

Eeva Luotolampi

EPÄSYMMETRINEN INFORMAATIO SUOMEN TERVEYSVAKUUTTAISESSA

Johtamisen ja talouden tiedekunta
Pro Gradu -tutkielma
Huhtikuu 2020

TIIVISTELMÄ

Eeva Luotolampi: Epäsymmetrinen informaatio Suomen terveystakuuttamisessa

Ohjaajat: Timo Rintamäki & Elias Oikarinen

Pro gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto

Kauppätieteiden tutkinto-ohjelma, Vakuutustiede

Huhtikuu 2020

Epäsymmetrinen informaatio on aihe, jota on taloustieteessä tutkittu jo pitkään. Vakuutustoiminnassa epäsymmetrinen informaatio nähdään epäsuotuisana vakuutuksenantajalle, joka ei pysty keräämään tietoa vakuutuksenottajapuolen käyttäytymisestä. Koska tämä käyttäytyminen voi vaikuttaa vakuutettuun riskiin ja vakuutuksenantajan odotettuihin kuluihin, voi epäsymmetrinen informaatio aiheuttaa tehottomuutta ja kannattamattomuutta vakuutusliiketoiminnassa. Vakuutustieteessä epäsymmetrinen informaatio aiheuttaa pääasiassa kahdenlaista ilmiötä, haitallista valikoitumista ja moraalikatoa.

Tämän tutkimuksen tarkoitus on tutkia epäsymmetristä informaatiota suomalaisessa terveystakuutusjärjestelmässä, joka koostuu sosiaalivakuutuksen sairausvakuutuksesta sekä vapaaehtoisista terveystakuutuksista. Lisäksi tutkimuksella halutaan selvittää näissä vakuutuksissa käytettäviä torjuntakeinoja epäsymmetristä informaatiota vastaan. Tarkoituksena on tarkastella järjestelmää kokonaisuutena sekä samalla vertailla sosiaali- ja yksityisvakuutusta epäsymmetrisen informaation näkökulmasta.

Tutkimusongelmia lähdettiin selvittämään kvalitatiivisin metodein kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastatteluiden avulla. Kirjallisuuskatsauksella haluttiin tarkastella, miten moraalikato ja haitallinen valikoituminen ovat ilmenneet ja vaikuttaneet terveyden vakuutuksissa aikaisemman kirjallisuuden ja tutkimuksen perusteella. Teemahaastatteluilla syvennyttiin asiantuntijoiden näkemyksiin epäsymmetrisestä informaatiosta ilmiönä sekä sitä vastaan käytetyistä torjuntakeinoista Suomessa. Aineiston analyysiin käytettiin sisällönanalyysiä.

Tutkimuksessa selvisi, etteivät vakuutuksenantajat ole kovin huolissaan epäsymmetrisen informaation ongelmista terveystakuutuksissa. Ilmiön olemassaolo tunnistetaan ja sen esiintymisen muodot olivat suurelta osin linjassa kirjallisuuskatsauksessa läpikäytyjen tutkimusten kanssa. Haitallista valikoitumista ei esiinny pakollisessa sairausvakuutuksessa, vaan pelkästään vapaaehtoisissa vakuutuksissa. Vakuutusyhtiöt eivät kuitenkaan pitäneet haitallista valikoitumista kovin yleisenä ja uskoivat vakuutus päätökseen vaikuttavan enemmän omat kokemukset, tottumukset ja asenteet kuin käsitys omasta riskistä. Moraalikadon ilmenemismuodoista yksityisissä vakuutuksissa merkittävimäksi nousi kasvava terveystalveluiden käyttö. Sairaustakuutuksen osalta erityisesti heikot elämäntavat nähtiin haasteena vakuutusjärjestelmälle.

Asiantuntijahaastatteluiden perusteella epäsymmetrinen informaatio ei näytä olevan vakuutuksenantajille merkittävä ongelma erityisesti tehokkaiden ja kehittyneiden torjuntakeinojen ansiosta. Erityisen tärkeäksi haitallisen valikoitumisen torjuntakeinoksi yksityisissä terveystakuutuksissa nousi hyvä vastuunvalinta, johon kuuluu terveystalvelitys ja sen hyödyntäminen vakuutuksen myöntämispäätöksessä. Moraalikadon merkittävimmät hallintakeinot sekä sairaus- että yksityisissä vakuutuksissa ovat omavastuu, vakuutuksen kattavuus ja sen sisältö sekä vakuutusten väärinkäytön torjuminen vakuutusjärjestelmien avulla.

Avainsanat: henkilövakuutus, sairaustakuutus, vapaaehtoinen terveystakuutus, epäsymmetrinen informaatio, haitallinen valikoituminen, moraalikato

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO.....	1
1.1	Aihealueen esittely	1
1.2	Tutkimusongelmat ja tutkimuksen tarkoitus	2
1.3	Tutkimusmenetelmät ja -aineistot	3
1.4	Keskeiset käsitteet ja tutkielman rajaukset.....	5
1.5	Aikaisemmat tutkimukset.....	6
1.6	Teoreettinen viitekehys.....	7
1.7	Tutkielman rakenne	8
2	TERVEYDEN VAKUUTTAMINEN SUOMESSA.....	9
2.1	Sosiaalivakuutuksen perustelut ja oikeudellinen perusta	10
2.2	Sairausvakuutus osana sosiaalivakuutusta.....	13
2.3	Yksityiset terveystakuutukset	15
2.4	Sosiaalivakuutuksen ja yksityisvakuutuksen erot.....	18
3	EPÄSYMMETRINEN INFORMAATIO VAKUUTUSTOIMINNASSA.....	20
3.1	Haitallinen valikoituminen	22
3.2	Haitallinen valikoituminen terveyden vakuuttamisessa	24
3.3	Moraalikato.....	26
3.4	Moraalikadon ilmenemismuodot terveyden vakuutuksissa.....	28
4	KEINOJA EPÄSYMMETRISEN INFORMAATION VÄHENTÄMISEEN JA TORJUMISEEN.....	32
4.1	Tiedon symmetrian lisääminen ja informaation hankkiminen	33
4.2	Taloudelliset kannustimet.....	37
4.3	Sivuveloitteet	39
4.4	Vakuutusteknologian kehitys vastauksena informaatio-ongelmiin.....	44
5	EPÄSYMMETRINEN INFORMAATIO SUOMALAISSA TERVEYSVAKUUTUSJÄRJESTELMÄSSÄ.....	47
5.1	Aineiston kuvaus	47
5.2	Epäsymmetrinen informaatio ilmiönä suomalaisessa terveystakuuttamisessa.....	49
5.2.1	Haitallinen valikoituminen	49
5.2.2	Moraalikato	56
5.3	Epäsymmetrisen informaation torjuntakeinot suomalaisessa terveystakuuttamisjärjestelmässä.....	63
5.3.1	Haitallinen valikoituminen	64
5.3.2	Moraalikato	68
6	YHTEENVETO	76
6.1	Johtopäätökset ja tulosten suhde teoriaan sekä aikaisempaan tutkimukseen	76

6.2	Tutkimuksen arviointi.....	78
6.3	Jatkotutkimusehdotukset	79
LÄHDELUETTELO.....		81
LIITE 1: Sosiaalivakuutuksen teemahaastattelurunko.....		86
LIITE 2: Vakuutusyhtiöiden teemahaastattelurunko		87

KUVIOLUETTELO:

Kuvio 1 Tutkielman teoreettinen viitekehys

Kuvio 2 Tapahtumaketju vakuutuksenantajan näkökulmasta, jos sillä ei ole tietoa vakuutuksenottajapuolen riskistä

Kuvio 3 Moraalikadon tapahtumaketju vakuutuksenantajan näkökulmasta

Kuvio 4 Yksilöllisen hinnoittelun hyödyt vakuutuksenantajalle epäsymmetrisen informaation näkökulmasta

Kuvio 5 Haitallinen valikoituminen ja sen vaikutukset terveystakuutusjärjestelmässä

Kuvio 6 Moraalikadon ilmenemismuodot ja vaikutukset terveystakuutusjärjestelmässä

Kuvio 7 Haitallisen valikoitumisen torjuntakeinot terveystakuutusjärjestelmässä

Kuvio 8 Moraalikadon torjuntakeinot terveystakuutusjärjestelmässä

TAULUKKOLUETTELO:

Taulukko 1 Sosiaali- ja yksityisvakuutuksen ominaisuuksia

Taulukko 2 Toteutetut asiantuntijahaastattelut

Taulukko 3 Vakuutetun maksama osuus lääkärikäynneistä kahdessa erilaisessa omavastuutyypissä

1 JOHDANTO

1.1 Aihealueen esittely

Perinteisesti taloustieteen teoria on perustunut täydellisten markkinoiden olettamukseen, jossa sekä ostajat että myyjät tietävät yhtä paljon kaupankäynnin kohteesta, kuten sen hinnasta tai laadusta. Kuitenkaan näin ei yleensä ole, eikä tiedon hankinta ole aina kannattavaa sen aiheuttamien kustannuksien vuoksi. Henkilökohtaisten palveluiden markkinoilla oletus on ollut se, että yleensä ostaja ei tiedä yhtä paljon kuin palvelun tarjoaja. Vakuutuslalla tilanne on kuitenkin nähty päinvastaisena ja palveluiden tarjoaja osapuoleksi, joka kärsii informaatiovajeesta. Vakuutuksenottajapuolella on yleensä parempi käsitys riskistään sekä käyttäytymisestään ja vakuutuksenantajalle voi olla kallista tai jopa mahdotonta kerätä tätä tietoa. Keskeisimmät epäsymmetrisestä informaatiosta johtuvat ilmiöt vakuutustoiminnassa ovat haitallinen valikoituminen ja moraalikato. (Zweifel & Eisen 2012, 265–266)

Haitallista valikoitumista tapahtuu vakuuttamishetkellä, kun ilman mahdollisuutta yksilöllisen riskitason tunnistamiseen vakuutuksenantajan tulee käyttää keskimääräistä riskiä vakuutusmaksujen laskemisen perusteena. Silloin vakuutusmaksu ei kuitenkaan vastaa vakuutuksenottajien todellista riskitasoa, sillä vakuutuksenottajiin kuuluu sekä matala- että korkeariskisiä. Moraalikatoa esiintyy tilanteissa, joissa vakuutuksenottajapuolen toiminta vaikuttaa riskin todennäköisyyteen tai vahingon laajuuteen ja samalla vakuutuksenottajapuoli on myös korvauksensaaja. Vakuutuksen ottamisen myötä vahingon sattumisen taloudelliset seuraukset siirtyvät vakuutuksenantajan vastuulle, jolloin vakuutuksenottajapuolen kannustin toimia riskin välttämiseksi pienenee. Moraalikadon vuoksi vakuutuksenottajapuolen käyttäytyminen vaikuttaa siis haitallisesti vakuutuksenantajaan. (Forster & Steinmuller 1986, 531; Zweifel & Eisen 2012, 267)

Epäsymmetrisen informaation ilmiöt voivat aiheuttaa vakuutustoiminnassa tehottomuutta ja kannattavuusongelmia. Haitallisen valikoitumisen vuoksi vakuutus on liian kallis matalariskisille asiakkaille, jotka siirtyvät helposti kilpailevaan vakuutusyhtiöön, jos se voi tarjota heille riskitasoa vastaavaa vakuutusmaksua. Vakuutusyhtiö, joka on vakuuttanut vain korkeariskisiä asiakkaita, kamppailee kannattavuuden kanssa, kun tietämättä asiakkaidensa riskiä se joutuu asettamaan vakuutusmaksut keskimääräisen riskin mukaan eivätkä ne vastaa

vakuutuskannan riskitasoa. Moraalikato taas muuttaa vakuutusmaksun laskentaa ja nostaa vakuutusturvan tarjoamisen kustannuksia, kun vakuutuksenottajapuolen käyttäytyminen muuttuu vakuutuksen myötä ja vaikuttaa siten vakuutuksenantajan odotettuihin kuluihin. (Zweifel & Eisen, 267)

Suomessa terveyden riskejä varten on kaikille pakollinen sairausvakuutus, joka on osa sosiaalivakuutusjärjestelmää sekä yksityisiä, vapaaehtoisia terveystakuutuksia. Vaikka nämä vakuutukset ovat tarkoitettu turvaamaan hyvin samantyyppisiä riskejä, ne ovat monelta osin myös hyvin erilaisia. Sosiaalivakuutus on pakollista, yksityiskohtaisesti säänneltyä ja kaikille vakuutetuille yhdenmukaista, kun taas yksityisiä vakuutuksia luonnehtii vapaaehtoisuus, sopimusvapaus ja yksilöllisyys. Sosiaalivakuutus on julkisen sektorin ohjailemaa ja järjestämää toimintaa, kun taas yksityisiä vakuutuksia tarjoavat vakuutusyhtiöt. Koska vakuutukset ovat hyvin erilaisia, kohdistuu epäsymmetrinen informaatio niihin jossain määrin eri tavalla. Tässä tutkielmassa on tarkoitus selvittää näissä vakuutuksissa esiintyvää epäsymmetristä informaatiota, sen torjuntakeinoja sekä vertailla näiden yhtäläisyyksiä ja eroja.

Epäsymmetrinen informaatio on ollut taloustieteessä tutkittu aihe jo pitkään, ja aiheesta tehty tutkimus jatkuu nykypäivänäkin. Epäsymmetrisen informaation pioneerinäkin tunnettu ekonomisti George Akerlof julkaisi tunnetun julkaisunsa aiheesta jo vuonna 1970 ja hänet on palkittu myös Nobelin taloustieteen palkinnolla vuonna 2001 epäsymmetrisen informaation tutkimuksesta. Aihe on nähty taloustieteessä tärkeäksi, sillä myös useita muita epäsymmetrisen informaation tutkijoita on palkittu Nobelin palkinnoilla. Suomessa tutkimusta aiheesta on tehty kuitenkin hyvin vähän ja tällä tutkielmalla halutaan ottaa siinä askel eteenpäin.

