisten työssäkäynti, perheiden pieneneminen ja työvoiman liikkuvuus ovat vaikuttaneet hoivavakuutuksen käyttöönottoon. (Jacobs & Drähter 2005, 24; Pfaff & Stapf-Finé 2005, 111.) Tavoitteena on ollut myös taloudellisen tehokkuuden lisääminen eli kalliin laitoshoidon vähentäminen ja kotona asumisen tukeminen. Tähän liittyy myös omaishoitajien taloudellinen tukeminen. Hoivarahalla vahvistetaan omaisten roolia. Kritiikkiäkin on esitetty: esimerkiksi Jüttnerin

(2005, 94) mukaan hoivaraha ei ole oikea ratkaisu etenkin silloin, kun iäkkäiden omaiset asuvat toisella paikkakunnalla tai kun omaiset ovat itse fyysisesti huonokuntoisia.

5.4. Itävallan hoivajärjestelmä

Itävalta on perinteisesti kuulunut keskieurooppalaisiin hyvinvointivaltioihin, joissa mieselättäjänäkökulma on ollut vahva. Suuri osa hoivasta on ollut palkatonta kotityötä, josta vastuu on kuulunut ensisijaisesti naisille ja lähiomaisille. Ennen yhtenäisen etuusjärjestelmän luomista hoivaan liittyvät julkiset järjestelyt ovat olleet hyvin hajanaiset. Julkisen sektorin rahaetuudet ja palvelut ovat olleet pääasiassa vain epävirallista hoivaa tukevassa roolissa. Laitoshoidon ja muiden palvelujen saatavuus on vaihdellut osavaltioittain ja palveluita on ollut tarjolla vähän. Hoivapalvelujen saamiseen ovat vaikuttaneet myös aiemmat työsuhteet. (Behning 2005, 80; Jenson & Jacobzone 2000, 23.)

Itävallassa otettiin vuonna 1993 käyttöön **hoivaraha** (Pflegegeld). Hoivaraha maksetaan yleensä kuukausittaisena etuutena, ja sen tarkoitus on turvata tarpeellisen hoivan saaminen ja kattaa osa hoivaan liittyvistä kuluista. Tavoitteena on, että hoivan tarpeessa oleva henkilö voi elää elämää, jossa on otettu huomioon hänen henkilökohtaiset tarpeensa ja itsemääräämisoikeutensa (Rubisch 1999, 13). Uuden järjestelmän tarkoituksena oli ensinnäkin lainsäädännön yksinkertaistaminen ja etuuksien standardointi. Tarkoituksena on myös tukea kotona asumista, kannustaa perheen keskinäiseen huolenpitoon ja antaa muun ohella valinnan mahdollisuuksia. (Rubisch ym. 1999, 7–8; Jenson & Jacobzone 2000, 23; Kreimer & Schiffbänker 2005, 173.) Tavoitteena on pitkälti ollut säilyttää subsidiariteettiperiaatteen mukainen epävirallisen sektorin vastuu hoivasta.

Etouden piiriin kuuluvat periaatteessa kaikki Itävallassa asuvat. Hoivarahassa onkin maan muusta sosiaaliturvajärjestelmästä poikkeava universaaliuden periaate (Long-term Care for ... 2005, 21). Hoivarahan myöntäminen edellyttää vähintään puolen vuoden mittaista, fyysisestä tai psyykkisestä syystä johtuvaa avun tarvetta päivittäisissä henkilökohtaisissa toiminnoissa ja kodinhoidossa.

Hoivarahaa voi saada jokainen, jonka henkilökohtainen autonomia on supistunut. Etuuden suuruus määräytyy avun tarpeen mukaan ja se arvioidaan lääketieteellisesti seitsemänportaisen asteikon avulla.[§] Etuus ei ole tuloharkintainen tai ansiosidonnainen. Palkkatulot, omaisuus, hoivan tarpeen syy tai henkilön ikä eivät vaikuta hoivarahan myöntämiseen. (Jenson & Jacobzone 2000, 23; Rubisch ym. 1999, 14–16; MISSOC 2003, 618.)

Etuuden saaja voi päättää hoivarahan käyttämisestä: rajoituksia ei ole. Rahalla voi palkata omaishoitajan tai muun avustajan, mutta sen voi käyttää muullakin tavalla – jopa säästää. Usein etuus kuitenkin korvaa vain osan kustannuksista. Etuutta suuremmat kustannukset ovat henkilön omalla vastuulla ja ne pitää yleensä maksaa itse. Hoivarahaa voidaan täydentää taloudellisen tarveharkinnan perusteella myönnettävällä sosiaaliavustuksella. (Jenson & Jacobzone 2000, 23.)

Koko hoivaan liittyvä järjestelmä rahoitetaan verovaroin, mikä poikkeaa selvästi keskieurooppalaisesta vakuuttamisen perinteestä. Vastuu hoivapalvelujen organisoinnista on jaettu valtion ja osavaltioiden kesken. Etuuden maksamisesta huolehtivat eläkevakuutuskassat ja tapaturmavakuutuskassat sekä joissain tapauksissa myös osavaltiot (MISSOC 2003, 38).

Hoivarahaa hallinnoidaan eläkevakuutusjärjestelmän kautta. Se ei siitä huolimatta kuulu suoraan mihinkään sosiaalivakuutuksen osaan, joita ovat sairausvakuutus, eläkevakuutus ja tapaturmavakuutus tai täydentäviin järjestelmiin eli sosiaaliavustuksiin tai valtion elatusjärjestelmään. (Rubisch ym. 1999, 7–8.)

Palvelujärjestelmä on toistaiseksi hajanainen ja kehittymätön, mutta sitä on tarkoitus lähivuosina laajentaa huomattavasti. Palveluiden organisointi, järjestelmän kattavuus, laadun varmistaminen ja palveluketjujen yhdistäminen sekä neuvonta ja ohjeistus ovat paikallishallinnon vastuulla. Osavaltiot vastaavat myös laitoshoidosta, mutta paikallishallinnon lisäksi palveluita voivat tuottaa järjestöt, jotka tuottavat myös merkittävän osan avopalveluista. (Rubisch ym. 1999, 12, 20; myös Behning 1999, ks. Behning 2005, 80.) Palveluiden

[§] Vuonna 2006 maksettava hoivarahaa hoivarahaa hoitoisuusluokassa I 148,30 €/kk, luokassa II 273,40 €/kk ja luokassa III 421,80 €/kk, luokassa IV 632,70 €/kk, luokassa V 859,30 €/kk, luokassa VI 1 171,70 €/kk ja luokassa VII 1 562,10 €/kk. (www.help.gv.at)

osuus ikääntyneiden sosiaalimenoista onkin kasvanut selvästi vuodesta 1990 vuoteen 2001 mennessä. (Taulukko 6, s.43–44.)

5.5. Ison-Britannian hoivajärjestelmä

Isossa-Britanniassa naiset ovat tavanneet jäädä kotiin tekemään palkatonta työtä sen jälkeen, kun ovat perustaneet perheen. Osa heistä on saattanut palata työmarkkinoille lasten kasvettua. Päävastuu hoivan järjestämisestä ja tuottamisesta onkin ollut lähiomaisilla ja naisilla. Esimerkiksi vielä 1970-luvun alussa julkisten palvelujen osuus oli pieni rooli eikä yksityisiäkään hoivapalveluita juuri ollut. (Behning 2005, 76–78.) Isossa-Britanniassa hyvinvointivaltion kehittymiseen ovat vaikuttaneet useat poliittiset ajattelijat, esimerkiksi William Beveridge, joiden vaikutus näkyy joissain järjestelmissä edelleenkin universalismin periaatteena ja julkisen sektorin vastuun korostamisena (Rostgaard & Friedberg 1998, 358). Toisaalta Isossa-Britanniassa hoivan järjestämistä on pidetty yksityisasiana, josta vastaavat perhe ja markkinat (Baldock 2003, 137–138).

Terveystenhoito- ja sosiaalipalvelujärjestelmiin tehtiin 1980-luvulla muutoksia, joiden tarkoituksena oli ohjata tarvelähtöiseen palvelujen tuottamiseen ja hyödyntää yksityisiä palveluja ja vapaaehtoistyötä. Samalla korostettiin yksilön omaa vastuuta. 1990-luvun alussa tehdyt uudistukset toivat sosiaali- ja terveydenhuoltoon osittaisen taloudellisen tarveharkinnan. Myös epävirallisen hoivan merkitystä ja yksityisen sektorin vastuuta painotettiin entistä enemmän. (Behning 2005, 76–78.)