1.2 Tutkimusongelmat ja tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää epäsymmetrisen informaation merkitystä suomalaisessa terveystakuutusjärjestelmässä, joka koostuu pakollisesta sairausvakuutuksesta ja yksityisistä, vapaaehtoisista terveystakuutuksista. Tutkimuksella halutaan luoda katsaus terveyden vakuuttamisen kokonaisuuteen, mutta myös vertailla pakollista ja vapaaehtoista vakuutusta epäsymmetrisen informaation näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksessa halutaan selvittää, miten epäsymmetristä informaatiota voidaan vähentää ja torjua tutkimuksen kohteena olevissa vakuutuksissa.

Tutkimuksen tarkoitusta lähdetään toteuttamaan seuraavaksi esitettyjen tutkimusongelmien kautta:

- Miten epäsymmetrinen informaatio esiintyy ja vaikuttaa suomalaisessa terveysvakuutusjärjestelmässä?
- Millaisilla keinoilla terveysvakuutusjärjestelmässä epäsymmetristä informaatiota voidaan vähentää ja torjua?

Ensimmäisen tutkimusongelman tarkoitus on selvittää, miten epäsymmetrinen informaatio esiintyy suomalaisessa terveysvakuutusjärjestelmässä. Tarkoitus on selvittää epäsymmetrisen informaation ilmenemismuotoja ja kuvata, millaisena sen aiheuttamat ilmiöt näkyvät tutkittavissa terveyden vakuutuksissa. Samalla tutkimusongelma on kiinnostunut epäsymmetrisen informaation vaikutuksista ja siitä, miten ilmiö vaikuttaa suomalaisessa järjestelmässä erityisesti vakuuttajien näkökulmasta. Tutkimuksessa halutaan selvittää, pidetäänkö epäsymmetristä informaatiota ongelmana terveysvakuuttamisessa ja millaisia seurauksia sillä on.

Toisen tutkimusongelman tarkoitus on ottaa selvää keinoista, joilla epäsymmetristä informaatiota ja sen ilmiöitä voidaan vähentää ja torjua. Tarkoituksena on tunnistaa ne keinot, joita epäsymmetristä informaatiota vastaan käytetään tällä hetkellä, mutta myös sellaisia keinoja, joita ei syystä tai toisesta ole ainakaan vielä voitu tai haluttu käyttää terveyden vakuutuksissa sekä pohtia niiden potentiaalia terveyden vakuutuksissa. Lisäksi tutkimusongelmalla halutaan selvittää epäsymmetrisen informaation torjuntaan tai itse torjuntakeinoihin liittyviä haasteita ja mahdollisuuksia nyt ja tulevaisuudessa.

1.3 Tutkimusmenetelmät ja -aineistot

Tutkielma on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, jota käytetään kokonaisvaltaisen tiedon hankintaan ja jossa suositaan ihmistä tiedon keruun välineenä. Tarkoituksena kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen, monimutkaisen elämän kuvaaminen ja tutkittavan ilmiön ymmärtäminen kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitusta toteutetaan erityisesti aineiston monitahoisella ja yksityiskohtaisella tarkastelulla, johon tässäkin tutkielmassa pyritään. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus on enemmän löytää tosiasioita kuin todentaa niitä sekä mahdollisesti paljastaa yllättäviä seikkoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 164)

Laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelut, kyselyt, havainnoinnit ja erilaisista dokumenteista kerätyt tiedot. Näitä voidaan käyttää rinnakkain, yhdistettynä tai vaihtoehtoisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 62) Tässä tutkimuksessa aineiston keruu on pääasiassa kaksiosainen: tutkielmassa hyödynnetään aikaisempaa kirjallisuutta kirjallisuuskatsauksen muodossa sekä toteutetaan asiantuntijahaastatteluita. Näitä käytetään tutkielmassa rinnakkain niin, että molemmilla pyritään vastaamaan ensimmäiseen tutkimusongelmaan epäsymmetrisen informaation esiintymisestä. Kirjallisuuskatsauksella halutaan selvittää ilmiölle pohja kansainvälisistä tutkimuksista, minkä jälkeen asiantuntijahaastattelut keskittyvät nimenomaan suomalaisen terveystakuuttamisen näkökulmaan. Asiantuntijahaastatteluita hyödynnetään lisäksi vastausten etsimiseen toiseen tutkimusongelmaan eli terveystakuutuksissa käytettäviin keinoihin epäsymmetristä informaatiota vastaan.

Tutkielmassa päätettiin käyttää kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, jossa ilmiö on tarkoitus kuvata laaja-alaisesti ja luokittelemaan sen ominaisuuksia ilman tarkkoja sääntöjä (Salminen 2011, 6). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus valikoitui sopivaksi menetelmäksi, sillä tutkittavasta aiheesta on tehty paljon kansainvälistä tutkimusta, jota on tehokasta ja rationaalista hyödyntää. Asiantuntijahaastattelut nähtiin hyvänä valintana toiseksi aineistonkeruumenetelmäksi tähän tutkielmaan, sillä aikaisemmat tutkimukset tarjoavat vastauksia vain muiden maiden terveystakuutusjärjestelmiin. Lisäksi tutkittava ilmiö, epäsymmetrinen informaatio, on moniulotteinen ja paikoittain jopa vaikea ymmärtää, mikä vaikutti menetelmän valintaan. Esimerkiksi perinteisellä kyselyllä ei pystyittäisi samalla tavalla selvittämään asioiden taustoja ja syventämään haastavaa aihetta. Haastattelun etuna on nähty sen joustavuus, mikä mahdollistaa esimerkiksi keskustelun haastateltavan kanssa sekä toistaa kysymyksiä ja selventää sanamuotoja. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 62)

Tutkielmassa käytetty haastattelun muoto on teemahaastattelu, jossa kysymykset luodaan tiettyjen tutkittavien teemojen ympärille, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys ei tarvitse olla kaikille haastateltaville sama (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48). Koska sosiaali- ja yksityisvakuuttaminen ovat keskenään niin erilaisia, täysin samalla tavalla muotoiltuja kysymyksiä ei haastateltavilta voi kysyä. Lisäksi yksityiset vakuutusenantajat ovat keskenään toimintavoiltaan ja rakenteeltaan erilaisia, joten teemahaastattelulla halutaan mahdollistaa näiden erityispiirteiden huomioiminen aineiston keruussa. Teemahaastattelun etu on myös se, että haastattelun aikana on mahdollista syventää ja tarkentaa kysymyksiä riippuen siitä, mitä haastateltavat vastaavat (Tuomi & Sarajärvi 2018, 64). Tämä nähtiin merkittävänä etuna

haastattelumenetelmää valittaessa, sillä haastatteluissa halutaan varata mahdollisuus tutkittavan ilmiön ymmärryksen syventämiseen ja taustasyiden selvittämiseen. Aineiston keruuta on kuvattu lisää luvussa 5.1.

Tässä tutkielmassa analyysiin käytetään sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida melkein mitä tahansa aineistoa systemaattisesti ja järjestää aineisto niin, että siitä jalostuu mahdollisuus tehdä johtopäätöksiä. Aineisto voi olla lähes mikä vain dokumentti, ja tässä työssä aineisto koostuu edellä mainitun mukaisesti asiantuntijahaastatteluista ja muista asiaa tukevista materiaaleista. Sisällönanalyysiin kuuluviksi alkuvaiheiksi voidaan katsoa aineistosta kiinnostaviksi nousseiden asioiden valinta ja litterointi. Näiden onnistuttua aineisto tulee luokitella, teemoitella tai tyypitellä. Tässä tutkielmassa erityisesti teemoittelu valikoitui ehkä haastattelutyypinsäkin takia sopivaksi sisällönanalyysin työkaluksi. Teemoittelussa on tarkoitus pilkkoa ja ryhmitellä aineistoa erilaisien aihepiirien mukaan ja sen avulla on mahdollista vertailla näiden teemojen esiintymistä aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78–79, 87) Tämän jälkeen aineisto kirjoitetaan teemojen kautta yhteenvedoksi ja eheäksi kokonaisuudeksi peilaten haastatteluaineistoa aikaisempaan tutkimukseen sekä tutkielman teoriaan.

1.4 Keskeiset käsitteet ja tutkielman rajaukset

Tutkielman ymmärtämiseksi ja luettavuuden parantamiseksi määritellään alkuun kaksi tärkeää tässä tutkielmassa käytettävää käsitettä: vakuutuksenottajapuoli ja terveystakuutusjärjestelmä. Muut keskeiset käsitteet määritellään teoriaa koskevissa luvuissa.

Vakuutuksenottajapuoli. Tässä tutkielmassa viitataan usein vakuutuksenottajapuoleen. Sillä tarkoitetaan tässä tutkielmassa vakuutuksenottajaa tai vakuutettua, sillä vaikka ne voivat olla sama henkilö, voi yksityisiä vakuutuksia ottaa myös toisen puolesta. Vakuutuksenottajapuolella tarkoitetaan vakuutussopimuksen toista osapuolta vakuutuksenantajan vastapuolena. Henkilöt, jotka kuuluvat tähän, ovat niputettu saman termin alle tekstin luettavuuden vuoksi ja siksi, että sekä vakuutettu että vakuutuksenottaja voivat olla epäsymmetrisen informaation toisena osapuolena, kuten moraalikadon aiheuttajana.

Terveystakuutusjärjestelmä. Terveystakuutusjärjestelmä tarkoittaa tässä tutkielmassa kokonaisuutta, joka koostuu sosiaalivakuutukseen kuuluvasta sairausvakuutuksesta ja yksityisistä terveystakuutuksista. Selkeyden ja vertailukelpoisuuden vuoksi

terveysvakuutukset ovat rajattu koskemaan nimenomaan sellaisia vakuutuksia, jotka korvaavat sairauden aiheuttamia tutkimus- ja hoitokuluja, lääkekuluja sekä mahdollisesti matkakustannuksia. Sairausvakuutuksen osalta tarkasteluun tulee siis siihen kuuluva sairaanhoitovakuutus ja yksityisistä vakuutuksista vastaavia kustannuksia korvaavat vakuutukset. Sekä sairaus- että yksityisvakuutuksia tarkastellaan kuitenkin laajemmin luvussa kaksi terveyden vakuuttamisen kokonaisuuden ymmärtämiseksi.

Lisäksi tässä tutkielmassa yksityiset terveysvakuutukset ovat rajattu koskemaan henkilöasiakkaiden itse tai toiselle henkilölle, esimerkiksi lapselleen, ottamia vakuutuksia. Yrityksen tai muun järjestön tai organisaation hankkimat vakuutukset jäävät tämän tutkielman ulkopuolelle yksinkertaisuuden ja laajuuden vuoksi.

Tämä tutkielma on myös rajattu koskemaan vain Suomen terveysvakuuttamisen järjestelmää, koska julkisen ja yksityisen vakuuttamisen järjestelmät poikkeavat valtioittain. Yksinkertaisuuden ja tutkielman laajuuden vuoksi on järkevää rajata tutkimus koskemaan vain yhtä valtiota, johon voidaan tutustua syvällisemmin.

1.5 Aikaisemmat tutkimukset

Yksi ensimmäisistä ja tunnetuimmista epäsymmetrisen informaation julkaisuista on Akerlofin (1970) artikkeli, jossa hän havainnollistaa epäsymmetrisen tiedon merkitystä automarkkinoilla. Potentiaalinen auton ostaja ei tiedä autosta ja sen kunnosta samaa kuin sen omistaja, joten kaiken kuntoiset autot myydään samalla hinnalla. Myyjät, jotka yrittävät myydä hyvää autoa, eivät saa tarpeeksi vastinetta autoistaan ja poistuvat markkinoilta. Tämä synnyttää kierteen, jossa hyvät autot lopulta katoavat kerta toisensa jälkeen markkinoilta eikä markkinoilla ole pian yhtäkään autoa. (Akerlof 1970) Haitallisen valikoitumisen teoriaa Akerlofia pidemmälle veivät Rothschild ja Stiglitz (1976) tutkimalla epäsymmetristä informaatiota nimenomaan vakuutusliiketoiminnassa ja lisäten mukaan muun muassa prospektiteorian näkökulman.

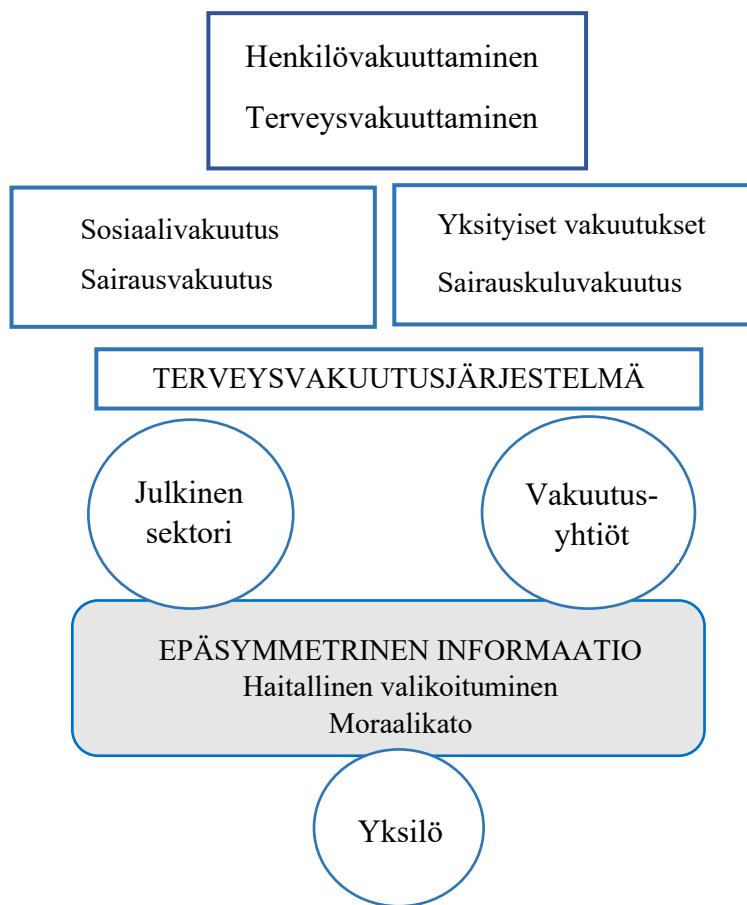
Epäsymmetrisen informaation tutkimusta on tehty pitkään ja kansainvälisesti paljon. Terveysvakuuttamiseen liittyvää epäsymmetrisen informaation tuoretta tutkimusta ovat tehneet muun muassa Einav ja Finkelstein (2018) todistaessaan terveysvakuuttamisessa esiintyvän moraalikatkoa siten, että mitä enemmän kustannuksia vakuutettu joutuu maksamaan itse, sitä vähemmän hän käyttää terveyspalveluita. Panthöfer (2016) tutki riskivalikoitumista Saksassa, jossa terveysvakuuttaminen koostuu julkisesta ja yksityisestä vakuutuksesta, mutta osalla

populaatiosta on mahdollisuus jättäytyä pois julkisen vakuutuksen piiristä. Lisäksi Boone (2015) pyrki selvittämään, millaiset hoidot tulisi kattaa universaalilla julkisella vakuutusjärjestelmällä ja millaiset yksityisillä terveystakuuksilla sellaisilla markkinoilla, joilla esiintyy epäsymmetristä informaatiota. Aikaisempiin tutkimuksiin epäsymmetrisestä informaatiosta terveystakuuttamisessa syvennyttään lisää myöhemmin tutkielman kirjallisuuskatsauksessa.