Isossa-Britanniassa ei ole erillistä hoivavakuutus- tai hoivapalvelujärjestelmää koskevaa lainsäädäntöä (MISSOC 2003, 57). Pitkäaikaisen hoivan tarpeessa olevien etuuskokonaisuus muodostuu universaaleista **terveyspalveluista** (National Health Services, NHS) ja tarve- ja tuloharkintaisista **sosiaalipalveluista** sekä erilaisista rahaetuuksista, jotka on tarkoitettu epävirallisen hoivan hankkimiseen. Palveluiden kokonaisuus on syntynyt muun kehittämisen ohessa, eikä niitä ei ole alkujaan suunniteltu erityisesti ikääntyneiden hoivatarpeiden kattamiseen (Timonen 2005, 39).

Etudet voivat olla rahamuotoisia tai palveluja. Julkisen sektorin palvelut voidaan jakaa kahteen osaan: terveyspalveluihin ja sosiaalipalveluihin, joskaan

näiden kahden välinen rajanveto ei kaikilta osin ole selkeä. Palvelut voivat olla kotipalvelua tai laitoshoidoa asiakkaan tarpeesta riippuen. Sosiaalipalvelut ovat tarveharkintaisia ja vain kaikkein pienituloisimmat saavat niitä maksutta. Taloudellisen tarveharkinnan lisäksi avun tarpeen arviointikriteerejä on viime vuosina tiukennettu ja palveluja kohdistettu huonokuntoisimmille (Rostgaard & Fridberg 1998, 363).

Hoivaraha (Attendance Allowance) on etuus, jolla tuetaan kotona asumista. Etuuteen ei liity taloudellista tarveharkintaa. Se myönnetään yli 65-vuotiaille henkilöille sen perusteella, kuinka paljon henkilö tarvitsee apua. Tarve arvioidaan lääketieteellisin perustein, kaksiporaisella asteikolla.** Myöntäminen edellyttää, että henkilö on fyysisistä tai psyykkisistä syistä johtuen henkilökohtaisen avun tarpeessa yli puolen vuoden ajan (MISSOC 2003, 619, 627). Etuuden voi käyttää omaishoitajan palkkaamiseen tai sillä voi ostaa palveluja yksityiseltä sektorilta. Hoivan tarpeessa oleva voi saada myös muita rahaetuuksia taloudellisen tarveharkinnan perusteella (Pacolét ym. 1999, 57). Pysyvästi laitoshoidossa oleville rahaetuuksia ei yleensä makseta (Kerschen ym. 2005, 69).

Terveys- ja sosiaalipalvelut sekä rahaetudet on rahoitettu verovaroin. Terveystuottopalvelut ovat käyttäjälle maksuttomia. Sosiaalipalveluista veloitetaan maksu asiakkaan tulojen ja omaisuuden mukaan (Kerschen ym. 2005, 69).

Hoivan kokonaisuutta ei hallinnoi yksittäinen organisaatio tai viranomainen. Terveystuottopalvelut ovat valtakunnallisia, kun taas sosiaalipalveluista ja rahaetuuksista vastaa paikallishallinto. Myös hoivan tuottamisen vastuu on jaettu julkisen, epävirallisen ja yksityisen sektorin kesken. (Pacolét ym. 1999, 107; Kerschen ym. 2005, 45; Comas-Herrera ym. 2003b, 78.) Julkinen sektori voi tuottaa palveluja ja pitää yllä esimerkiksi hoivakoteja, mutta se ei ole velvollinen tuottamaan palveluja itse (Vanhusten hoito ja ... 1999, 21). Suuri osa palveluista onkin yksityisten palveluntuottajien ja hyväntekeväisyysjärjestöjen tuottamia (Behning 2005, 78–79; Long-term Care for ... 2005, 134).

** Hoivarahassa on kaksi tasoa. Taso I 41,65 £/vko eli noin 240 €/kk ja taso II 62,25 £/vko eli noin 360 €/kk. (www.direct.gov.uk)

Isossa-Britanniassa julkista järjestelmää ei ole kehitetty systemaattisesti. Vuonna 1998 perustetun pitkäaikaishoivatyöryhmän tekemistä ehdotuksista suurin osa jäi kustannussyistä toteuttamatta (esim. Anttonen & Sipilä 2005, 126). Viime vuosien aikana palveluita on yksityistetty ja vastuuta on siirretty yhä enemmän yksityisille palveluntuottajille. Pienituloisten osalta päävastuu on perheellä ja yksilöllä itsellään. Järjestelmän tasa-arvoisuudesta ja tehokkuudesta keskustellaankin paraikaa (Glendinning ym. 2004).

6. Hyvinvointivaltioregiimit ja hoivajärjestelmät

Suomen, Saksan, Itävallan, Tanskan ja Ison-Britannian hoivajärjestelmien kuvaukset on esitetty kappaleessa viisi. Tiedot on tiivistetty havainnolliseksi taulukoksi (s. 43–44), jonka avulla järjestelmien eri ulottuvuuksia (Kuva 1, s. 10) voi vertailla toisiinsa ja joka on myös tämän tutkimuksen yhteenvedon pohjana.

Kun Saksan, Itävallan, Ison-Britannian, Tanskan ja Suomen hoivajärjestelmiä ja niiden kehityssuuntia verrataan toisiinsa, voidaan sanoa, etteivät hyvinvointivaltioregiimit jäsennä hoivajärjestelmiä erityisen hyvin. Etenkin Suomen hoivajärjestelmän kokonaisuus sisältää piirteitä useammasta ideaalityypisistä hyvinvointivaltioista. Lisäksi Keski-Euroopan esimerkkimaat Saksa ja Itävalta ovat päätyneet erilaisiin ratkaisuihin. Sen sijaan Ison-Britannian ja Tanskan järjestelmät ovat pitkälti regiimeihin sopivat.

Erityisen mielenkiintoinen on rahaetuksien ja palvelujen osuus ikääntyneiden sosiaalimenoista ja osuuksien kehittyminen vuosien 1980–2001 välillä. (Taulukko 6.) Tanska on ns. julkispalveluvaltiona aivan omaa luokkaansa muihin esimerkkimaihin – myös Suomeen – verrattuna. Tanskassa palveluiden osuus kustannuksista on lähes neljännes. Suomessa palveluihin käytettyjen kustannusten osuus on tällä hetkellä sama kuin Saksassa. Vuonna 1980 ero oli suuri, mutta Saksassa palveluiden osuus on kasvanut merkittävästi kahdessa vuosikymmenessä. Samaan aikaan myös Itävallassa on tapahtunut lähes yhtä suuri muutos. Yhä suurin osa ikääntyneiden sosiaalimenoista käytetään rahaetuuksiin, mutta tehtyjen uusien linjausten mukaan palveluja kehitetään. Isossa-Britanniassa kustannusten keskinäiset osuudet eivät ole juurikaan muuttuneet: rahaetuuksiin käytetään 93 prosenttia ikääntyneiden sosiaalimenoista.

Suomessa hoivaetudet ja palvelut ovat toisistaan erillisiä sosiaaliturvajärjestelmän osia. Niitä on kehitetty vähitellen, muiden muutosten ohessa ja kokonaisuus on sen vuoksi hajanainen. Suomalainen hoivajärjestelmä ei kaikilta osin noudata pohjoismaisen hyvinvointivaltioregiimin ideaalityypisiä piirteitä (vrt. Kautto 2005, 28–29, 33). Vanhusten hoivan järjestämistavoista on löydettävissä sekä universaalin hyvinvointivaltion piirteitä

että vakuutusperusteisen bismarckilaisen järjestelmän ominaisuuksia. Suomen järjestelmässä on yhtäläisyyksiä kaikkien muiden esimerkkimaiden hoivajärjestelmien kanssa.

Julkisen sektorin palveluita on karsittu viime vuosien aikana, mutta ne ovat edelleen esimerkiksi Itävaltaan verrattuna melko kattavat. Vaikka rahaetuuksiin sosiaalimenoista kuluukin suurin osa, julkisten palveluiden kattavuuden osalta Suomi noudattaa pohjoismaisen hyvinvointivaltioregiimin ominaispiirteitä. Vastuuta on kuitenkin viime vuosina siirretty julkiselta sektorilta sekä kolmannelle sektorille järjestöille että yksityisille palveluntuottajille (Trends in Social Protection in Finland 2004, 5). Myös julkisesti tuetun epävirallisen hoivan rooli eli omaishoitajien määrä ja vastuu ovat kasvaneet. Omaishoitoon liittyvät rahaetudet ovatkin samantyyppisiä kuin Saksan, Itävallan ja Ison-Britannian hoivaraha.

Suomessa poliittisissa kannanotoissa on viime vuosina korostettu perheelle kuuluvaa hoivavastuuta. Jo Lipposen ensimmäisen hallituksen tavoitteina olivat palvelurakenteen muuttaminen ja avopalvelujen lisääminen, vaikka hallitusohjelmassa ei mainittu erikseen ikääntyneitä. (Hallitusohjelma 13.4.19). Lipposen toisen hallituksen ohjelmaan oli kirjattu, että vastuu kuuluu jatkossa aikaisempaa enemmän ihmiselle itselleen, ja ”kansalaisten omaehtoista ponnistelua oman hyvinvointinsa lisäämiseksi kannustetaan” (Hallitusohjelma 15.4.1999). Vanhusten kasvavaan määrään ei kuitenkaan erityisesti kiinnitetty huomiota.

Tällä hetkellä omaishoidon osuutta halutaan kasvattaa entisestään (Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen ... 2004). Vanhasen hallituksen hallitusohjelman mukaan tulevaisuudessa julkisen sektorin palveluja täydennetään omais- ja lähimmäistyöllä. Myös järjestöjen ja yksityisen sektorin merkitystä hoivan tuottamisessa on alettu korostaa (Heikkilä ym. 2003, 15). Tämä on kirjattu myös hallitusohjelmaan: ”yksityinen ja kolmas sektori täydentävät kuntien palveluja” (Hallitusohjelma 24.6.2003).

Vaikka omaishoidon ja perheen sekä ihmisen omaa vastuuta painotetaan, tutkimuksissa siihen ei ole useinkaan kiinnitetty huomiota. Epävirallisen hoivan merkitystä on saatettu aliarvioida sen näkymättömyyden vuoksi (Sand 2005,

198). Sosiaaliturvajärjestelmiä ja hyvinvointivaltioregiimien ideaalityyppejä ominaisuuksia tarkasteltaessa pohjoismaisissa hyvinvointivaltiossa julkisen sektorin järjestämisen hoivan merkitys on korostunut. Pohjoismaissa ei välttämättä ole pantu merkille, että monista palvelumuodoista huolimatta suuri osa hoivasta järjestetään epävirallisesti.

Suomessa on tavoiteltu mahdollisimman pitkää kotona asumista ja vähäistä laitoshoidoa. Tavoitteista huolimatta Suomessa julkiset kotipalvelut ovat vähentyneet merkittävästi ja julkisten hoivapalvelujen kattavuus on supistunut palveluasumista lukuun ottamatta viimeisen kymmenen vuoden aikana. Hoidettavien määrä on kaiken kaikkiaan vähentynyt, mutta tehtyjen priorisointien vuoksi erityisesti ”hyväkuntoisten” asiakkaiden määrä on pienentynyt. (Vaarama ym. 2000, 76, 83; myös Vaarama ym. 2004, 37, 45, 49.) Kotipalveluita tarjotaan vain intensiivistä hoitoa tarvitseville, yleensä hyvin iäkkäille. Heikkilän (2005, 48) arvion mukaan kotipalvelun kattavuus on supistunut tavalla, joka on hyvinvointivaltioiden joukossa poikkeuksellinen.

Muissakin Pohjoismaissa kehitys on ollut samankaltaista. Muun muassa Ruotsissa palveluita on tarjottu vain kaikkein huonokuntoisimmille (ks. Abrahamson 2005, 123). Sekä hyväkuntoisia että hyvätuloisia on rajattu palvelujen ulkopuolelle ja he ovat turvautuneet joko yksityisiin palveluihin tai omaisiinsa. Epävirallisen hoivan suurempi rooli on ollut esillä erilaisissa poliittisissa dokumenteissa. Yksityisistä yrityksistä on tullut kasvava, joskin toistaiseksi pieni osa hyvinvointijärjestelmän kokonaisuutta. Pohjoismaissa suunta näyttää olevan pois julkisesta, universaalista ja yksilöllisestä hoivasta kohti epävirallista hoivaa ja selektiivisyyttä niin rahoituksessa kuin tuotannossakin. (Timonen 2005, 38–39, 45, 47.)

Keskieurooppalaisen hyvinvointivaltiomallin edustajina Saksa ja Itävalta ovat valinneet toisistaan selvästi poikkeavat hoivajärjestelmän rakentamistavat. Molemmat ovat toteuttaneet hoivaan liittyvät uudistukset 1990-luvun alussa ja pitkälti ilman olemassa olleiden julkisten järjestelmien rasitteita. Ideaalityypinsä mukaan molempien olisi pitänyt valita toteutustavaksi pakollinen sosiaalivakuutus. Se voisi olla jopa ansiosidonnainen järjestelmä, jossa etuudet perustuisivat aikaisempiin tuloihin ja työmarkkina-asemaan. Aiempaan ansiotasoon sidottuja etuuksia ei ole kummassakaan maassa. Vain Saksassa

on vakuutusmaksuin rahoitettava pakollinen järjestelmä, joka sekä eroaa tarveharkinnan, korvauskaton ja tasaetuksien vuoksi muusta sosiaalivakuutuksesta (esim. Lessenich 2005, 352–353). Se poikkeaa muusta sosiaalivakuutuksesta myös, koska työnantajilla on hoivavakuutuksen rahoittamisessa perinteistä pienempi osuus.

Saksan hoivavakuutusmalli on yhtäältä aikaisemmista ratkaisuista riippuvainen (path-dependent) ja aiemmin tehdyt hyvinvointivaltioon ja sosiaalivakuutukseen liittyvät ratkaisut ovat ohjanneet viimeksi tehtyjä valintoja. Toisaalta malli sisältää myös uusia innovaatioita ja perinteiselle saksalaiselle sosiaalivakuutusmallille vieraita piirteitä. Hoivavakuutusmallin rakentamisessa on tehty myös aiemmasta poikkeavia valintoja ja luotu uusia polkuja (path creation). (Leitner & Lessenich 2003, 334; Lessenich 2005, 351–354.) Perheen roolin korostaminen on tyypillistä keskieuropalaiselle hyvinvointivaltioregiimille. Julkisen sektorin laajentuneesta vastuusta ja muista muutoksista huolimatta epävirallinen hoiva sekä järjestöjen ja yksityisen sektorin tuottamat palvelut ovat edelleen järjestelmän perusta. Castles (2005, 42) toteaa kuitenkin, että Saksan sosiaaliturvajärjestelmän peruseräpäätteen ovat vuosituhanen vaihteeseen mennessä muuttuneet ”sosiaalidemokraattiseen” suuntaan. Timosen (2005) mukaan ”valtio rahoittaa, muut tuottavat palvelut” -malli on 1990-luvun puolivälin jälkeen muuttunut. Perheen ja yksilön osuus hoivan rahoittamisesta on pienentynyt, koska hoivavakuutus kattaa suhteellisen suuren osan kustannuksista. (Timonen 2005, 33–35, 37.)

Itävallassa hoivajärjestelmää ei lasketa ollenkaan sosiaalivakuutuksen osaksi, koska se on universaali ja rahoitettu verovaroin. Kun tarkastellaan Itävallan ja Suomen hoivan järjestämisen kokonaisuutta karkealla tasolla, maat ovat yllättävän lähellä toisiaan. Molemmissa kokonaisuus muodostuu raha- ja palveluetuksista ja hieman samantyyppisin painotuksin, tosin Itävallassa kokonaisuus on paljon suomalaista yksinkertaisempi. Itävallan hoivaraha on myöntöperusteiltaan, rahoitukseltaan ja hallinnoltaan samantapainen kuin Suomen eläkkeensaajien hoitotuki. Palvelujen kehittämistä on painotettu Itävallan hoivajärjestelmän kehittämissuunnitelmissa.

Itävallassa palveluiden organisoinnista vastaa paikallishallinto, samoin kuin valtaosassa esimerkkimaista. Julkiset hoivapalvelut ovat vielä kehittymättömiä, mutta niitä pidetään järjestelmän olennaisena osana. Tavoitteena on ollut niiden osuuden kasvattaminen (esim. Rubisch 1999, 21). Kreimerin ja Schiffbänkerin (2005, 180) tulkinnan mukaan Itävalta on siirtynyt kohti regiimiä, jossa perheellä on edelleen mittava rooli hoivaamisessa, mutta myös hyvinvointivaltion vastuu hoivan organisoinnista ja rahoituksesta on kasvanut.

Vastuuta on konservatiivisissa maissa siirretty perheeltä ja suvulta julkiselle sektorille samalla tavalla kuin Pohjoismaissa on tehty jo aikaisemmin. Julkinen sektori on ottanut vastuulleen osan sosiaalisista riskeistä, joista perhe ei ole erilaisten yhteiskunnallisten muutosten takia kyennyt riittävällä tavalla huolehtimaan. Muutokset näyttävät lähentävän niitä jonkin verran pohjoismaisen mallin maiden kanssa. Tältä kannalta tarkasteltuna erityisen mielenkiintoinen piirre on Itävallan hoivarahan universaalisuus. Se on maan muuhun sosiaaliturvaan verrattuna poikkeuksellinen valinta. Toisaalta julkisen sektorin niukkojen palveluiden jakamisessa käytetään taloudellista tarveharkintaa, mitä Pohjoismaissa perinteisesti ei ole tehty.