Epäsymmetrisen informaation olemassaoloa on myös kyseenalaistettu. Muun muassa Puelz ja Snow (1994) kritisoivat teoriaa siitä, että markkinoilla olevat huonot tuotteet ajaisivat hyviä pois kuten Akerlofin teoria väittää. Heidän mielestään markkinoilta poistumisen sijaan myyjät pyrkisivät todentamaan myytävien autojen laatua esimerkiksi takuiden avulla. (Puelz & Snow 1994) Kritisointia on aiheuttanut myös se, että epäsymmetrisen informaation olemassaolo todellisessa markkinaympäristössä oli tuolloin testattu empiirisesti hyvin vähän eikä tutkimus ole päässyt kovin yhtenäiseen tulokseen. Lisäksi haitallisen valikoitumisen vastakohtana on alettu puhua suotuisasta valikoitumisesta (advantageous selection), jossa vakuutusturvaa hankkii jopa todennäköisimmin ne, joilla riski on pieni. Tämä voi johtua esimerkiksi riskinottohalukkuudesta. (kts. esim. Akerlof & Shleifer 2001)

1.6 Teorettinen viitekehys

Kuviossa 1 esitetään tutkielman teorettinen viitekehys, jolla kuvataan tutkittavan ilmiön kokonaisuutta ja siihen liittyvien osien välisiä suhteita. Kuvion yläpäässä kuvataan tutkielman kannalta olennainen toimintaympäristö ja se, millaisesta kokonaisuudesta tässä tutkielmassa tarkoitettu terveystakuutusjärjestelmä koostuu. Terveystakuuttaminen kuuluu henkilövakuuttamisen kokonaisuuteen ja jakautuu sosiaali- ja yksityisvakuuttamisen osaluokkiin. Tässä tutkielmassa keskiössä ovat sairausvakuutukseen kuuluva sairaanhoitovakuutus sekä yksityistä vakuutuksista sairauskuluvakuutukset, joskin näistä käytetään paikoittain hieman eri termejä.



Kuvio 1 Tutkielman teoreettinen viitekehys

Kuviossa 1 alapuolella ympyröillä kuvataan terveystakuuttamisjärjestelmän toimijat, joihin kuuluu julkinen sektori sosiaalivakuutuksen osalta, vakuutusyhtiöt yksityisten vakuutusten osalta sekä yksilö, joka kuvastaa tässä vakuutuksenottajapuolta. Vakuutuksenantajien ja vakuutuksenottajapuolen väliin on korostettu tutkielman keskiössä oleva ilmiö, epäsymmetrinen informaatio, jota tutkielmassa halutaan selvittää yllä kerrotussa toimintaympäristössä. Kuten edellä kävi ilmi, epäsymmetrinen informaatio koostuu haitallisen valikoitumisen ja moraalikadon ongelmista.

1.7 Tutkielman rakenne

Tässä tutkielmassa on kuusi päälukua. Tutkielma alkaa johdantoluvulla, jossa on esitelty tutkimuksen taustaa, tutkimusongelmia ja menetelmiä, joita tutkimusongelmiin lähdetään etsimään vastauksia. Seuraavaksi luvussa 2 esitellään suomalainen terveystakuutusjärjestelmä eli kokonaisuus, josta terveyden vakuuttaminen Suomessa koostuu. Sen jälkeen luvussa 3

syvennyttään selittämään epäsymmetrisen informaation ilmiötä ja seurauksia vakuutusallalla. Samalla luvussa kolme toteutetaan kirjallisuuskatsaus alaluvuissa 3.2 ja 3.4, joiden tarkoitus on kohdentaa ilmiön selittäminen terveyden vakuutuksiin aikaisempien tutkimusten valossa. Luvussa 4 esitellään epäsymmetrisen informaation vähentämiseksi ja torjumiseksi saatavilla olevia keinoja.

Luku 5 alkaa haastatteluaineiston keruun yksityiskohtaisemmalla esittelyllä. Tässä yhteydessä pohditaan myös haastatteluiden toteuttamiseen liittyviä käytännön haasteita. Luvussa 5.2 avataan aineiston pohjalta sitä, miten epäsymmetrinen informaatio ilmenee ja vaikuttaa suomalaisessa terveysvakuutusjärjestelmässä. Sen jälkeen luvussa 5.3 esitetään aineistosta nousseet keinot, joilla terveysvakuuttajat vähentävät ja torjuvat epäsymmetristä informaatiota sekä niihin liittyviä haasteita ja mahdollisuuksia. Lopuksi luvussa 6 vedetään yhteen johtopäätökset, arvioidaan tutkimuksen onnistumista ja esitetään muutamia jatkotutkimusehdotuksia.

2 TERVEYDEN VAKUUTTAMINEN SUOMESSA

Terveysvakuutuksen tarkoitus on turvata yksilön terveyteen kohdistuvia riskejä ja tulevaisuuteen liittyvää epävarmuutta. Suomessa on sosiaalivakuutukseen kuuluva universaali sairausvakuutusjärjestelmä, jota täydentämään vakuutusyhtiöt ovat tuoneet markkinoille yksityisiä, vapaaehtoisia terveysvakuutus tuotteita. Vaikka molemmilla vakuutuksilla turvataan terveyden riskejä, ne on luotu palvelemaan hieman eri tarkoituksia vähintään yhteiskunnallisessa mielessä ja ovat siksi ominaisuuksiltaan erilaisia. Siten ne ovat myös eri tavalla alttiita epäsymmetrisen informaation ongelmille.

Tässä luvussa luodaan katsaus suomalaiseen terveysvakuutusjärjestelmään. Ymmärtääksemme sosiaali- ja yksityisvakuutuksen taustalla olevia eroja, luvun aluksi syvennyttään sosiaalivakuutuksen yhteiskunnallisiin perusteluihin ja oikeudelliseen perustaan. Sen jälkeen luvussa 2.2 esitellään sosiaalivakuutuksen sairausvakuutusta ja luvussa 2.3 yksityisiä terveysvakuutuksia. Lopuksi luvussa 2.4 vedetään yhteen näiden vakuutusten erot aiheen syvempää analysointia varten myöhemmänä tässä tutkielmassa.

2.1 Sosiaalivakuutuksen perustelut ja oikeudellinen perusta

Sosiaalivakuutuksella tarkoitetaan lainsäädäntöön tai muuten julkisen vallan toimenpiteisiin perustuvaa vakuutusturvaa. Sitä hoidetaan Suomessa yhdessä yksityisten ja julkisluonteisten laitosten kesken ja se kuuluu osaksi suomalaista sosiaaliturvaa. Sosiaalivakuutus kattaa ainoastaan lainsäädännössä sosiaalisiksi riskeiksi määriteltyjä henkilöriskejä, kuten sairautta, tapaturmaa, vanhuutta ja kuolemaa eikä esimerkiksi ollenkaan omaisuusvahinkoja. Sosiaalivakuutuksen tarkoitus on korvata näiden riskien realisoitumisesta aiheutuvia toimeentulomenetyksiä ja kustannuksia. Sosiaalivakuutus rahoitetaan pääasiassa vakuutusmaksuilla, joita maksavat joko vakuutetut kokonaan tai osittain itse taikka muu taho, kuten vakuutettujen työnantajat riippuen sosiaalivakuutuslajista. (Rantala & Kivisaari 2014, 82; Kangas & Niemelä 2017, 12, 18, 24)

Sosiaalivakuutus on luotu toteuttamaan hyvin monenlaisia periaatteita, jotka voidaan pääasiassa jakaa julkistaloudellisiin ja yhteiskunnallisiin perusteluihin. Julkistaloudelliset perustelut pohjautuvat siihen, etteivät yksityiset markkinat pysty välttämättä tuottamaan vakuutuksia tiettyihin sosiaalisiin riskeihin parhaalla mahdollisella tavalla. Yhteiskunnallisten perusteluiden takana on ajatus esimerkiksi hyvinvointivaltion kirjoittamattomista sopimuksista. Lisäksi sosiaalivakuutuksen syitä voidaan lähteä selvittämään siitä, millaisiin tarpeisiin sosiaalivakuutus alun perin syntyi. (Kangas & Niemelä 2017, 24, 31)

Aikoinaan ennen sosiaalivakuutuksen syntyä perinteinen tapa varautua sosiaalisiin riskeihin perustui hyvin pitkälti sukulaissuhteisiin tai paikallisten yhteisöjen sopimukseen. Useamman sukupolven muodostamalla perheillä oli suuri merkitys toimeentulon ja hoivan antajina perheenjäsenilleen. Muusta väestöstä Suomessa piti huolta lähinnä seurakunnat paikallisen köyhäinhoidon muodossa. 1800-luvun puolella välissä alkanut Euroopan teollistuminen muutti nämä paikalliset keinot riittämättömiksi, kun kaupungistuminen vähensi paikallisyhteisöjen merkitystä. Teollistumisen myötä palkkatöihin päässeiden epävarmuus lisääntyi ja tarve turvalle työtapaturman, sairauden ja vanhuuden sekä kuoleman varalle syntyi, sillä riskien realisoituminen saattoi katkaista perheen tulot äkisti kokonaan. Näistä syistä alun perin Saksassa kehitettiin 1800-luvun lopulla ensimmäinen pakollinen sosiaalivakuutus, joka levisi myös muualle maailmaan ja joka nähtiin ratkaisuna köyhyyteen ja työväenluokan turvattomuuteen. (Kajanoja 2016, 6)

Kaikkien sosiaalisten riskien kohdalla yksityiset markkinat eivät ole tehokkain tai edes mahdollinen tapa järjestää vakuutusturvaa sosiaalisten riskien varalle, ja markkinat voivat

epäonnistua riittävän riskienhallinnan tarjoamisessa. Useissa tapauksissa näillä perusteilla on ollut syynsä siihen, miksi julkisen vallan ohjailemaa tai hoitamaa vakuutusturvaa tarvitaan. Näillä julkistaloudellisilla perusteluilla tarkoitetaan yleensä ulkoisvaikutuksia, julkishyödykkeitä ja informaatio-ongelmia. (Kangas & Niemelä 2017, 27) Informaatio-ongelmat ovat tämän tutkielman keskiössä ja niihin keskitytään enemmän myöhemmin tässä tutkielmassa, joten niitä ei käsitellä tässä yhteydessä.

Ulkoisvaikutuksilla viitataan tilanteeseen, jossa tietyn taloudellisen toiminnan joko hyödyt tai haitat vaikuttavat myös niihin, jotka eivät osallistu toimintaan tai ole päättämässä siitä. Ulkoisvaikutuksia voi olla positiivisia, joita yksityiset markkinat eivät tuottaisi yhteiskunnalliseen hyötyyn nähden tarpeeksi ilman julkisen vallan puuttumista, tai negatiivisia, joita markkinat taas eivät huomioisi tarpeeksi koko yhteiskunnan hyödyn näkökulmasta. Esimerkiksi ennen työtaturmavakuutuksen syntyä teollistumisen alkuvaiheessa työssään vammautunut työntekijä lähetettiin takaisin kotipaikkakunnalleen paikallisen köyhäinhoidon varaan. Maalaiskaupungit rasittuivat työtaturmaan joutuneiden hoidosta, kun teollisuus ulkoisti ongelmat takaisin maalaiskaupunkeihin, ja joutuivat siten negatiivisten ulkoisvaikutusten kohteeksi. (Kangas & Niemelä 2017, 27)

Positiivisia ulkoisvaikutuksia ovat esimerkiksi julkishyödykkeet. Ne ovat hyödyksi yhteiskunnallisella tasolla, mutta yksityisillä markkinoilla niiden tuottamiseen ei yksittäisellä taholla ole tarpeeksi intressejä. Esimerkiksi koulutus on julkishyödyke, josta työnantajat hyötyvät, mutta yksittäisellä työnantajalla ei ole motivaatiota järjestää peruskoulutusta, sillä muutkin työnantajat hyötyisivät siitä ilman, että niiden itse tarvitsisi laittaa panoksia sen järjestämiseen. Julkishyödykkeiden tuottaminen yksityisillä markkinoilla olisi haastavaa juuri tämän vapaamatkustajaongelman vuoksi. Positiivisten ulkoisvaikutusten hyödykkeiden tuotantoa voidaan kuitenkin ohjata julkisen sektorin toimesta esimerkiksi verotuksella. (Kangas & Niemelä 2017, 27–28)