Tanska sopii pohjoismaiseen hyvinvointivaltioregiimiin hoivajärjestelmänsä osalta. Valtiolla ja paikallishallinnolla on suurin vastuu hoivan organisoinnista, tuottamisesta ja rahoittamisesta. Julkisen sektorin palvelutarjonta on kattavaa. Tanskassa omaishoitajat eivät ilmeisesti ainakaan vielä ole samanlaisessa puolivirallisessa asemassa kuin muissa esimerkkimaissa, kun taas pohjoismaisen hyvinvointivaltion arkkityyppinä pidetyssä Ruotsissa epävirallisen hoivan rooli on Timosen (2005, 38–39) mukaan kasvamassa. Tanskassakin kunta voi solmia omaishoitosopimuksen, mutta se on aina tilapäinen vaihtoehto ja sopimukset lyhyitä.

Iso-Britannia näyttää vanhusten hoivan kokonaisuuden kannalta sopivan edelleen anglosaksiseen liberaaliin regiimiin. Julkisen sektorin vastuu on melko pieni ja toisaalta yksityisten palveluntarjoajien rooli on suuri. Julkisen sektorin palveluissa on tehty priorisointeja ja palveluita on ollut tarjolla vain eniten tarvitseville (Comas-Herrera ym. 2003b, 77, 85–86). Yksityisten yritysten eli niin sanotun markkinapilarin osuus on kasvanut. Behningin (2005, 79) mukaan vastuuta ammatillisesta hoivasta on siirretty enenevässä määrin yksityisille

laitoksille. Markkinoiden merkitys on kasvanut muuallakin, vaikka kehitys on vaihdellut maittain (Timonen 2005, 47). Suomessa viidennes kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista tuotetaan yksityisellä sektorilla tai järjestöissä (Trends in Social Protection 2004, 5).

Taulukko 6. Eurooppalaiset hoivajärjestelmät.

	Suomi		Tanska	Saksa		Itävalta		Iso-Britannia	
Järjestelmä	Sosiaalipalvelut ja rahaetus		Sosiaalipalvelut	Pakollinen hoiva- vakuutus	Sosiaali- avustus	Hoivapalvelut	Hoivaraha	Sosiaalipalvelut ja rahaetus	
Pääperiaate	Universaalit etuudet		Universaalit etuudet	Vakuutus	Avustus	Universaalit etuudet		Universaalit etuudet/avustus	
Etustyyppi	Palvelut	Raha	Palvelut, myös raha	Raha tai palvelu	Raha	Palvelu	Raha	Palvelut	Raha
Etuuden saamisehto	Avun tarve, joka on säännöllistä ja pysyvää	Avun tarve, kolmiportainen arviointi, ei taloudellista tarveharkintaa	Avun tarve, arvioidaan tietyllä kriteeristöllä; ei taloudellista tarveharkintaa	Avun tarve kolmiportainen arviointi, ei taloudellista tarveharkintaa	Taloudellinen tarveharkinta, tulot ja omaisuus vaikuttavat	Avun tarve, taloudellinen tarveharkinta, tulot ja omaisuus vaikuttavat	Avun tarve, seitsenportainen arviointi Ei taloudellista tarveharkintaa	Avun tarve Terveyspalvelussa (NHS) ei taloudellista tarveharkintaa Sosiaalipalvelussa taloudellinen tarveharkinta, tulot ja omaisuus vaikuttavat	Avun tarve, ei taloudellista tarveharkintaa
Rahoitus	Verorahoitteinen (kunnat ja valtionosuudet), asiakasmaksut	Kansaneläkerahasto, valtio	Verorahoitteinen, asiakasmaksut	Vakuutusmaksut	Verorahoitteinen	Verorahoitteinen	Verorahoitteinen	Verorahoitteinen Terveyspalvelussa ei omaa maksuosuutta Sosiaalipalvelussa asiakasmaksut	Verorahoitteinen
Palvelujen tuottamisen vastuu	Kunnat, järjestöt, yksityiset yritykset ja palveluntuottajat, epävirallinen hoiva	Epävirallinen sektori Ostopalvelut yksityisiltä palveluntuottajilta tai järjestöiltä	Julkinen sektori, myös epävirallinen sektori (omaishoito) ja ostopalvelut	Epävirallinen sektori: omaishoitajat Julkiset palvelut: järjestöt ja yksityiset yritykset	–	Laitohoito julkisen sektorin palveluina Avohoidossa 90% palveluista järjestöjen tuottamia	Epävirallinen sektori Ostopalvelut yksityisiltä palveluntuottajilta tai järjestöiltä	Yksityiset yritykset, järjestöt ja paikallishallinto	Epävirallinen sektori Ostopalvelut yksityisiltä palveluntuottajilta tai järjestöiltä

		Suomi		Tanska	Saksa	Itävalta		Iso-Britannia		
Hallinnointivastuu		Kunnat	Kansaneläkelaitos	Kunnat ja valtio	Hoivavakuutus skassat (paikallisten sairausvakuutus- uskassojen yhteydessä)	Osavaltiot (Länder) ja paikallishallinto	Osavaltiot ja paikallishallinto viranomaiset sekä järjestöt	Valtio ja osavaltiot (Länder), Eläkevakuutus- skassat ja tapaturmavakuutus- kassat	Valtio (NHS) ja paikallishallinto (sosiaalipalvelut)	Paikallishallinto
Naisten työmarkkinoille osallistuminen (% työikäisistä naisista)*		72,1 %		74,8 %	64,5%	63,9 %		69,2 %		
Sosiaalimenot ikäntyneiden osalta, % BKT:sta (2001)**		7,9%		8,3%	11,7%	10,7 %		8,1 %		
Rahaetuuk- sien ja palveluiden osuudet ikäntyneiden sosiaalime- noista, % (1980/1990/ 2001)**	Raha- etuudet (ml. eläke- menot)	91 / 90 / 89 %		78 / 75 / 76 %	97 / 92 / 89 %	98 / 98 / 95 %		92 / 94 / 93 %		
	Palvelut	9 / 10 / 11 %		22 / 25 / 24 %	3 / 8 / 11 %	2 / 2 / 5 %		8 / 6 / 7 %		

* OECD Employment Outlook 2004 ** OECD Social Expenditure Database SOCX 2004

7. Yhteenveto

Vertailun kohteena olleilla mailla on yllättävän paljon yhteisiä piirteitä hoivajärjestelmissään. Ehkä merkittävin yhteinen tekijä on epävirallisen hoivan korostuminen ja sen tukeminen samantyyppisin rahaetuuksin. Perheillä on perinteisesti ollut hoivan tuottamisessa paljon vastuuta Keski-Euroopan maissa, kun taas Pohjoismaissa julkisen sektorin vastuu on ollut suuri. Tältä osin maat näyttävät lähentyneen, sillä kun julkisen sektorin organisointivastuuta on Itävallassa ja Saksassa alettu korostaa, Suomessa hoivavastuuta on pyritty siirtämään perheelle ja esimerkiksi omaishoidon merkitystä on painotettu. Näyttää siltä, että Suomi on lähentymässä perinteisiä konservatiivisen mallin maita ja ne meitä (vrt. Kangas 2004, tutkimus sairausvakuutuksen etuuksista). Myös Abrahamsonin (2005, 124) mukaan Pohjoismaiden sosiaaliturvajärjestelmät ovat eurooppalaistumassa.

Virallisten, ammatillisten hoivapalveluiden järjestämisen kannalta on merkittävää, saavatko ikääntyneet epävirallista hoivaa. Epävirallisen hoivan tarjontaan vaikuttavat muutkin yhteiskunnalliset kehitystrendit kuin naisten lisääntynyt työssäkäynti. Tärkeitä tekijöitä ovat kotitalouksien koon pieneneminen, yksin asuvien määrän kasvaminen ja työssäkäyvän väestön keskittyminen kasvukeskuksiin. (Anttonen & Sipilä 2000, 105; Taylor-Gooby 2004, 4; Moreno & Palieri 2004, 8–9; Pierson 2001, 94.)

On vaikea arvioida, miten omaishoidon merkityksen kasvattaminen ja julkisen sektorin roolin kutistaminen vaikuttavat pitkällä aikavälillä. Epävirallisen hoivan saatavuus ei ole itsestään selvää. Pystyvätkö perheenjäsenet eli puoliset ja lapset ottamaan vastuuta omaistensa hoitamisesta? Voiko perheen rooli olla merkittävä, vaikka esimerkiksi Suomessa naiset ovat olleet jo vuosikymmeniä mukana työmarkkinoilla ja kahden elättäjän perhemalli on tavanomainen? Pulmat ovat samoja, joista on käyty keskustelua esimerkiksi Saksassa hoivavakuutusta suunniteltaessa: kun perheet ovat pieniä, mahdollisia omaishoitajiaakin on vähemmän. Tulevaisuudessa myös perheettömien, yksinasuvien vanhusten määrä kasvaa. Heillä ei todennäköisesti ole lainkaan mahdollisuutta turvautua läheiseen tai omaishoitajaan.

Pahin skenaario on Luoman ym. (2003) mukaan se, että epävirallista hoivaa ei ole tarjolla ja toisaalta samaan aikaan julkisen sektorin hoivapalveluissa on työvoimapula. Tilanne on huolestuttava niin palvelujen saatavuuden, laadun kuin kustannustenkin kannalta ja merkitsevä on, että jo nykytilanteessa hoitoalalla on rekrytointiongelmia. (Luoma ym. 2003, 23.)

Myös hoivan tarpeessa olevien itsenäisen selviytymisen ja kotona asumisen tukeminen on tavalla tai toisella esillä jokaisessa esimerkkipäätöksessä. Suomessa hoivapalveluja on supistettu ja priorisoitu viime vuosina. Tanskassa taas julkiset palvelut ovat jo vuosia olleet pääsääntöisesti kotipalveluja. Usein tässä yhteydessä esitetään yksilöllisyyttä, itsenäisyyttä ja valinnan mahdollisuuksia koskevia argumentteja. Kotona asumista voidaan tukea monin erilaisin etuuksin ja Timosen (2005, 46) mukaan myös siten, ettei julkisia palveluita (laitoshoitopaikkoja) ole tarjolla. Laitoshoidon vähentämisellä tavoitellaan kustannussäästöjä, sillä laitoshoidon on kallista. Epävirallinen ja palkaton tai puolivirallinen, korvausta vastaan tehty hoivatyö ovat paljon laitoshoidoa edullisempia vaihtoehtoja.

Tyypillistä esimerkkipäätöksille on myös paikalliselle tasolle, kunnille ja osavaltioille valtionhallinnosta siirtynyt vastuu hoivan organisoimisesta ja osittain myös tuottamisesta. Isossa-Britanniassa rahoitusvastuuta ja palveluiden organisoimisen vastuuta jaettiin uudelleen 1990-luvun alkupuolella (Behning 2005, 77) samoin kuin Suomessa. Myös Tanskassa paikalliset viranomaiset vastaavat palveluiden tuotannosta, Saksassa ja Itävallassa paikallistasolla huolehditaan mm. palveluiden saatavuudesta.

Yhteinen piirre esimerkkipäätöksille on myös yksityisten yritysten ja palveluntuottajien ja järjestöjen roolin korostaminen. Tässäkin asiassa Suomi ja Keski-Euroopan maat näyttävät lähentyvän toisiaan. Keski-Euroopassa erityisesti järjestöt mutta myös yritykset ovat vastanneet palvelujen tuottamisesta. Suomessa yksityisten yritysten rooli julkisten palvelujen tuottamisessa on selvästi kasvanut. Toimenpiteillä on tavoiteltu julkisten palvelujen kustannustehokkuutta kilpailuttamalla palveluntuottajia (Rostgaard & Lehto 2001, 164).

Tulo- ja koulutustason noustessa julkisen sektorin palveluille saatetaan asettaa nykyistä suurempia laatuvaatimuksia (Luoma 2003, 23). Toistaiseksi hoivapalveluja ostetaan melko vähän täysin yksityisesti. SOMERA-toimikunta arvioi, että Suomen sosiaaliturvassa yksityisen vakuuttamisen ja myös yksityisten palvelujen merkitys kasvavat (Sosiaalimenojen kehitystä ja ... 2002). Onkin todennäköistä, että tulevaisuudessa palveluja ostetaan suoraan yksityisiltä palveluntuottajilta ja suoraan markkinoilta, etenkin, jos niiden hankkimista tuetaan verotuksellisin eduin (esimerkiksi kotitalousvähennyksen avulla) ja mikäli julkisia palveluita ei ole saatavilla. Tämä saattaa aiheuttaa polarisaatiota, jos vain vauraat henkilöt pystyvät hankkimaan itselleen apua. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa aihe on tällä hetkellä ajankohtainen.

Yksityisten palveluiden kysyntä saattaa kasvaa vanhusväestön määrän kasvun myötä myös, jos kuluttajat vaativat laatua ja yksilöllisyyttä. Elämäntyylien erilaistuessa saatetaan haluta myös runsaammin valinnanmahdollisuuksia (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 7). Julkisia palveluita ja rahaetuksia täydentämään tarvittaneen erilaisia omia varautumismahdollisuuksia. Suomessa on mahdollisuus varautua vanhuuden hoivatarpeisiin säästämällä, mutta vapaaehtoista vakuutusturvaa ei ole tarjolla. Euroopassa ainakin Saksassa, Ranskassa, Tanskassa ja Isossa-Britanniassa on myynnissä vapaaehtoisia hoivavakuutuksia. Suomessa yksityisten palveluiden hankkimisen kustannuksia korvaavan ja julkisia palveluja täydentävän vapaaehtoisen hoitovakuutuksen mahdollisuuksista keskusteltiin 2000-luvun alussa. Tavoitteena oli vanhuspalveluiden resurssien lisääminen. (Hoitovakuutustyöryhmän muistio, 2001:1.) Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän ehdotukset jäivät toteuttamatta.

Barrin (1999) mukaan yksityisen ja julkisen sektorin pitäisi keskittyä niihin alueisiin, joilla ne ovat vahvoja. Julkinen sektori on vahva perusturvan tarjoaja ja köyhyyden lievittäjä. Se toimii silloinkin, kun markkinat eivät toimi – esimerkiksi työttömyysturvan järjestämisessä, eläkejärjestelmissä ja terveydenhuollon rahoittamisessa. Yksityisen sektorin vahvuudet taas ovat monipuolisuudessa ja uusien innovaatioiden tuottamisessa. Yksityinen vakuutus voi tarjota vaihtoehtoja. (Barr 1999, 8.)

Hoivan tarpeisiin varautumista ei voida jättää pelkästään yksityisen sektorin vastuulle, mutta toisaalta kansalaisten oma varautuminen saattaa olla tulevaisuudessa välttämätöntä, kun ikääntyneiden määrä kasvaa suureksi ja julkisen sektorin resurssit ovat niukat. Väestön ikääntyminen, naisten työssäkäynti ja perhemuotojen muutokset kasvattavat hoivan tarpeen merkitystä uutena sosiaalisena riskinä. Hoivariski eroaa kuitenkin kaikkein perinteisimmistä riskeistä sen hankalan ennustettavuuden vuoksi: hoivan tarve ei kasva samassa suhteessa kuin ikääntyvien määrä, eikä kaikkia siihen tulevaisuudessa vaikuttavia tekijöitä pystytä arvioimaan etukäteen. Siksi myös riskin vakuuttamista on pidetty hankalana.

Saksan noin kymmenen vuotta voimassa ollut pakollinen vakuutusjärjestelmä on rahoitusvaikeuksissa muun muassa kasvaneiden laitoshoidon kustannusten vuoksi (Pfaff & Stapf-Finé 2005, 112–113; Rothgang 2005, 114). Ratkaisuksi on ehdotettu jopa suurempaa vakuutusmaksua perheittömille, jotka joutuvat turvautumaan viralliseen hoivaan ja laitoshoitoon (Jüttner 2005, 94–95). Suomessa ei ole juurikaan keskusteltu täysin uuden julkisen järjestelmän, esimerkiksi pakollisen hoivavakuutuksen, käyttöönotosta, vaikka suomalainen järjestelmä on tällä hetkellä pirstaleinen ja palveluketjut saattavat olla monimutkaisia ja katkonaisia. Keskustelunavauksia terveydenhuollon rahoitusongelmien ratkaisemiseksi on kuitenkin tehty. Terveydenhuollon rahoitus- ja toimintamalliksi on esitetty yleistä terveystakuuta, jossa järjestelmä olisi verorahoitteinen, mutta hyödyntäisi vakuutuksen periaatteita (Forss & Klaukka 2003).

Onkin mahdollista, että tulevaisuudessa keksitään myös uusien sosiaalisten riskien kattamiseen soveltuvia uudentlaisia ja ajan tarpeisiin sopivia vakuuttamisen muotoja. François Ewaldin (1990, 21–22; 1991, 197–198) mukaan uudet muodot syntyvät vakuutuksellisen mielikuvituksen (insurantal imaginary) tuotteina. Mielikuvitus on kekseliäisyyttä, jolla vakuutustekniikkaa hyödynnetään ja jonka avulla saadaan käyttökelpoisia ideoita. Hyvä esimerkki vakuutuksen muotoutumisesta ajan tarpeisiin on sosiaalivakuutuksen syntyminen 1800-luvulla. Sen kehitykseen liittyi paitsi vakuutuksellista myös poliittista mielikuvitusta.