Sosiaalivakuutusta on osana suomalaista sosiaaliturvaa perusteltu lisäksi useista yhteiskunnallisista näkökulmista. Sosiaalivakuutus vähentää taloudellista epävarmuutta ja mahdollistaa suurempaa riskinottoa, sillä sosiaalivakuutus toimii turvaverkkona, jos riski realisoituu. Samalla sosiaalivakuutus edesauttaa taloudellista kasvua esimerkiksi lisäämällä riskinoton mahdollisuuksia, luomalla pääomia sekä varmistamalla yksityisen kulutuksen myös riskitapahtuman sattuessa. Lisäksi kollektiivisella vakuutuksella on rooli yksilöiden oman toimeentulonsa turvaamisen laiminlyönnin välttämiseksi. Vakuutuksen pakollisuus estää

mahdollisuuden vapaamatkustamiseen ja samalla kollektiivisuus lisää yhteiskunnan integraatiota ja yhteenkuuluvuutta. Sosiaalivakuutus on myös merkittävä hyvinvointivaltion kirjoittamattomien sopimusten sekä solidaarisuuden, oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon tukipilari. (Kangas & Niemelä 2017, 29–32)

Sosiaalivakuutus on lakisäätteistä ja siihen liittyvä päätöksenteko noudattaa samoja sääntöjä kuin minkä tahansa muun oikeudellisen päätöksenteon prosessi. Sosiaalivakuutukseen vaikuttavia oikeusnormeja on sisällytetty myös perustuslakiin. Perustuslaissa on määritelty niin sanotut perusoikeudet, jotka ovat perustavanlaatuisia, yksilöille erityisen tärkeitä oikeuksia, joiden muuttaminen on muita lakeja vaikeampaa. Siksi sosiaalivakuutukseen liittyviä lakeja muuttaessa tulee aina huomioida perusoikeudet, sillä ne eivät voi olla ristiriidassa ehdotetun lakimuutoksen kanssa. Sosiaalivakuutuksen taustalla olevia perusoikeuksia ovat esimerkiksi oikeus perustoimeentuloturvaan, yhdenvertaisuuteen sekä omaisuudensuojaan. Vaikka näitä oikeuksia ei ole määritelty perustuslaissa yksiselitteisesti, voidaan yleisesti ottaen sanoa, että sosiaalivakuutus täyttää esimerkiksi perustoimeentulo-oikeuden tasot. (Huhtanen 2017, 55, 62–65)

Sosiaalivakuutuksen oikeudellista perustaa muodostavat myös osa ihmisoikeuksista, kuten TSS-sopimus ja Euroopan sosiaalinen peruskirja, sekä Euroopan Unionin oikeudesta, vaikkakin valtaosa EU:n sosiaalipolitiikasta on niin sanottua sekundaarista oikeutta, joka jättää suurimman osan päätöksistä kansallisille päätöksenteon toimielimille. Sosiaaliturvaa ja siten myös sosiaalivakuutusta koskee kuitenkin EU:n perusoikeuskirjan 34 artikla, joka tunnustaa kaikille oikeuden sosiaaliturvaetuksiin ja sosiaalipalveluihin, joilla tarjotaan suojaa esimerkiksi sairauden, raskauden ja synnytyksen tai tapaturman sattuessa sekä vanhuuden tai työpaikan menettämisen varalta. Lisäksi kansallisella tasolla sosiaalivakuutukseen vaikuttavat etuuslainsäädäntö ja yleishallinto-oikeudellinen lainsäädäntö. Etuuslainsäädännöt sisältävät yksityiskohtaiset säännökset kustakin sosiaalivakuutuslajista ja yleishallinto-oikeudellinen lainsäädäntö sosiaalivakuutuksen toimeenpanijoihin ja niiden toimintaan liittyviä lakeja. (Huhtanen 2017, 67–70, 73, 78–80)

Tässä työssä sosiaalivakuutuksen oikeudellista perustaa ei lähdetä yksityiskohtaisemmin purkamaan, sillä sen ymmärtäminen ei ole relevanttia. Se, mikä on tärkeää, on ymmärtää sosiaalivakuutuksen ja siihen kuuluvan sairausvakuutuksen taustalla olevan hyvin paljon oikeusnormeja, joista ei voida poiketa tai joiden muuttaminen on haastavaa.

2.2 Sairausvakuutus osana sosiaalivakuutusta

Lakisääteinen sairausvakuutus on osa suomalaista sosiaaliturvaa ja -vakuutusta. Sairausvakuutusta määrittää edellä esitettyjen laajojen, koko sosiaalivakuutusta koskevien säännösten lisäksi oma etuuslakinsa, sairausvakuutuslaki (1224/2004), jonka mukaan vakuutuksen piiriin kuuluvat Suomessa vakituisesti asuvat henkilöt tai heihin rinnastettavat asuinpaikkaan katsomatta kuuluvat Suomessa työskentelevät tai yritystoimintaa harjoittavat henkilöt. Lisäksi joissain tapauksissa ulkomaille suomalaisen työnantajan lähettämät työntekijät voivat pysyä Suomen sosiaaliturvan ja siten sairausvakuutuksen piirissä, jos Euroopan Unionin lainsäädäntö tai muu solmittu sopimus niin edellyttää. (Rantala & Kivisaari 2014, 400; Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224)

Suomalaista sairausvakuutusjärjestelmää, joka kattaisi kaikki kansalaiset, yritettiin kehittää aina 1800-luvun loppupuolelta asti muiden Keski-Euroopan maiden perässä. Näkökulmaerot poliittisissa ja taloudellisissa asioissa kuitenkin hidasti vakuutuksen kehitystyötä. Sairausvakuutukseen kohdistui paljon ristiriitoja siitä, miten kattava vakuutuksen tulisi olla ja miten sen rahoitus jakautuisi. Seuraavaksi 1930-luvulla kehittymisen esteeksi tuli kiireellisemmäksi noussut kansaneläkevakuutuksen toteuttaminen. Sairausvakuutus nousi jalustalle uudelleen vasta 1950-luvulla ja sairausvakuutuslaki saatiin voimaan huhtikuussa 1964. (Airio 2017, 126)

Sairausvakuutus sisältää nykymuodossaan kaksi pääasiallista vakuutustyyppiä: sairaanhoitovakuutus ja työtulovakuutus. Työtulovakuutusta kuvaillaan työelämässä olevien henkilöiden toimeentulovakuutukseksi, sillä se sisältää erilaisia päivärahaetuuksia sekä työterveyshuollon. Päivärahaetuuksiin kuuluvat sairauspäiväraha ja vanhempainpäiväraha, jotka korvaavat sairaudesta, raskaudesta ja synnytyksestä aiheutuneita tulon menetyksiä. Lisäksi päivärahaetuudeksi lasketaan erityishoitoraha, jota voidaan maksaa vanhemmalle, joka osallistuu alle 16-vuotiaan lapsen hoitoon tai kuntoutukseen. Sairaanhoitovakuutuksesta korvataan lääkkeitä, matkakustannuksia sekä lääkärin hoidoista, tutkimuksista sekä palkkioista aiheutuvia kustannuksia. (Airio 2017, 127–137) Koska tässä työssä ansionmenetyksiä korvaavat vakuutukset on rajattu tämän tutkielman ulkopuolelle, keskitytään nyt pääasiassa sairaanhoitovakuutukseen.

Sairaanhoitovakuutus korvaa yksityisissä hoitolaitoksissa suoritettavia hoito- ja tutkimustoimenpiteitä sekä vastaanotto- ja toimenpidepalkkioita. Korvaukset määrittyvät niin sanottujen korvaustaksojen mukaan ja korvaus on enintään taksan mukainen. Korvaustaksan

suuruus vaihtelee muun muassa tehtävän toimenpiteen ja lääkärikäynnin keston mukaan. Esimerkiksi erikoislääkärin 20 minuutin käynnin palkkio on 65 euroa ja sen korvaustaksa on 13,50 euroa. Vakuutettu maksaa siis itse 51,50 euroa ja mahdolliset toimistokulut, joita sairaanhoitovakuutus ei korvaa. Sairaanhoitovakuutus kattaa myös kustannuksia yksityisestä hammashoidosta, jonka käyttö on lisääntynyt Suomessa nopeasti. (Airio 2017, 134–135; kela.fi 2019a; kela.fi 2019b)

Lääkekorvausta voi saada lääkkeistä, kliinisistä ravintovalmisteista ja perusvoiteista, jos ne on määrätty sairauden hoitoon ja ne ovat Lääkkeiden hintalautakunnan (Hila) päätöksellä korvattavia eli kuuluvat korvausjärjestelmään. Lääkekorvauksissa on 50 euron vuosittainen alkuomavastuu, eli korvausjärjestelmään kuuluvista lääkkeistä maksetaan itse kaikki 50 euroon asti. Lapsiin ja alle 19-vuotiaisiin nuoriin alkuomavastuuta ei noudateta. Alkuomavastuun jälkeen korvausluokkia on kolme, jotka ovat tasoltaan 40, 65 ja 100 %, vaikkakin myös sadan prosentin korvausluokassa omavastuuksi jää 4,50 euroa per lääke jokaiselta ostokerralta. Lisäksi lääkekorvauksissa on vuosiomavastuu eli lääkekatto, jonka ylittävistä lääkkeistä vakuutettu maksaa jokaisella ostokerralla enää 2,50 euroa per lääke. Vuonna 2019 vuosiomavastuu oli 572 euroa. (kela.fi 2019c)

Matkakorvausta voi saada sairauden, raskauden, synnytyksen tai kuntoutuksen vuoksi tehtävästä matkasta julkiseen tai yksityiseen hoitolaitokseen. Matkakustannukset korvataan lähimpään mahdolliseen hoitolaitokseen ja halvimman mahdollisen matkustustavan eli yleensä julkisen liikenteen mukaan. Terveystilan tai huonojen liikenneyhteyksien vuoksi korvausta on mahdollista saada myös taksin tai oman ajoneuvon käytöstä. Myös matkakorvauksissa on omavastuu. Jokaisesta matkasta vakuutetun omavastuu on 25 euroa, ja matkakorvauksissa on myös vuosiomavastuu eli matkakatto. Yhteensä omavastuu on 300 euroa vuodessa, eli vakuutettu ei maksa vuoden sisällä yli 300 euron ylittävistä matkoista. (kela.fi 2019d)

Sairausvakuutusta rahoitetaan Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusrahaston kautta. Rahastoon varat kerätään vakuutettujen ja työnantajien vakuutusmaksuista sekä valtion maksuosuuksista. Työtulovakuutusta rahoitetaan palkansaajien, yrittäjien, työnantajien ja valtion maksuilla. Sairaanhoitovakuutuksen rahoitus koostuu palkansaajien, yrittäjien ja etuudensaajien sairaanhoitomaksuista, Euroopan Unionin korvauksista sekä valtion osuudesta. Valtion maksuosuus oli vuonna 2017 yhteensä 42 %. Työnantajien osuus vuonna 2017 rahoituksesta oli 21 % ja vakuutettujen noin 36 %. Yksi prosentti sairausvakuutusrahastoon tulee Euroopan Unionin korvausten kautta. (kela.fi 2019e)

Sairausvakuutusmaksu määritellään veronalaisen palkka- tai työtulon perusteella ja palkansaajien osalta työnantaja pidättää heidän maksuosuutensa ennakonpidätyksessä palkkaa maksettaessa. Vuonna 2019 työnantajien vakuutusmaksu on 0,77 % palkasta. Vuodesta 2017 alkaen palkansaajien ja yrittäjien sairaanhoitovakuutusmaksu on ollut nolla prosenttia. Palkansaajien päivärahamaksu on 1,54 % ja YEL-yrittäjien 1,77 % (vuonna 2019). Pienituloisilla vakuutetuilla päivärahamaksua on helpotettu, sillä vuonna 2019 alle 14 282 euroa vuodessa tienavilla palkansaajilla maksu on nolla prosenttia ja YEL-yrittäjillä maksu tippuu 0,23 %:iin. Vuonna 2019 sairaanhoitovakuutuksen maksuja kerätään vain vakuutetuilta, jotka saavat jotakin etuutta, ja prosentti on 1,61. (stm.fi)

2.3 Yksityiset terveysvakuutukset

Yksityisvakuutus perustuu vakuutuksenantajan ja vakuutuksenottajan solmimiin sopimukseen. Vapaaehtoisen yksityisvakuuttamisen harjoittajina eli vakuutuksenantajina toimivat yksityiset vakuutuslaitokset, kuten vakuutusyhtiöt ja -kassat. Yksityisvakuuttaminen jaetaan tyypillisesti vahinkovakuuttamiseen ja henkilövakuuttamiseen. Vahinkovakuutukset ovat esinevahingon, korvausvelvollisuuden tai muun varallisuusvahingon varalle olettavia vakuutuksia. Vapaaehtoisilla henkilövakuutuksilla taas varaudutaan samanlaisiin sosiaalisiin riskeihin kuin sosiaalivakuutuksen avulla, kuten sairauteen, vanhuuteen tai kuolemaan. (Rantala & Kivisaari 2014, 81, 88–89) Tässä alaluvussa keskitytään yksityisiin terveysvakuutuksiin, joita on markkinoilla tarjolla useita erilaisia vaihtoehtoja. Näitä myös esitetään hieman edempänä tässä luvussa.

Vapaaehtoisten terveysvakuutusten historia perustuu hyvin pitkälti sosiaalivakuutuksen kehittymiseen, sillä terveysvakuutusten synnyn syyt pohjautuvat lähinnä sairausvakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon kehitykseen ja niiden puutteisiin. 1900-luvun alkukymmeninä kehitettiin niin kutsuttu sairaalavakuutus. Tarve vakuutukselle syntyi, kun yhteiskunnan sairaalapalvelut olivat jo melko kohtuullisella tasolla niin, että suurella osalla kansalaisista oli niihin pääsy. Samalla sairaalajaksot kestivät yleensä pidempään kuin nykypäivänä, ja sairaalavakuutuksen tarkoitus oli auttaa vakuutuksenottajapuolta selviytymään kerääntyvistä sairaalamaksuista sekä mahdollisista pitkistä toimeentulon menetyksistä. Vasta myöhemmin, 1970-luvun tienoilla, alkoi yleistymään tapaturmavakuutukseen all risk -tyyppinen vakuutuslaji, joka korvaa myös laajemmin sairauden aiheuttamia kustannuksia. (Jokela, Lammi, Lohi & Silvola 2013, 161, 163)

Sosiaaliturva ja sosiaalivakuutus eivät ole pystyneet eivätkä tänäkään päivänä pysty täysin kattamaan kaikkia sosiaalisia riskejä. Niissä turva voi olla tasoltaan liian matala tai joitakin riskejä ei välttämättä ole vakuutettu ollenkaan. Sosiaalivakuutusta täydentämään on luotu yksityisiä vakuutuksia suojaamaan niiltä riskeiltä, joita sosiaalivakuutus ei ole onnistunut turvaamaan riittävästi. Sosiaalivakuutus kattaa myös melko vaihtelevasti erilaisia erityiskuluja, joita voidaan pyrkiä vakuuttamaan yksityisen vakuutuksen avulla. Vapaaehtoisia terveystakuutuksia ei ole siis kehitetty luomaan mitään tarpeita, sillä riskit ovat kyllä olemassa riippumatta siitä, millaisia vakuutuksia on tarjolla. (Jokela, Lammi, Lohi & Silvola 2013, 78–79, 89)

Sosiaalivakuutuksen riittämättömyyden lisäksi Suomessa ja maailmalla tapahtuneet ja tapahtuvat muutokset ovat kasvattaneet lisävakuuttamisen tarvetta. Terveysthuolto on kehittynyt rajusti ja samalla myös muuttunut kalliimmaksi, joten kulujen kattamiseen tarvitaan yhä parempaa vakuutusturvaa. (Jokela, Lammi, Lohi & Silvola 2013, 80) Vapaaehtoisella terveystakuutuksella halutaan usein myös nopeuttaa hoitoon pääsyä ja mahdollistaa pääsy yksityiseen hoitolaitokseen (finanssiala.fi 2019a). Usein taustalla voi olla esimerkiksi kokemus julkisen terveysthuollon heikosta tasosta tai pitkistä jonotusajoista tai sosiaalivakuutuksen riittämättömästä korvaustasosta.

Lisäksi eliniänodotteen kasvu, opiskeluaikojen pidentyminen ja muuttuvat perherakenteet vaikuttavat vapaaehtoisten vakuutusten tarpeeseen ja vähintään epäsuorasti myös yksityisten terveystakuutusten kysyntään. Esimerkiksi monet eläkeikää lähestyvät ovat huolissaan siitä, miten toimintakyvyn heikentyessä tarvittava apu järjestyy. Vaikka sosiaaliturva tarjoaa Suomessa tähän jonkin tasoista apua, voi se olla kuitenkin puutteellista. Samaan huoleen liittyy pitkälti myös perherakenteiden muutos, kun jälkeläiset eivät ole enää samalla tavalla auttamassa kuin aikaisemmin, kun perheen merkitys toimeentulon turvaajana sekä hoivan antajana oli suuri. Tarve ulkopuoliselle hoivan antajalle on siis kasvanut. (Jokela, Lammi, Lohi & Silvola 2013, 78–79, 90)

Toisin kuin laeilla runsaasti säädeltyä sosiaalivakuutusta, vapaaehtoisia vakuutuksia luonnehtii sopimusvapaus, eli vakuutuksenottaja ja -antaja voivat sopia vakuuttamisesta ja sopimuksen sisällöstä melko vapaasti. Vakuutuksenottaja voi päättää, ottaako vakuutuksen vai ei, mutta myös vakuutuksenantajalla on vapaus valita asiakkaansa eikä sillä ole vakuuttamispakkoa. (Järvinen 2004, 187) Kuitenkin myös vapaaehtoisiin vakuutuksiin kohdistuu lainsäädännöllistä ohjailua, mikä luo joitakin ehtoja ja rajoituksia sopimiseen. Olennaisin lainsäädäntö sisältyy

vakuutusopimuslakiin (543/1994), mutta vakuutusopimukseen vaikuttaa myös erilaiset yleiset lait, kuten kuluttajalainsäädäntö ja vahingonkorvausoikeuden johtavat periaatteet. Vakuutusopimuslaissa säädetään muun muassa vakuutusmaksuista, sopimusosapuolten tiedonantovelvollisuuksista, korvausmenettelyistä sekä vakuutusopimuksen muuttamisesta (Vakuutusopimuslaki 28.6.1994/543).

Sopimusvapaudesta seuraa vakuuttamispäätöksen vapauden lisäksi se, että vakuutusyhtiö ja vakuutusnottaja voivat sopia keskenään vakuutuksen sisällöstä. He voivat sopia, millaiset vahinkotapahtumat kuuluvat sopimukseen ja miten laaja vakuutus on. Sopimusvapauden puitteissa vakuutusopimuksissa määritellään sisällön lisäksi, millainen on vakuutuksen korvausmäärä, eli kuinka paljon kustannuksia vahingoista voidaan enimmillään korvata, sekä korvausten omavastuu. Kuten lähes kaikissa vapaaehtoisissa vakuutuksissa, on myös terveysvakuutuksissa usein jonkinlainen omavastuu. Tällöin osa vahingosta jää vakuutusnottajan kannettavaksi. Omavastuu voi olla euromääräinen vähimmäisraja tai esimerkiksi prosenttiosuus vahingon lopullisista kuluista tai euromääräisen rajan ylittävältä osalta. Omavastuu voi määräytyä esimerkiksi vakuutuskausikohtaisesti tai vahinkokohtaisesti niin, että jokaisen eri sairauden korvauksista vähennetään omavastuuosuus. (Rantala & Kivisaari 2014, 154–155)

Markkinoilla on useita erilaisia vaihtoehtoja yksityiseen terveysvakuuttamiseen ja useisiin vakuutuksiin vakuutusta hakeva voi valita erilaisia turvia, joiden avulla vakuutusta voi räätälöidä itselleen sopivaksi. Yleisin terveysvakuutus on sairauskuluvakuutus, jonka piirissä on jo yli miljoona suomalaista (finanssiala.fi 2019a). Sairauskuluvakuutuksilla on erilaisia nimityksiä, mutta ne voidaan niputtaa yhdeksi vakuutuskokonaisuudeksi, jonka tarkoitus on antaa turvaa sairauden tai vamman tutkimisen ja hoidon aiheuttamia kustannuksia varten. (Jokela, Lammi, Lohi & Silvola 2013, 163) Osa vakuutusyhtiöistä tarjoaa sairauskuluvakuutuksen vain tapaturmavakuutuksen yhteyteen, kun taas osalla terveyden vakuutukset ovat toisistaan riippumattomia ja vapaasti valittavissa myös erikseen.¹

Edellä mainittujen sairaalavakuutusten tarjonta on vähentynyt, eikä niitä oikeastaan ole tarjolla enää suomalaisilla terveysvakuutusmarkkinoilla. Niitä markkinoitiin kuitenkin runsaasti vielä 1980- ja 1990-luvuilla, joten vanhoja sopimuksia on vielä voimassa usein esimerkiksi henkivakuutustuotteen yhteydessä. (Jokela, Lammi, Lohi & Silvola 2013, 161–162) Nykypäivänä kuitenkin useimmat terveysvakuutusratkaisut kattavat sairaalassa olosta syntyviä

¹ Tiedot ovat peräisin suomalaisten vakuutusyhtiöiden kotisivuilta ja vakuutusehdoista.

kuluja kuten hoitopäivämaksuja², joten syytä erillisen sairaalavakuutuksen tarjonnalle ei juuri ole.

Markkinoilla on olemassa myös vakavan sairauden vakuutuksia, jotka ovat yleistyneet Suomessa viime aikoina. Vakavan sairauden vakuutus kattaa vain tietyt, ennalta määritellyt sairaudet. Useimpien vakuutusyhtiöiden määriteltyihin sairauksiin kuuluu esimerkiksi syöpä, sydäninfarkti ja MS-tauti², mutta vakuutus voi kattaa myös esimerkiksi vain yhden sairauden, kuten rintasyövän. Korvaus on yleensä kertaluontoinen summa, jonka vakuutettu voi käyttää haluamallaan tavalla, mutta esimerkiksi LähiTapiola tarjoaa myös vakavan sairauden hoitokuluvakuutusta, joka kattaa nimenomaan hoitokuluja vakavasti sairastuneelle vakuutetulle (lahitapiola.fi 2019a). Kertakorvauksena maksettava korvaus on melko moniselitteinen, ja sen rooli poikkeaa tavanomaisesta sairaskuluvakuutuksesta. Kertakorvaus voidaan katsoa korvaavan hoitokulujen lisäksi nimittäin esimerkiksi työkyvyttömyyden aiheuttamia ansionmenetyksiä tai toiminta- ja liikuntakykyhaittoja. (Jokela, Lammi, Lohi & Silvola 2013, 160) Siten nämä ovat rajattu tämän tutkielman ulkopuolelle, kuten aiemmin selvitettiin.

2.4 Sosiaalivakuutuksen ja yksityisvakuutuksen erot

Koska tämän tutkielman tarkoitus on myös vertailla epäsymmetrisen informaation ilmiötä ja torjumista sairausvakuutuksen ja vapaaehtoisten terveysvakuutusten väliltä, on mielekästä tiivistää vielä näiden vakuutusten välisiä eroavaisuuksia. Tämän alaluvun päätelmät perustuvat pitkälti aikaisempiin alalukuihin kerätystä tiedoista. Taulukkoon 1 on kerätty tämän työn kannalta olennaisiksi nähtyjä ominaisuuksia.

Sairausvakuutuksen toteutuksesta on vastuussa julkinen sektori ja yksityisten vakuutusten toteutuksesta yksityinen sektori, lähinnä vakuutusyhtiöt. Sairausvakuutukseen liittyminen on lainsäädäntöön perustuvaa ja pakollista, joten kaikki lain mukaan siihen kuuluvat myös automaattisesti liittyvät sen piiriin. Yksityisen terveysvakuutuksen voi jokainen niin halutessaan ottaa (mikäli vakuutusyhtiö myös sopimuksen solmii). Myös etuuden saaminen perustuu samoihin periaatteisiin kuin siihen liittyminenkin: jos lakisääteisesti kuuluu sairausvakuutukseen työnteon tai asumisen perusteella, on myös oikeutettu korvauksiin.

² Tiedot ovat peräisin suomalaisten vakuutusyhtiöiden kotisivuilta ja vakuutusehdoista.

Vapaaehtoisessa vakuutuksessa kollektiiviin kuulumisen synnyttää etuuden saamisedellytykset.

Taulukko 1 Sosiaali- ja yksityisvakuutuksen ominaisuuksia (Mukaihen Järvinen 2004, 188)

Ominaisuus	Sairausvakuutus	Yksityiset terveysvakuutukset
Toteutusvastuu	Julkinen	Yksityinen
Vakuutukseen liittyminen	Pakollinen	Vapaaehtoinen sopimus
Etuuden saamisedellytykset	Työntekoon tai asumiseen perustuva	Kollektiiviin kuuluminen
Vastikkeellisuus	Vakuutusmaksu	Vakuutusmaksu
Lainsäädäntö	Yksityiskohtainen etuuslainsäädäntö	Vakuutuslainsäädäntö
Korvauskatto	Ei ole	Yleensä sovittu
Omavastuut	Laskeva	Sopimuksella sovittu

Vastikkeellisuuden osalta ominaisuus on kyseenalainen sekä sairaus- että yksityisvakuutuksen osalta. Henkilö ei voi tietää, saako tai tarvitseeko hän nyt tai tulevaisuudessa korvauksia mistään järjestelmästä. Tulevaisuudessa mahdollisesti saataviin korvauksiin liittyy aina epävarmuutta, eikä vastikkeellisuutta siis voi ainakaan yksiselitteisesti arvioida. Toisaalta vakuutuksissahan on hyvin pitkälti kyse turvallisuuden tunteesta itse korvausten sijasta, ja vastikkeellisuus syntyykin hyvin pitkälti tästä turvallisuuden tunteen luomisesta. (Järvinen 2004, 189)

Lainsäädännöllisesti nämä kaksi vakuutusta on hyvin erilaisia, sillä sairausvakuutusta säädellään omalla etuuslainsäädännöllään. Sairausvakuutuslaki on yksityiskohtaista, pakottavaa lainsäädäntöä, josta ei voida poiketa ja joka koskee kaikkia kaikissa tilanteissa. Yksityistä vakuutusta taas säädellään vain yleisillä laeilla, lähinnä vakuutuslainsäädännöllä, joka jättää sopijaosapuolille paljon liikkumavaraa. Sosiaali- ja yksityisvakuutus ovat siis juridisilta lähtökohdiltaan hyvin erilaisia vakuutuksia. Sosiaalivakuutuksen ominaisuudet perustuvat lakeihin, joista päättävät julkinen valta, ja yksityisvakuutuksen ominaisuudet vakuutuksenantajien päätöksiin tarjoamistaan vakuutuksista vakuutuslainsäädännön luomissa puitteissa.

Sairausvakuutuksen lakisääteisyys vuoksi korvauskatot, eli korvausten enimmäismäärät ja omavastuut ovat kaikille vakuutetuille lähtökohtaisesti samat. Lääkkeissä omavastuu määräytyy ja katsotaan myös osittain yksilöllisesti sairauden mukaan. Korvauskattoja

sairausvakuutuksessa ei käytännössä ole, vaan sairausvakuutus korvaa kuluja niin paljon, kuin niitä syntyy lain myöntämässä puitteissa. Yksityisiin vakuutuksiin on yleensä sovittu esimerkiksi sairaus- tai vakuutuskausikohtainen korvausten enimmäismäärä, jonka täytyessä vakuutus ei enää korvaa enempää. Sairausvakuutuksen omavastuut ovat luonteeltaan hyvin paljon laskevia, eli mitä enemmän vakuutetulle syntyy kuluja esimerkiksi vuoden aikana, sitä vähemmän hänen enää tulee itse maksaa kuluistaan. Yksityisiin vakuutuksiin kohdistuu myös omavastuun osalta sopimusvapaus, joten omavastuut voivat olla esimerkiksi kertaluonteisia tai vaikka prosenttiosuus kaikista vakuutetulle korvattavista kuluista.