Kirjallisuus

- Abrahamson, Peter (1992).** Europe: A Challenge to the Scandinavian Model of Welfare? Paper contributed to the First European Conference of Sociology, University of Vienna.
- Abrahamson, Peter (1999).** The Welfare Modelling Business. *Social Policy & Administration* 33 (4): 394–415.
- Abrahamson, Peter (2005).** La fin du modèle scandinave? La réforme de la protection sociale dans les pays nordiques. *Revue Française des Affaires Sociales* 59 (3):105–127.
- Alber, Jens (1995).** A Framework for the Comparative Study of Social Services. *Journal of European Social Policy* 5 (2):131–149.
- Albert, Michel (2004).** Vakuutuksen taloudellinen ja yhteiskunnallinen tehtävä. Julkaisussa Hellsten, Katri & Helne, Tuula (toim.) Vakuuttava sosiaalivakuutus? Kela, Helsinki: 22–42.
- Antila, Veli-Aunus & Erwe, Ossi & Lohi, Ilkka & Salminen, Jaakko (2003).** Vapaaehtoinen henkilövakuutus. Suomen vakuutusalan koulutus ja kustannus Oy. Yliopistopaino, Helsinki.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000).** Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Vastapaino, Jyväskylä.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2005).** Comparative Approaches to Social Care: Diversity in Care Production Modes. Julkaisussa Pfau-Effinger, Birgit & Geissler, Birgit (toim.) Care and Social Integration in European Countries. The Policy Press, Bristol: 115–133.
- Anttonen, Anneli (2005).** Vertailut ja sosiaalipolitiikan tutkimuksen uusi suunta. *Janus* 13 (3): 268–288.
- Arts, Wil & Gelissen, John (2002).** Three Worlds of Welfare Capitalism Or More? A State-of-the-Art Report. *Journal of European Social Policy* 12 (2):137–158.
- Baldock, John (2003).** Social Care in the United Kingdom. A Pattern of Discretionary Social Administration. Julkaisussa Anttonen, Anneli & Baldock, John & Sipilä, Jorma (toim.) The Young, the Old and the State. *Social Care Systems in Five Industrial Nations*. Edward Elgar, Cornwall: 109–141.
- Behning, Ute (2005).** Changing Long-Term Care Regimes: a Six-country Comparison of Directions and Effects. Julkaisussa Pfau-Effinger, Birgit & Geissler, Birgit (toim.) Care and Social Integration in European Countries. The Policy Press, Bristol: 73–91.
- Biffi, Gudrun (2004).** Diversity of welfare systems in the EU: a Challenge to Policy Coordination. *European Journal of Social Security* 6 (1): 33–59.
- Bonoli, Giuliano (2004).** The Politics of New Social Risks and Policies. Mapping Diversity and Accounting for Cross-National Variation in Postindustrial Welfare States. Paper prepared for presentation at the International Sociological Association, RC 19 meeting, September 2–4, Paris.
- Bonoli, Giuliano & George, Vic & Taylor-Gooby, Peter (2000).** *European Welfare States. Towards a Theory of Retrenchment*. Polity Press, Cambridge.
- Burchardt, Tania & Hills, John (1997).** *Private Welfare Insurance and Social Security. Pushing the Boundaries*. Joseph Rowntree Foundation, York.
- Castles, Francis G. (2004).** *The Future of the Welfare State. Crisis Myths and Crisis Realities*. Oxford University Press, New York.
- Castles, Francis G. (2005).** Social Expenditure in the 1990s: Data and Determinants. *Policy and Politics* 33 (3):411–430.

Clasen, Jochen & van Oorschot, Wim (2001): Changing Principles and Designs in European Social Security. Paper to be presented at the International Conference on European Social Security and Global Politics, European Institute of Social Security, September 27–29, Bergen.

Clasen, Jochen & Siegel, Nico A. (2005). Exploring the Dynamics of Reform: the Dependent Variable Problem in Comparative Welfare State Analysis. A paper presented at ESPAnet Thematic Seminar Welfare reform – the dependent variable problem, May 13–14, Stirling, Scotland.

Comas-Herrera, Adelina & Pickard, Linda & Wittenberg, Raphael & Davies, Bleddyn & Darton, Robin (2003a). Future Demand for Long-Term Care 2001 to 2031. Projections of Demand for Long-Term Care for Older People in England. Discussion Paper 1980 PSSRU, London School of Political Science.

Comas-Herrera, Adelina & Wittenberg, Raphael & Pickard, Linda (2003b) Long-Term Care for Older People in The UK. Julkaisussa Comas-Herrera, Adelina & Wittenberg, Raphael (toim.) European Study of Long-term Care Expenditure. Expenditure in an Ageing Society. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. The London School of Economics: 76–88.

Durand, Romain & Taleyson, Lucie (2003). Les raisons du succès de l'assurance dépendance en France. Risques no 55: 115–120.

Esping-Andersen, Gøsta (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism. Polity Press, Cornwall.

Esping-Andersen, Gøsta (1996). After the Golden Age? Welfare State Dilemmas in a Global Economy. Julkaisussa Esping-Andersen, Gøsta (toim.) Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies. Sage Publications, London.

Esping-Andersen, Gøsta (2003). Towards the Good Society, Once Again? 4th International Research Conference on Social Security. Social security in a long life society. May 5–7, Antwerp.

Evers, Adalbert & Sachße, Christoph (2003). Social Care Services for Children and Older People in Germany: Distinct and Separate Histories. Julkaisussa Anttonen, Anneli & Baldock, John & Sipilä, Jorma (toim.) The Young, the Old and the State. Social Care Systems in Five Industrial Nations. Edward Elgar, Cornwall: 55–79.

Eurostat (2005). Ageing Society. Eurostat Data.
<http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=POTAL&screen=welcomeref&open=/sdi_as/sdi_as_pub&language=en&product=sdi_as&root=sdi_as&scrollto=0> (21.5.2005)

Eurostat Yearbook 2003. A Statistical Guide to Europe. Data 1991–2001. European Commission. Theme 1, General Statistics. European Communities, France.

EV 134/2005 vp. Hallituksen esitys laiksi omaishoidon tuesta, laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta sekä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

Ewald, François (1990): La Societe Assurancielle. Risques no 1: 5–23.

Ewald, François (1991): Insurance and Risk. Julkaisussa Burchell, Graham & Gordon, Colin & Miller, Peter (toim.) The Foucault Effect. Studies in Governmentality. Harvester Wheatsheaf, London: 197–210.

Forss, Mikael & Klaukka, Timo (2003). Yleinen terveystakuutus – idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. Suomen Lääkärilehti 58 (16–17): 1939–1940.

Gershuny, Jonathan (1995). Economic Activity and Women's Time Use. Julkaisussa Niemi, Iris (toim.) Time Use of Women in Europe and North America. United Nations Economic Commission for Europe. United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women. New York and Geneva: 23–54.

Giaimo, Susan (2001). Who Pays for the Health Care Reform? Julkaisussa Pierson, Paul (toim.) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press, New York: 334–367.

Glendinning, Caroline & Danes, Bledwyn & Pickard, Linda & Comas-Herrera, Adelina (2004). *Funding Long-term Care for Older People. Lessons from Other Countries*. London School of Economics. Joseph Rowntree Foundation, London.

Goodin, Robert E. & Rein, Martin (2001). Regimes on Pillars: Alternative Welfare State Logics and Dynamics. *Public Administration* 79 (4): 769–801.

HE 131/2005. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi omaishoidon tuesta, laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta sekä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

Heikkilä, Matti & Kaakinen, Juha & Korpelainen, Niina (2003). Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Heikkilä, Matti (2005). Julkinen vastuu eräissä sosiaalipalveluissa. Julkaisussa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko & Teperi, Juha (toim.) *Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki: 35–59.

Hellman, Anni (1999). Hoitovakuutus ja vanhuspalvelut. Suomalaisia suuntaviivoja ja eurooppalaisia ratkaisuja. Aktuaaritoiminnan kehittämissäätiö. Helsinki.

Hellsten, Katri (1995). Hyvinvointivaltiomallit ja niiden empiiriset vastineet. *Janus* 3 (4): 424–435.

Hellsten, Katri (2004). Kolmannen aallon sosiaaliturva ja Euroopan sosiaalinen malli? Julkaisussa Hellsten, Katri & Helne, Tuula (toim.) *Vakuuttava sosiaalivakuutus?* Kela, Helsinki: 118–149.

Hellsten, Katri & Kalliomaa-Puha, Laura & Komu, Merja & Sakslin, Maija (2004). Las diversas formas de la protección de la dependencia en Finlandia. *Relaciones laborales. Revista crítica de teoría y práctica*. XX (17–18): 259–299.

Hoitovakuutustyöryhmän muistio 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Häkkinen, Hannele (2000). Hoitovakuutus Saksassa. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Härkönen, Juho & Kosonen, Pekka (2003). Kotitaloudet ja työmarkkinat Euroopan Unionissa – eroavatko hyvinvointiregiimit toisistaan? *Sosiologia* 40 (1): 23–39.

Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille (2004). Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutokseen varautumisesta. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 27/2004. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalot 2002. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, Suomen Virallinen Tilasto. *Sosiaaliturva* 2003:1. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Iversen, Torben (2001). *The Dynamics of Welfare State Expansion. Trade Openness, De-Industrialization and Partisan Politics*. Julkaisussa Pierson, Paul (toim.) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press, New York: 45–79.

Jacobs, Klaus & Drähter, Hendrik (2005). Reform-Vorschläge im Vergleich. Wer bezahlt die Pflege? *Gesundheit und Gesellschaft* 8 (9): 22–29.

Jacobzone, Stephane & Cambois, Emmanuelle & Chaplain, Emmanuelle & Robine, Jean Marie (1998). The Health of Older Persons in in OECD Countries: Is It Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing? *Labour Market and Social Policy – Occasional Papers* No. 37. OECD, Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs.

Jenson, Jane & Jacobzone, Stephane (2000): Labour Market and Social Policy. Care Allowances for the Frail Elderly and their Impact on Women Care-Givers. Occasional papers no. 41. OECD, Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs.

Jüttner, Eberhard (2005). Von der Pflegeversicherung zum Bundespflegeleistungsgesetz. Nutzen und Notwendigkeit einer bedarfsorientierten Pflegesicherung. Julkaisussa Engelen-Kefer, Ursula & Rau, Johannes & Schneider, Ulrich (toim.) Sozialpolitik mit Zukunft. Eine Zeitschrift gegen die weitere Entsolidarisierung der Gesellschaft. Herausgegeben von Joachim Rock im Auftrag des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes anlässlich des 65. Geburtstages von Barbara Stolterfocht. VSA-Verlag Hamburg: 92–101.

Kangas, Olli (2004). Institutional Development of Sickness Cash-benefit Programmes in 18 OECD Countries. Social Policy & Administration. An International Journal of Policy and Research. Nordic Regional Issue. 38 (2):190–203.

Kansaneläke- ja sairausvakuutuksen rahoitusta selvittäneen työryhmä 2003:n muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:14
Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Kansaneläkelaki 8.6.1956/347.

Kansaneläkeasetus 7.12.1956/594

Karisto, Antti & Takala, Pentti & Haapola, Ilkka (1994). Elintaso, elämäntapa ja sosiaalipolitiikka – suomalaisen yhteiskunnan muutoksesta. WSOY, Juva.

Kaula, Karl (1999). Die soziale Pflegeversicherung in Deutschland. AIM-Symposium am 26 März 1999 in Barcelona.

Kauppinen, Sari & Niskanen, Tapani (2005). Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 288. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Kautto, Mikko (2004). Johdanto: Suomen väestökehitys on historiallisessa taitekohdassa. Väestön ikärakenteen muutos ja siihen varautuminen. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 1. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 29/2004. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki: 7–9.

Kautto, Mikko (2005). Kasvun jälkeen – Suomi pohjoismaisena hyvinvointivaltiona. Julkaisussa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko & Teperi, Juha (toim.) Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki: 35–59.

Kerola, Hannele & Mäkitalo, Raili & Putkonen, Carita (2002). Parempaa halvemmalla? Keskustelualoite No 68. Valtiovarainministeriö, kansantalousosasto, Helsinki.

Kercshen, Nicole & Hajdu, Jozsef & Igl, Gerhard & Joel, Marie-Eve & Knipscheer, Kees & Tomes, Igor (2005). Long-Term Care for Older People. Report presented in Conference organised by the Luxembourg Presidency with the Social Protection Committee of the European Union, May 12-13, Luxembourg.

Kessler, Denis (1999). Social Security and Private Insurance: The Great Change. The Geneva Papers on Risk and Insurance 24 (4):439–447.

Kohl, Jürgen & Vahlpahl, Tobias (2004). The Open Method of Co-ordination as an Instrument for Implementing the Principle of Subsidiarity? European Journal of Social Security 6 (4):363–390.

Korpi, Walter & Palme, Joakim (1996). Uudelleenjaon paradoksi. Julkaisussa Kangas, Olli (toim.) Hyvinvointivaltiomallit, niiden toiminta ja kannatusperusta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki: 9–35.

Korpi, Walter (2003). Welfare State Regress in Western Europe: Politics, Institutions, Globalization, and Europeanization. Working paper 5/2003. Swedish Institute for Social Research (SOFI). Stockholm University.

Kreimer, Margareta & Schiffbänker, Helene (2005). Informal Family-Based Care Work in the Austrian Care Arrangement. Julkaisussa Pfau-Effinger, Birgit & Geissler, Birgit (toim.) Care and Social Integration in European Countries. The Policy Press, Bristol; 173–191.

Kröger, Teppo (2001). Comparative Research on Social Care. The State of The Art. SOCCARE Project Report 1. European Commission, Brussels.

Kröger, Teppo & Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2003). Social Care in Finland: Stronger and Weaker forms of Universalism. Julkaisussa Anttonen, Anneli & Baldock, John & Sipilä, Jorma (toim.) The Young, the Old and the State. Social Care Systems in Five Industrial Nations. Edward Elgar, Cornwall: 25–54.

Kröger, Teppo (2005). Interplay between Formal and Informal Care for Older People: The State of the Nordic Research. Julkaisussa Szebehely, Marta (toim.) Äldreomsorgsforskning I Norden. En kunskapöversikt. TemaNord 2005:508. Nordiska ministerrådet, Köpenhamn: 243–281.

Lapsiperheet tyypeittäin 1950–2004. Tilastokeskus 2004.
<http://www.stat.fi/til/perh/2004/perh_2004_2005-05-13_tau_001.xls> (22.5.2005)

Lassila, Jukka & Valkonen, Tarmo (2006). The Finnish Pension Reform of 2005. Keskusteluaiheita – Discussion Papers no. 1000. ETLA, Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos, The Research Institute of the Finnish Economy, Helsinki.

Lehto, Juhani & Moss, Nina & Rostgaard, Tine (1999). Universal public Social Care and Health Services? Julkaisussa Kautto, Mikko & Heikkilä, Matti & Hvinden, Bjørn & Marklund, Staffan & Ploug, Niels (toim.) Nordic Social Policy. Changing Welfare States. Routledge, London and New York: 104–132.

Leitner, Sigrid & Lessenich, Stephan (2003). Assessing Welfare State Change: The German Social Insurance State between Reciprocity and Solidarity. Journal of Social Policy 23 (3): 325–347.

Lessenich, Stephan (2005). ‘Frozen Landscapes’ Revisited: Path Creation in the European Social Model. Social Policy & Society 4 (4): 345–356.

Lingsom, Susan (1995). Women’s Time Use over the Life Cycle. Julkaisussa Niemi, Iris (toim.) Time Use of Women in Europe and North America. United Nations Economic Commission for Europe. United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women. New York and Geneva: 55–71.

Long-term Care for Older People (2005). The OECD Health Project. OECD Publishing.

Luoma, Kalevi & Rätty, Tarmo & Moisio, Antti & Parkkinen, Pekka & Vaarama, Marja & Mäkinen, Erkki (2003). Seniori-Suomi. Ikääntyvän väestön taloudelliset vaikutukset. Sitran raportteja 30. Helsinki.

MISSOC 2003. Mutual Information System on Social Protection. Social Protection in the member States of the European Union, of the European Economic Area and Switzerland. Social Security & Social Integration. Employment & Social Affairs. European Commission.

Moreno, Luis & Palier, Bruno (2004). The Europeanization of Welfare. Paradigm Shifts and Social Policy Reforms. Paper presented in ESPAnet Conference, September 9–11, Oxford.

Muuri, Anu (2006). Sosiaalipalvelut vuonna 2004 – Väestön mielipiteitä ja asiakkaiden palvelukokemuksia. Julkaisussa Kautto, Mikko (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski: 204–235.

Myles, John & Pierson, Paul (2001). The Comparative Political Economy of Pension Reform. Julkaisussa Pierson, Paul (toim.) The New Politics of the Welfare State. Oxford University Press, New York: 305–333.

Nihtilä, Elina & Martikainen, Pekka (2004). Ikäihmisten yksinasuminen Suomessa vuosina 1970–2000. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2): 135–146.

OECD Employment Outlook 1993. Statistical Annex 185–198.
<<http://www.oecd.org/dataoecd/59/19/2485450.pdf>> (7.1.2006)

OECD Employment Outlook 1998. Statistical Annex 189–218.
<<http://www.oecd.org/dataoecd/8/49/2080286.pdf>> (7.1.2006)

OECD Employment Outlook 2004. Statistical Annex 292–327.
<<http://www.oecd.org/dataoecd/42/55/32494755.pdf>> (21.5.2005)

OECD Factbook 2005. Economic, Environmental and Social Statistics. OECD 2005.
<<http://puck.sourceoecd.org/vl=5150989/cl=13/nw=1/rpsv/factbook/>> (5.3.2006)

OECD Social Expenditure Database SOCX (2004). <www.oecd.org/els/social/expenditure>
(5.3.2006)

Otten, Bernd (2003). Répondre à la dépendance: l'expérience Allemande. Risques no 55:
121–125.