3 EPÄSYMMETRINEN INFORMAATIO VAKUUTUSTOIMINNASSA

Epäsymmetrinen informaatio on yleisesti taloustieteeseen vakiintunut ilmiö, jolla viitataan tilanteeseen, jossa osapuolilla ei ole toisistaan tai kaupankäynnin kohteesta yhdenmukaista tietoa. Epäsymmetristä informaatiota esiintyy lähes kaikissa kaupankäynnin tilanteissa. Myyjä tietää todella harvoin esimerkiksi ostajan preferenssejä tai korkeinta hintaa, jonka ostaja on valmis hyödykkeestä maksamaan. Samalla tavalla ostaja ei yleensä ole tietoinen esimerkiksi myyjän liiketoimintaprosesseista tai marginaalikustannuksista. Useissa tilanteissa on kuitenkin tehokkaampaa olla tietämättä kaikkea, sillä tiedon hankinnasta saatu hyöty ei välttämättä ylitä sen aiheuttamia kustannuksia tai tiedon hankinta voi olla mahdotonta. Tasapuolinen tieto ei ole välttämättä edes relevanttia transaktion toteutumisen kannalta ja on siksi kustannustehokkaampaa olla tietämättä kaikkea. (Chiappori, Jullien, Salanié & Salanié 2006, 783; Zweifel & Eisen 2012, 265–266)

Epäsymmetrisen informaation pioneereina pidetyt Akerlof (1970) sekä Rothschild ja Stiglitz (1976) osoittivat, että tiedon epäsymmetrisyys voi aiheuttaa merkittäviä ongelmia markkinoilla. Akerlof (1970) esitti ongelman käytettyjen autojen markkinoilla, joilla myydään hyviä ja huonoja autoja. Ostajalla ei ole autosta samaa tietoa kuin sen myyjällä, eikä siksi pysty erottelemaan hyviä autoja huonoista. Kaikki autot myydään samalla hinnalla, sillä ostajat eivät halua ostaa kallista autoa tietämättä, onko se hyvä vai huono. Tämän takia hyvien autojen myyjät eivät saa autoistaan niiden arvoon nähden tarpeeksi hyvää hintaa ja he poistuvat markkinoilta, minkä jälkeen markkinoilla myydään enää huonoja autoja. Sovellettuna tätä

tapahtumaketjua Greshamin lakiin päädytään tilanteeseen, jossa aina hieman huonommat autot syrjäyttävät paremmat pois markkinoilta. (Akerlof 1970)

Tunnetussa artikkelissaan Rothschild ja Stiglitz (1976) pyrkivät spekuloidaan epäsymmetrisen informaation teoriaa vakuutusosalalla ja todistivat sen aiheuttavan ongelmia kilpailullisilla markkinoilla. Heidän mukaansa markkinatasapaino ei ole epäsymmetrisen informaation markkinoilla mahdollinen, sillä esimerkiksi markkinatasapainoon perustuvat oletukset ovat merkityksettömiä. Toisaalta heidän artikkelinsa aikaansaamien päätelmien soveltaminen tosielämään ei ollut vielä aikanaan saanut empiirisen tutkimuksen tukea. (Rothschild & Stiglitz 1976) Malliin perustuen on myöhemmin tehty runsasta empiiristä tutkimusta, joissa on löydetty positiivista korrelaatiota siitä, että vakuutusmallit tuovat mukanaan sekä haitallista valikoitumista että moraalikatoa (Chiappori & Salanié 2013, 408).

Toisin kuin tavanomaisilla henkilökohtaisten palveluiden markkinoilla, joilla yleensä ostaja on osapuoli, joka kärsii informaatiovajeesta, finanssialalla tilanne nähdään usein päinvastaisena. Esimerkiksi luoton hakijalla on pankkia paremmat keinot arvioida rahoitettavan projektin onnistumismahdollisuuksia tai vakuutuksenottajapuoli tietää vakuutuksen myöntäjää paremmin oman tulevaisuuden vahinkonsa todennäköisyyden ja voi jopa vaikuttaa siihen. Oletamus vakuutuksenottajapuolen paremmasta tiedosta on kuitenkin saanut kritiikkiä, sillä oletettu parempi tieto perustuu usein subjektiivisiin näkemyksiin eikä esimerkiksi tilastollisiin tutkimuksiin. Tästä huolimatta joillakin tutkimuksilla on voitu todistaa, että subjektiiviset arviot esimerkiksi jäljellä olevista elinvuosista ovat osuneet melko hyvin oikeaan (kts. esim. Cawley & Philipson 1999). Toisaalta useat tutkimukset myös osoittavat, etteivät kuluttajat hyödynnä kaikkea saatavilla olevaa tietoa, sillä monet kuluttajat eivät esimerkiksi vertaile vakuutustuotteita. (Zweifel & Eisen 2012, 265–267)

Vakuutusosalalla, jossa toiminta perustuu osapuolien väliseen sopimukseen ja siten myös luottamukseen, tiedolla on suuri merkitys. Sopimuksen kohdetta eli turvaa epävarmuuden varalle ei voi nähdä, havainnoida tai koskea, minkä vuoksi tiedon merkitys korostuu. Tiedon hankkiminen voi olla liian kallista tai mahdotonta, eivätkä osapuolet välttämättä tiedä, mikä kaikki tieto on relevanttia tai totuudenmukaista. Tieto voi myös muuttua sopimuksen solmimisen jälkeen. Osapuolet ovat siten sopimusta tehdessään ja sen jälkeen lähinnä sen tiedon varassa, jonka toinen suostuu antamaan. Vakuutustoiminnassa tiedon epäsymmetria aiheuttaa pääasiassa kahta ongelmaa, haitallista valikoitumista ja moraalikatoa, joita esitellään

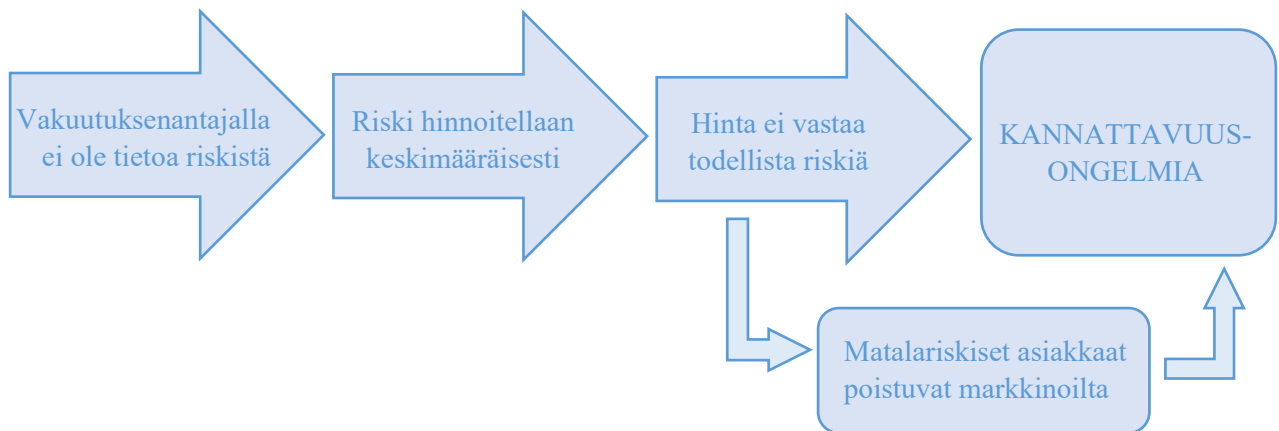
tarkemmin seuraavaksi. Luvuissa 3.2 ja 3.4 esitellään kirjallisuuskatsauksen muodossa aikaisempia tutkimuksia näiden ilmiöiden esiintymisestä terveyden vakuutuksissa.

3.1 Haitallinen valikoituminen

Yksi epäsymmetrisestä informaatiosta syntyvä ongelma vakuutuslalla on haitallinen valikoituminen (adverse selection). Ongelmaa esiintyy, jos vakuutuksenantajalla ei ole riittävää informaatiota vakuutuksenottajan todellisesta riskistä, eikä se siksi voi torjua ja ehkäistä liian suurta riskiä. (Zweifel & Eisen 2012, 291) Vaikka kaikki informaatio ei ole kaupankäynnin toteutumisen kannalta olennaista, vakuutuslalla vakuutuksenottajapuolella nähdään olevan käytössään omasta riskistään sellaista tietoa, joka vaikuttaa vakuutuksenantajan odotettuihin kuluihin, joten sillä on merkitystä vakuutuksenantajalle (Chiappori & Salanié 2013, 399). Koska asiakkaan riski vaikuttaa vakuutuksenantajan odotettuihin kuluihin maksettavien korvauksien muodossa, tulee vakuutuksenantajan tietää asiakkaan riskitaso oikean vakuutusmaksun asettamiseksi. Ilman vakuutusmaksun ja riskin kohtaamista vakuutuksenantaja kohtaa kannattavuusongelmia, jos vakuutusmaksu ei kata vakuutusopimussuhteesta syntyviä kuluja. Haitallisen valikoitumisen tapahtumaketjua on havainnollistettu kuviossa 2.

Haitallisen valikoitumisen ongelman ymmärtämistä voidaan helpottaa kuvittelemalla ensin Akerlofin automarkkinoita vastaava tilanne vakuutusmarkkinoille, mitä Akerlof itsekin pohjusti artikkelissaan. Ajatellaan tilanne, jossa vakuutuksenantajalla ei ole mitään tietoa asiakkaansa riskistä. Koska tietoa ei ole, kaikkien asiakkaiden riskit joudutaan arvioimaan yhtä suuriksi. Silloin myös hinta on kaikille asiakkaille sama. Koska todellisuudessa asiakkaiden riskitasot eroavat toisistaan, hinta ei vastaa todellista riskiä. Ne, joilla riski on keskimääräistä matalampi, maksavat vakuutusmaksua omaan riskiinsä nähden liikaa ja ne, joilla riski on korkeampi, saavat vakuutuksen riskitasoonsa nähden liian edullisesti. Koska asiakkaat maksimoivat omaa hyötyään, liikaa maksavat asiakkaat päättävät sopimuksen ja poistuvat markkinoilta. Jäljelle jäävät korkeariskiset asiakkaat tekevät riskikannasta epäedullisen vakuutuksenantajalle, sillä vakuutusmaksuista saadut tulot eivät vastaa vakuutuksenottajien riskiä. Vakuutuksenantajan on nostettava hintaa, jotta se kohtaisi paremmin korkean riskitason, minkä seurauksena syntyy jälleen uusi vakuutuskannan matalariskisin ryhmä, jolle vakuutus on liian kallis. ”Huonot” eli korkeariskiset asiakkaat ajavat Akerlofin mallin mukaisesti ”hyviä”

eli matalariskisiä asiakkaita pois markkinoilta, sillä vakuutuskannan riskin noustessa myös vakuutuksen hintaa on nostettava eikä rationaalinen asiakas pidä liian kallista vakuutusta.



Kuvio 2 Tapahtumaketju vakuutusentajan näkökulmasta, jos sillä ei ole tietoa vakuutusottajapuolen riskistä

Rothschild ja Stiglitz (1976) esittivät ongelman niin, että korkeariskisten asiakkaiden olemassaolo saa kilpailullisilla markkinoilla aikaan ikään kuin negatiivisen ulkoisvaikutuksen, josta kukaan ei hyödy. Heidän mallinsa oletti, että markkinoilla on kahdenlaisia asiakkaita, korkea- ja matalariskisiä. Vakuuttajilla ei ole mahdollisuutta tietää asiakkaan riskitasoa. Matalariskiset ovat huonommassa asemassa, sillä heidän ei kannata ostaa niin laajaa vakuutusturvaa kuin he ostaisivat symmetrisen informaation markkinoilla. Korkeariskiset eivät kuitenkaan saa tilanteesta varsinaista hyötyä. Jos korkeariskisten asiakkaiden olemassaolo voitaisiin tunnistaa tai he voisivat jakaa tiedon korkeammasta riskistään, voisivat kaikki hyötyä ilman, että kenellekään syntyisi tappioita. (Rotschild & Stiglitz 1976, 638)

Jos vakuutusentajalla ei ole tarpeeksi tietoa riskin arvoimiseksi, asiakkaiden riskiluokkiin asettamiseksi ja siten vakuutusmaksun riittävään yksilöintiin, syntyy mahdollisuus haitalliselle valikoitumiselle. Vakuutuksen ottavat vain ne, joille se on taloudellisesti järkevää tai jopa edullista omaan riskiin nähden. Haitallinen valikoituminen voi vaarantaa taloudellisesti vakuutusyhtiön, joka on vakuuttanut useita liian korkeariskisiä kohteita eikä ole onnistunut hinnoittelemaan riskiä oikealle tasolle. On kuitenkin hyvä huomata, että pidemmällä aikavälillä vakuutusentajan on mahdollista oppia vakuutetuistaan ja vakuuttamistaan riskeistä, ja hyödyntää tätä informaatiota riskiarvioidensa pohjana. (Zweifel & Eisen 2012, 291) Tätä ja muita haitallisen valikoitumisen torjuntakeinoja käsitellään lisää luvussa 4.

3.2 Haitallinen valikoituminen terveyden vakuuttamisessa

Sovellettaessa haitallisen valikoitumisen ongelmaa terveysvakuutusmarkkinoille voidaan ongelma nähdä niin, että ne henkilöt, jotka kokevat riskinsä sairastua suuremmaksi, ostavat kattavampaa vakuutusturvaa kuin ne, joiden kokemus riskistään on pienempi (Culter & Reber 1998, 434). Samalla haitallinen valikoituminen voi tarkoittaa, että matalariskiset eivät osta niin paljon terveysvakuutuksia (määrällisesti tai turvan laajuudelta) kuin he tekisivät tilanteessa, jossa markkinoilla ei olisi haitallista valikoitumista (Browne 1992). Rotschild ja Stiglitz -mallin mukaan terveysvakuutuksen ottamisen ja vahinkojen sattumisen välillä olisi haitallisen valikoitumisen vuoksi positiivinen korrelaatio, mikä tarkoittaa, että mallin mukaan vapaaehtoisia vakuutuksia ottaisivat ne, jotka myös sairastelevat enemmän. (Rotschild ja Stiglitz 1976)

Haitallisen valikoitumisen olemassaolon todistaminen terveysvakuutuksissa on ollut haastavaa, ja vaikka viitteitä sen olemassaolosta on löydetty, aiheesta tehdyt empiiriset tutkimukset eivät ole päässeet ainakaan kovin yhtenäiseen lopputulokseen. Brownen (1992) tutkimus löysi haitallisen valikoitumisen teorian mukaisia todisteita ongelman olemassaolosta yhdysvaltalaisilla yksityisillä terveysvakuutusmarkkinoilla. Tutkimuksen tulosten mukaan matalariskisemmät asiakkaat ostivat vähemmän vakuutuksia yksityisvakuutus- kuin ryhmävakuutusmarkkinoilta, mikä on linjassa haitallisen valikoitumisen teorian kanssa. (Browne 1992) Lisäksi Born ja Sirmans (2019) tekivät aiheesta tuoreempaa tutkimusta, ja löysivät tukea haitallisen valikoitumisen olemassaololle sekä yksityis- että ryhmävakuutuksissa. Olivella ja Vera-Hernández (2013) tutkivat epäsymmetristä informaatiota yksityisillä terveysvakuutusmarkkinoilla Iso-Britanniassa, jossa yksityinen vakuutus on julkista terveysvakuutusta täydentävässä roolissa. Tutkimusten tulokset antoivat vahvaa viitettä haitallisesta valikoitumisesta. Haitallisen valikoitumisen lähteenä tutkimuksen tulokset viittasivat olevan ensisijaisesti terveyden merkitys henkilöille kuin heidän varsinainen terveydentilansa, mikä voi olla vakuutusyhtiöille jopa suurempi haaste tunnistaa. (Olivella & Vera-Hernández 2013)

Fang, Keane ja Silverman (2008) tutkivat epäsymmetristä informaatiota Medigap vakuutuksissa, joka on yhdysvaltalaisista Medicarea täydentämään luotu vakuutus. He löysivät todisteita informaation epäsymmetrioista, mutta eivät tukemaan haitallisen valikoitumisen ongelmaa. Päinvastoin tutkimuksen tuloksen valossa Medigap vakuutuksen markkinoilla esiintyy jopa suotuisaa valikoitumista. Ne, jotka ostivat vapaaehtoisen Medigap vakuutuksen,

olivat terveempiä ja vakuutuksesta maksetut kulut olivat matalampia. (Fang, Keane & Silverman 2008) Negatiivinen korrelaatio vakuutuksen ja riskin välillä voi selittyä sillä, että vakuutuksenottajalla voi olla vakuutuksenantajaa enemmän tietoa riskinsä lisäksi myös riskinottohalukkuudestaan, joka voi olla merkityksellisemmässä yhteydessä vakuutus päätökseen. Esimerkiksi Schmitz (2011) löysi tutkimuksellaan todisteita taipumuksen riskiä välttävään käyttäytymiseen lisäävän vapaaehtoisen lisäterveysvakuutuksen oston todennäköisyyttä saksalaisissa miehissä. Riskiä välttävä henkilö saattaa siis sekä ennaltaehkäistä riskiään sairastua että ostaa vakuutuksen mahdollisen sairastumisen varalle, mikä on täysin päinvastaista haitallisen valikoitumisen teoriaan nähden ja voi olla suotuisan valikoitumisen lähde. (Schmitz 2011)

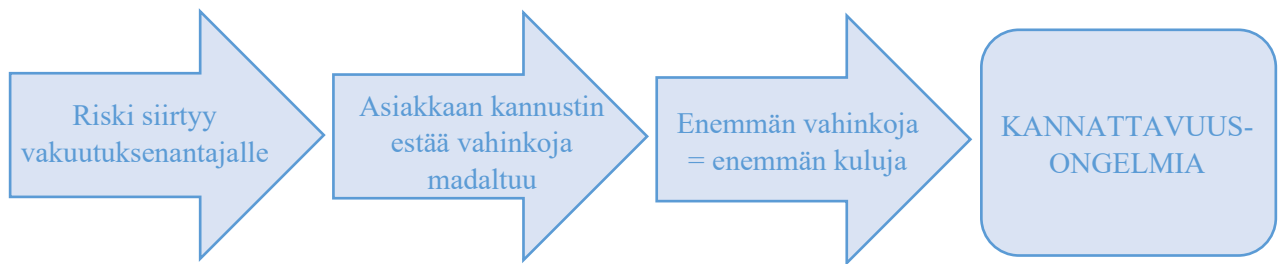
Useissa haitallisen valikoitumisen tutkimuksissa on tarkasteltu seurauksia *ex post* eli verrattu vakuutuksen ottamista esimerkiksi vakuutustapahtumien esiintymisen määrään ja vakuutuksesta maksettuihin korvauksiin. Ongelma on, että tällä tavalla tarkasteluun tulee samalla myös moraalikadon seuraukset, sillä moraalikadolla on merkittäviä seurauksia vahinkoihin ja korvausmääriin (kts. lisää myöhemmin tässä luvussa). Muutamat tutkimukset ovat pyrkineet eliminoimaan moraalikadon vaikutukset tarkastelemalla ennen vakuutuksen ottamista kerättyjä tietoja. Tällaisia ovat esimerkiksi vakuutuksenottajan omat arviot terveydestään tai erilaiset objektiiviset indikaattorit vakuutuksenottajan pitkäaikaissairauksista ja tulevaisuuden terveydentilasta. Esimerkiksi Doiron, Jones ja Savage (2008) löysivät selkeän yhteyden yksityisten terveysvakuutusten ja kroonisia sairauksia ennustavien indikaattorien väliltä. Henkilöt, joilla oli pitkäaikaissairauksia, ostivat todennäköisemmin vakuutuksen ja olivat myös todennäköisemmin sairaita. Toisaalta selkeää haitalliseen valikoitumiseen viittaavaa todistetta ei löydetty, kun tarkasteltiin vakuutuksenottajien omia arvioita terveydestään ennen vakuutuksen ottamista. (Doiron, Jones & Savage 2008)

Myös Browne ja Doeringhaus (1993) käyttivät haitallisen valikoitumisen tutkimuksessaan tarkasteluun vakuutuksenottajan omaa arviota terveydestään. Tutkimuksessa vertailtiin vakuutettujen arvioita perheensä terveydentilasta heidän valitsemiinsa vakuutusturviin nähden. Vakuutuksista tarkasteltiin esimerkiksi valittua omavastuuta, vakuutusmäärää ja omavastuukattoa eli korvausmäärää, jonka jälkeen omavastuuta ei enää peritä. Jos matalariskiset vakuutuksenottajat valitsisivat matalammat omavastuut ja vakuutusmaksut sekä saisivat vähemmän korvauksia ja korkeariskiset korkeammat omavastuut ja saisivat enemmän korvauksia, voidaan nähdä, että markkinoilla esiintyy haitallista valikoitumista. Tutkimuksen tuloksissa ei kuitenkaan huomattu suuria eroja matala- ja korkeariskisten asiakkaiden välillä.

Tuloksien mukaan kuitenkin korkeariskisille maksettiin enemmän korvauksia verrattuna vakuutusmaksuun. Haitallisen valikoitumisen teoria pätee siis tietyin oletuksin siltä osin, etteivät matalariskiset asiakkaat osta niin paljon vakuutuksia tai vakuutusturvaa kuin he ostaisivat ilman haitallista valikoitumista. (Browne & Doeringhaus 1993) Julkisen sektorin järjestämässä sosiaalivakuutuksessa haitallisen valikoitumisen ongelmaa ei sen pakollisuuden vuoksi esiinny. Koska kaikki ovat vakuutettuina eikä siihen kuuluminen ole vapaaehtoista, riskikanta jakautuu tasaisesti eikä vakuutettuihin voi ajautua vain korkeariskiset henkilöt. Tästä näkökulmasta katsottuna sosiaalivakuutuksen tulisi kattaa niitä riskejä, jotka ovat alttiimpia haitalliselle valikoitumiselle. (Boone 2015, 50) Ongelmana on kuitenkin se, että sosiaalivakuutuksella on useita, edellä esitettyjä tavoitteita, jotka voivat olla ristiriidassa tehokkaan epäsymmetrisen informaation torjumisen kanssa. Toisaalta budjettirajoitteen ja kustannustehokkuuden näkökulmasta sosiaalivakuutuksen tulisi priorisoida sellaisia hoitoja, joissa terveydellinen hyöty on suurin kustannuksiin nähden (Boone 2015, 50).

3.3 Moraalikato

Moraalikato (moral hazard) on epäsymmetrisen informaation ongelma, joka syntyy vakuutus sopimuksen solmimisen jälkeen. Moraalikadon taustalla vaikuttaa totuus siitä, että vakuutuksenottajapuoli voi käyttäytymisellään vaikuttaa useiden vakuutettavien riskien todennäköisyyteen ja vahingon laajuuteen. Samalla vakuutuksenantajalla ei ole keinoja tarkkailla tätä käyttäytymistä tai se voi olla kallista. Moraalikatoa laukaisee nimenomaan vakuutus sopimuksen syntyminen, jossa riski siirtyy vakuutuksenantajalle. Kun mahdollisen vahingon kustannukset ovat sopimuksella siirretty vakuutuksenantajan vastuulle, vakuutuksenottajapuolen käyttäytyminen voi muuttua, sillä seuraukset riskiä lisäävästä huolettomasta käyttäytymisestä eivät ole enää vakuutuksenottajapuolen omalla vastuulla. (Zweifel & Eisen 2012, 267–268) Arrow (1984, 3) esitteli moraalikadolle vaihtoehdoisen nimityksen piilokäyttäytyminen (hidden action), joka kuvaa ehkä moraalikatoa paremmin ongelmaa siinä mielessä, että vakuutetun toiminta on sellaista, jota vakuutuksenantaja ei voi valvoa eikä ongelmalla sinänsä ole juurikaan tekemistä moraalin kanssa. Kuviossa 3 on yksinkertaistettu moraalikadon tapahtumaketju vakuutuksenantajan näkökulmasta.



Kuvio 3 Moraalikadon tapahtumaketju vakuutusenantajan näkökulmasta

Wortham (1986) luokitteli moraalikadon kolmen ilmenemismuodon kautta. Ensimmäiseen kuuluu vakuutustapahtuman tahallaan aiheuttaminen, vahingon korvausten liioittelu tai jopa tapahtumattoman vahingon ilmoittaminen vakuutuskorvauksista hyötyäkseen. Tämä voi ilmetä esimerkiksi niin, että vakuutettu sytyttää tulipalon tahallaan asunnossaan saadakseen korvauksen tai ilmoittaa todellista suuremmat arvot varastetuille tavaroilleen. Toiseen luokkaan kuuluvat tilanteet, joissa vakuutusenantajapuoli käyttää vakuutuksen kattamaa palvelua enemmän kuin se käyttäisi ilman vakuutuksen olemassaoloa tai joissa vakuutusenantajapuolen huolellisen käyttäytymisen kannuste vahingon välttämiseksi laskee. Käyttäytymisellä ei ole vakuutusenantajapuolelle niin suurta merkitystä, sillä vahingon sattuessa kustannukset ovat vakuutusenantajan vastuulla. Tällainen moraalikato voi esiintyä esimerkiksi sairausvakuutetun epäterveellisinä elämäntapoina tai normaalia herkempänä terveydenhuoltoon hakeutumisenä. (Wortham 1986, 844)

Nämä kaksi ensimmäistä ovat ne, jotka taloustieteilijät yleensä määrittelevät moraalikadon käsitteeseen. Worthamin luokituksen kolmas ilmenemismuoto syntyy siitä, ettei vakuutusenantaja voi tietää, miten vakuutusenantajapuoli todella käyttäytyy. Tilanteessa vakuutusenantajapuolelle syntyy mahdollisuus käyttää vakuutusenantajan riskiluokittelua hyödykseen. Vakuutusenantaja ei esimerkiksi voi tietää, onko vakuutusenantaja rehellinen ja antaako tämä totuudenmukaista tietoa käyttäytymisestään. Vakuutusenantaja on riippuvainen vakuutusenantajan antamasta tiedosta eikä voi todella tietää esimerkiksi tupakoiko vakuutettu vai ei. Vakuutusenantajapuoli voi siis valehdella tiedoistaan saadakseen halvemman vakuutuksen. (Wortham 1986, 845)

Moraalikato on tyypillisesti jaettu myös ex-ante ja ex-post moraalikatoon. Ex-ante moraalikato esiintyy ennen vahinkotapahtumaa ja syntyy siitä, että vakuutusenantajapuolen toiminta saattaa useiden riskien kohdalla vaikuttaa vahingon sattumiseen, joko sen suuruuteen tai todennäköisyyteen tai molempiin. Ilman vakuutusta henkilö kantaisi vastuun vahingon välttämisestä ja sen kustannuksista, mutta saisi myös itse kaiken hyödyn vahingon

välttämisestä. Hyöty tässä tilanteessa on nimenomaan vahingon kulujen välttäminen. Vakuutuksen kanssa asiakas kantaa ennaltaehkäisyyn kustannukset itse, muttei saa siitä kaikkea hyötyä itselleen, sillä vahingon kustannukset ovat pääosin vakuutusenantajan vastuulla. Tämän vuoksi ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kannuste laskee vakuutuksen myötä, ja ex-ante moraalikadolla viitataan tähän vakuutuksenottajapuolen käyttäytymiseen ennen vahingon sattumista. (Winter 2013, 205)

Ex-post moraalikadolla tarkoitetaan käyttäytymistä, joka esiintyy vahinkotapahtuman jälkeen. Vakuutusenantajan on vaikea tehokkaasti arvioida asiakkaansa ilmoittamien tai käyttämien kulujen oikeellisuutta ja tarpeellisuutta vahingon hoitamiseen tai sen laajuuden rajoittamiseen. Samalla vakuutuksenottajapuolella ei ole samanlaista kannustetta välttää kasvattamasta vakuutustapahtuman kustannuksia, sillä ne ovat vakuutusenantajan kannettavana. Tämän vuoksi vakuutuksenottajapuoli saattaa käyttää enemmän resursseja vahingon hoitoon tai vahinkojen pienentämiseksi. Esimerkiksi vakuutettu voi valita kalliimpia hoitoja, jotka synnyttävät tarvittavaa enemmän kustannuksia vakuutusenantajalle tai käyttää terveyspalveluita herkemmin kuin silloin, kun hän ei olisi vakuutettu. (Winter 2013, 205, 217)

Yhteistä kaikille moraalikadon ja piilokäyttäytymisen määrittelyille lienee viittaus tilanteeseen, jossa vakuutuksenottajapuoli käyttää jollakin tavalla omaksi hyödykseen hallussaan olevaa tietoa, jota vakuutusenantajalla ei ole. Käyttäytyminen voi olla tietoista tai tiedostamatonta, eikä vakuutettu välttämättä koe pyrkivänsä esimerkiksi huolettomalla käytöksellä hyötymään tilanteesta. Kyse on enemmän siitä, että riskin siirtyminen toiselle mahdollistaa käyttäytymisen muutokset huolettomampaan käytökseen. Toisaalta vakuutuksen väärinkäyttöön ja vakuutustapahtumien aiheuttamiseen liittyvät vahvasti tuottamuksellisuus ja tietoisuus tilanteen hyödyntämisestä. Moraalikatoon liittyy kiinteästi myös se, että käyttäytyminen on haitallista tai vakuutusenantajan edun vastaista. Moraalikadoksi voidaan siten määritellä sellainen vakuutetun käyttäytyminen, joka on epäsuotuisaa vakuutusenantajan kannalta.