Olsbo-Rusanen, Leena & Väänänen-Sainio, Rauni (2003). Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmiksi. Selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä. Suomen ympäristö 646. Ympäristöministeriö, asunto- ja rakennusosasto, Helsinki.

Omaishoidon tuki 2005. Sosiaali- ja terveysministeriö.
<<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/omaishoito.htx>> (18.9.2005)

Pacolet, Jozef & Bouten, Ria & Lanoye, Hilde & Versieck, Katia (1999). Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway. Synthesis report commissioned by the European Commission and the Belgian Minister of Social Affairs. Social security & Social integration. Employment and social affairs. European Commission.

Palier, Bruno (2001). Beyond Retrenchment: Four Problems in Current Welfare State Research and One Suggestion How to Overcome Them. Julkaisussa Clasen, John (toim.) What Future for Social Security? Kluwer Law International, Kluwer: 105–120.

Palveluseteli – ohjeita käyttäjälle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2004:4.

Parjanne, Marja-Liisa (2004). Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:18. Helsinki.

Pentikäinen, Teivo & Rantala, Jukka (1995): Vakuutusoppi. Suomen Vakuutusalan koulutus ja kustannus oy. Gummerus kirjapaino oy, Jyväskylä.

Pfaff, Martin & Stapf-Finé, Heinz (2005). Kernfragen zur Reform der Pflegeversicherung. Soziale Sicherheit 54 (4): 110–113.

Pierson, Paul (2001). Post-Industrial Pressures on the Mature Welfare States. Julkaisussa Pierson, Paul (toim.) The New Politics of the Welfare State. Oxford University Press, New York: 80–104.

Powell, Martin (2004). In Search of the Dependent Variable: Welfare Change in Europe. Paper presented at COST A15 Conference, 21–22 May, Nantes.

Pääministeri Paavo Lipposen hallituksen ohjelma 13.4.1995.
<<http://www.valtioneuvosto.fi/vn/liston/base.lsp?r=3715&k=fi&old=3687>> (25.9.2005)

Pääministeri Paavo Lipposen II hallituksen ohjelma 15.4.1999. Valtioneuvoston tietoarkisto.
<<http://www.valtioneuvosto.fi/vn/liston/base.lsp?r=36108&k=fi&old=35819>> (25.9.2005)

Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003. Valtioneuvoston kanslia.

Repo Katja (1997). Naiset ja eläketurva. Vertaileva tutkimus naisten asemasta Suomen, Ison-Britannian ja Saksan eläkejärjestelmissä. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 22. Kansaneläkelaitos, Helsinki.

Rothgang, Heinz (2005). Finanzbedarf und Finanzierungsoptionen für eine Reform der Pflegeversicherung. Soziale Sicherheit 54 (4): 114–121.

Rostgaard, Tine ja Lehto, Juhani (2001). Health and Social Care Systems: How different is the Nordic model? Julkaisussa Kautto, Mikko & Fritzell, Johan & Hvinden, Bjørn & Kvist, Jon & Uusitalo, Hannu (toim.) Nordic Welfare States in the European Context. Routledge, London and New York:137–167.

Rostgaard, Tine & Fridberg, Torben (1998). Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices. Social Security in Europe 6. The Danish National Institute of Social Research 98:20, Copenhagen.

Rubisch, Max & Philipp, Silvia & Wotzel, Walter & Enge, Ilse (1999). Provision for Long-Term Care in Austria. Published by the federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs, Vienna.

Räty, Tarmo & Luoma, Kalevi & Mäkinen, Erkki & Vaarama, Marja (2003). The Factors Affecting the Use of Elderly Care and the Need for Resources by 2030 in Finland. VATT-tutkimuksia 99. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.

Sand, Ann-Britt M. (2005) Informell äldreomsorg samt stöd till informell vårdare –en nordisk forskningöversikt. Julkaisussa Szebehely, Marta (toim.) Äldreomsorgsforskning I Norden. En kunskapöversikt. TemaNord 2005:508. Nordiska ministerrådet, Köpenhamn: 197–241.

Scheil-Adlung, Xenia (1995). Social Security for Dependent Persons in Germany and Other Countries: Between Tradition and Innovation. International Social Security Review 48 (1):19–34.

Schneider, Ulrike (1999). Germany's Social Long-Term Care Insurance: Design, Implementation and Evaluation. International Social Security Review 52 (2): 31–74.

Schulte, Bernd (1998). Social Assistance in the Member States of the European Union: Common Features and Continuing Differences. Julkaisussa Marmor, Theodore R. & De Jong, Philip R. (toim.) Ageing, Social Security and Affordability. International Studies on Social Security 3. FISS, Ashgate: 3–27.

Social Policy in Denmark (2002). Ministry of Social Affairs.
<http://eng.social.dk/netpublikationer/eng/dsp1dsp240902/social_policy.pdf> (23.4.2006)

Sosiaalimenojen kehitystä ja sosiaaliturvan rahoituksen turvaamista pitkällä aikavälillä selvittäneen toimikunnan mietintö (SOMERA). Komiteamietintö 2002:4. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.

Stakes, Indikaattoripankki SOTKANet 2005. <www.sotkanet.fi> (16.10.2005)

Stolterfocht, Barbara & Rock, Joachim (2005). Nachhaltige Pflegeversicherung: Ein Bundesleistungsgesetz als Alternative zur Pflegeversicherung. Soziale Sicherheit 54 (7–8): 254–259.

Suomen tilastollinen vuosikirja 2003. Tilastokeskus. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä.

Szebehely, Marta (2005). Äldreomsorgen I Norden – verksamhet, forskning och statistik. Julkaisussa Szebehely, Marta (toim.) Äldreomsorgsforskning I Norden. En kunskapöversikt. TemaNord 2005:508. Nordiska ministerrådet, Köpenhamn: 21–51.

Taylor-Gooby, Peter (2004a). New Social Risks in Postindustrial Society: Some Evidence on Responses to Active Labour Market Policies for Eurobarometer. International Social Security Review 57 (3):45–64.

Taylor-Gooby, Peter (2004b). Welfare State Reform and New Social Risks. Paper based on the book New Risks, New Welfare, to be published by Oxford University Press in 2004.

Tilastokeskus, Asuntokunnat ja asuinolot 2004

Tilastokeskus, Maailma numeroina -palvelu

Timonen, Virpi (2003). Uudet sosiaaliset riskit suomalaisessa ja ruotsalaisessa hyvinvointivaltiossa. Julkaisussa Ritakallio, Veli-Matti (toim.) Riskit, instituutiot ja tuotokset. Esseitä hyvinvointitutkimuksesta professori Olli Kankaan täyttäessä 50 vuotta. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimus nro 59. Painosalama Oy, Turku: 19–42.

Timonen, Virpi (2005). Policy Paradigms and Long-Term Care: Convergence or Continuing Difference? Julkaisussa Taylor-Gooby, Peter (toim.) Ideas and Welfare State Reform in Western Europe. Palgrave, Macmillan: 30–53.

Trends in Social Protection in Finland 2004. Ministry of Social Affairs and Health. Publications 2005:8. Helsinki, Finland.

Vaarama, Marja & Hakkarainen, Anne & Voutilainen, Päivi & Päivärinta, Eeva (2000). Vanhusten palvelut. Julkaisussa Uusitalo, Hannu & Parpo, Antti & Hakkarainen, Anni (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 250. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä:75–98.

Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi (2002). Kaksi skenaariota vanhusten hoivapalvelujen kehityksestä ja resurssitarpeista ajalla 1999–2030. Yhteiskuntapolitiikka 67 (4): 352–363.

Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi & Manninen, Milla (2003). Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:8. Edita Prima Oy, Helsinki.

Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari (2004). Ikääntyneiden hoivapalvelut. Julkaisussa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus Kirjapaino, Saarijärvi: 36–59.

Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri (2006). Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Julkaisussa Kautto, Mikko (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski: 104–136.

Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen (2004). Selvitysmies Elli Aaltosen ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:4, Helsinki.

Vanhuspolitiikka (1999). Sosiaali- ja terveysministeriö, Esitteitä 1999:4.

Vanhusten hoito ja hoitovakuutus (1999). Vakuutuksen hyödyntäminen vanhusten pitkäaikaishoidon järjestämisessä. Vakuutusyhtiöiden keskusliitto.

World Population Prospects 2004. The 2004 Revision Population Database. United Nations. <<http://esa.un.org/unpp/>> (7.1.2006)

www.aok-bv.de (16.4.2006) Saksan hoivavakuutuksen kuukausittaiset korvausmäärät eri hoitoisuusluokissa vuonna 2006.

www.help.gv.at (16.4.2006) Itävallan hoivaraha kuukausittaiset korvausmäärät eri hoitoisuusluokissa vuonna 2006.

www.direct.gov.uk (16.4.2006) Ison-Britannian hoivarahen viikoittaiset korvausmäärät vuonna 2006.

www.stm.fi (23.4.2006) Suomen omaishoidon tuen korvausmäärä vuonna 2006. <<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/omaishoito.htx>>