3.4 Moraalikadon ilmenemismuodot terveyden vakuutuksissa

Terveysvakuutuksissa esiintyvää moraalikatoa voidaan lähteä esittämään Worthamin luokittelun mukaan, jota tukemaan löytyy myös paljon kirjallisuutta ja tutkimuksia. Ensimmäiseen Worthamin moraalikadon ilmenemismuodon luokkaan kuuluivat vakuutustapahtuman tahallaan aiheuttaminen, vahingon korvausten liioitteleminen tai

perusteettoman vahingon ilmoittaminen eli vakuutuksen väärinkäyttötapaukset. Terveysvakuutusten osalta vahinkotapahtumia on oikeastaan mahdotonta aiheuttaa tahallaan, sillä kyseessä on hyvin sattumanvarainen asia, terveys. Vaikka vakuutuksenottajapuoli voikin vaikuttaa terveydelliseen riskiinsä, täysin tahallisesti aiheutettuja vahinkoja ei terveysvakuutuksissa voi juuri esiintyä. Lisäksi sairastumiseen liittyy useita muita haittatekijöitä, jotka yleensä merkitsevät enemmän kuin itse sairauden hoidon aiheuttamat kustannukset.

Muunlaista vakuutuksen väärinkäyttöä voi kuitenkin ilmetä myös terveysvakuutuksissa ja vakuutuksenottajapuoli voi hyödyntää vakuutusta perusteettomien korvausten saamiseen. Terveysvakuutettu voi ilmoittaa esimerkiksi lääkärikäyntien tai lääkkeiden kuluja, joita hän ei ole todellisuudessa edes käyttänyt tai ilmoittaa todellisia syntyneitä kustannuksia suurempia korvaussummia. Esimerkiksi oikeasti 80 euron lääkärikäynnin hinnaksi ilmoitetaan 180 euroa tai ilmoitetaan 80 euron lääkärikäynti korvattavaksi, vaikka lääkärissä ei olisi edes käyty. Teon taustalla on usein kysymys ahneudesta ja halusta tehdä helposti pientä lisärahaa. (yle.fi)

Worthamin toiseen moraalikadon ilmenemisen luokkaan määriteltiin vakuutetun lisääntynyt vakuutuksen kattavan palvelun käyttö ja huolellisen käyttäytymisen kannusteiden lasku. Einav ja Finkelstein (2018) kokosivat aikaisemmista tutkimuksista ja terveysvakuutuskokeiluista artikkelin, jossa he analysoivat sitä, lisääkö terveysvakuutus terveyspalveluiden käyttöä. Artikkelin kohteena on tyypillinen yhdysvaltalainen terveysvakuutus, jonka merkittävä ominaisuus on vuosittainen omavastuu, joka laskee vuoden aikana kumulatiivisesti kertyneiden terveyspalveluiden käytön mukaan. Artikkelin pohjana ovat vuonna 2008 Oregonissa suoritettu kokeilu Medicaid terveysvakuutuksen laajentamisesta uudelle vakuuttamattomalle ryhmälle ja 1970-luvulla suoritettu RAND terveysvakuutusten omavastuuosuuksien kokeilu sekä kvasikoe perustuen vuonna 2006 Medicareen julkaistuun uuteen lääke-etuun vanhuksille ja invalideille. Kirjoittajat keskittyivät tuloksissaan nimenomaan vaikutuksiin terveyspalveluiden käytössä, vaikka alkuperäisissä kokeiluissa seurauksia tutkittiin laajemminkin. (Einav & Finkelstein 2018)

Kaikkien näiden kokeiluissa ja uudistuksissa syntyneiden tulosten perusteella vakuutus lisäsi terveyspalveluiden käyttöä. Oregonin Medicaid-laajennuksessa ideana oli laajentaa julkista terveysvakuutusta sellaisille ryhmille, jotka eivät vielä olleet vakuutuksen piirissä ja verrata vaikutuksia uusien vakuutettujen ja ei-vakuutettujen välillä. Tuloksien mukaan vakuutus lisäsi käyttöä kaikissa vakuutuksen kattamissa palveluissa eli tavanomaisessa terveydenhuollossa,

ensiapukäynneissä, sairaalapalveluissa sekä lääkärin määräämien lääkkeiden kustannuksissa. RAND kokeessa seurattiin, miten erilaiset vakuutetun itse maksettavat osuudet hoidoista vaikuttivat palveluiden käyttöön. Merkittävä löydös todisti, että mitä matalampi vakuutetun itse maksettava osa hoidoista oli, sitä enemmän hoitopalveluita käytettiin. (Einav & Finkelstein 2018, 963–967)

Kvasikokeessa Medicareen lisättiin lääkärin määräämien lääkkeiden turva vanhemmalle väestölle ja invalideille. Tätä lääketurvaa tarjoavat yksityiset vakuuttajat, joiden on kuitenkin tarjottava vähintään hallituksen luomaa mallia. Siten vakuutukseen tehty lisäys noudattaa kaikilla vakuuttajilla samanlaista hallituksen luomaa kaavaa, vaikka joitakin eroja voi löytyä. Hallituksen luomassa standardimallissa vakuutettu maksaa ensin kaikki kulut 275 dollariin asti, jonka jälkeen hän maksaa vain 25 % kuluista 2 510 dollariin asti. Tämän jälkeen vakuutettu maksaa taas kaikki kulut itse niin sanottuun katastrofipisteeseen asti (5 726 dollaria), jonka jälkeen vakuutetun osuus on enää noin 7 % kuluista. Tämän lääke-edun lisäyksen jälkeisessä seurannassa huomattiin selkeä kulutuspiikki omavastuupisteessä, jonka jälkeisistä kuluista kuitenkin vakuutettu joutuisi maksamaan kaikki kulut (standardimallissa 2 510 dollarin kumulatiivinen summa). Ilman moraalikatoa kulutus jakautuisi tasaisesti, mutta moraalikadon läsnä ollessa vakuutetut pyrkivät hyödyntämään vakuutuksen tuomat edut, mikäli olivat muutenkin lähellä tätä omavastuupistettä. (Einav & Finkelstein 2018, 967–970)

Lähtökohtaisesti taloustiede on todistanut, että mitä edullisempi hyödykkeestä tulee, sitä enemmän kuluttajat sitä ostavat. Siinä mielessä terveysturvakuutuksen, joka laskee vakuutetun itse maksettavaa osuutta terveydenhoitopalveluista, pitäisi kasvattaa terveysturvapalveluiden kysyntää ja käyttöä. On kuitenkin kyseenalaista, voiko terveysturvapalveluita arvioida kuin tavanomaista hyödykettä. Terveysturvapalvelujen käyttö perustuu merkittävästi tarpeeseen eikä pelkkiin taloudellisiin tekijöihin. Terveysturvapalveluita käytetään vain, kun niille on tarvetta ja käyttöä. (Einav & Finkelstein 2018, 962) Tarvepohjaisuus kuitenkin riippuu siitä, millainen terveysturvapalvelu on kyseessä. Esimerkiksi ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, säännöllisiä terveystarkastuksia tai ”varmuuden vuoksi” tehtäviä tutkimuksia ihmiset voisivat teettää ilman suurempaa tarvetta, mutta vakuutuksenantaja voi myös sulkea tällaiset hoidot pois sopimuksista.

Toinen esitetty näkökulma on, että vakuutuksen tarjoaminen kuitenkin pitkällä aikavälillä vähentää terveysturvapalveluiden käyttöä. Kun vakuutuksen myötä terveysturvapalvelut tulevat paremmin saataville ja hoitoon mennään, lopulta se myös parantaa terveyttä. Esimerkiksi

sairauksien ennaltaehkäisy ja kroonisten sairauksien parempi hoito voivat estää tilanteen pahenemisen, kun pahimmassa tapauksessa hoitoon hakeudutaan liian myöhään, mikä voi tulla vielä kalliimmaksi. Lisäksi kattavammaksi muuttuva vakuutusturva voi vähentää todellisia syntyviä kuluja pitkällä aikavälillä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa on merkittävä ongelma ensiavussa, joka ei voi kieltäytyä ottamasta potilaita vastaan, toisin kuin muut terveystalouden tuottajat. Yhdysvalloissa on spekuloitu, että jos nämä vakuuttamattomat potilaat saataisiin siirrettyä kalliista ensiapuhoidosta tavanomaisiin, edullisempiin lääkäripalveluihin, yleisesti maksettavat korvaussummat voisivat laskea. (Einav & Finkelstein 2018, 962)

Toiseen Worthamin moraalikadon ilmenemismuotoon luokiteltiin vakuutetun palvelun kasvavan käytön lisäksi riskin suuruuden tai laajuuden kasvattaminen. Kun vakuutus kattaa osan terveydelle epäsuotuisan käyttäytymisen aiheuttamista taloudellisista kustannuksista, tällaisen käyttäytymisen välttäminen ei ole vakuutusnottajapuolelle niin tärkeää. Terveysvakuutus siis voi vähentää vakuutettujen panostuksia ylläpitää omaa terveyttään ja johtaa epäterveellisempiin elämäntapoihin, kuten liikunnan laiminlyömiseen, epäterveellisiin ruokailutottumuksiin tai välinpitämättömyyteen tupakoinnin, alkoholin tai muiden päihteiden seurauksista. (Ehrlich & Becker 1972) Tämä riskiä lisäävä käyttäytyminen luokitellaan myös edellä esitetyksi ex-ante moraalikadoksi. Ex-ante moraalikato ei ole saanut niin suurta empiiristä tutkimusta, todennäköisesti siksi, koska heikoista elämäntavoista ja terveydestä on usein merkityksellisempiäkin haittoja kuin sen taloudelliset kustannukset (Einav & Finkelstein 2018, 959). Muutamia tutkimuksia aiheesta löytyy, joita esitellään seuraavaksi.

Stanciole (2008) tutki terveystalouden vaikutuksia elämäntapavalintoihin Yhdysvalloissa. Hän selvitti vakuutuksen yhteyttä neljään elämäntavan osa-alueeseen: tupakointiin, runsaaseen alkoholinkäyttöön, vähäiseen liikunnan harrastamiseen sekä ylipainoon. Tutkimuksen perusteella terveystaloudella näyttäisi olevan suuri kannustinvaikutus terveellisiin elämäntapoihin. Vakuutus lisäsi taipumusta tupakointiin, liikunnan laiminlyöntiin sekä ylipainoisuuteen, mutta vähensi taipumusta runsaaseen alkoholin käyttöön. Näiden tulosten valossa saadaan tukea sille, että terveystaloudessa esiintyy ex ante -moraalikatoa tupakoinnin, liikunnan laiminlyönnin ja ylipainoisuuteen vaikuttavien tekijöiden, esimerkiksi ruokavalion, suhteen. (Stanciole 2008)

Moraalikadon lähtökohdalla eli sillä, että vakuutus laskee vakuutetun näkökulmasta terveydenhoitoon käytettäviä kuluja, voi olla kuitenkin epäsuoria seurauksia. Dave ja Kaestner

(2009) erottelivat suorat ja epäsuorat vaikutukset tutkiessaan Medicareen liittyvää moraalikatoa vanhempien yhdysvaltalaisien miesten joukossa. Suorilla vaikutuksilla he tarkoittivat nimenomaan ex ante -moraalikatoa eli vakuutuksen vaikutuksia terveellisen elämäntavan kannustimiin. Epäsuorilla vaikutuksilla taas tarkoitettiin sitä, miten terveyspalveluita käytetään vakuutuksen vuoksi enemmän, mikä lisää terveystietämystä ja sairastumisen todennäköisyyttä. Suoria ja epäsuoria vaikutuksia ei ole aikaisemmassa empiirisessä tutkimuksessa juuri eroteltu, minkä vuoksi selkeää empiiristä todistetta ex ante -moraalikadolle terveysvakuutuksissa ei ole juuri löydetty. Dave ja Kaestner kuitenkin onnistuivat löytämään suorille terveysvaikutuksille tukea. Vakuutetuissa huomattiin käyttäytymisen eroja moraalikadon mukaisesti. Vakuutuksen vaikutukset näkyivät esimerkiksi aktiivisen ja säännöllisen liikunnan harrastamisen yleisyydessä, runsaamman tupakanpolton sekä sen (jatkamisen) todennäköisyyksissä sekä Stanciolen tutkimusta vastoin päivittäisen alkoholin käytön yleisyydessä vakuutettujen ja ei-vakuutettujen välillä. (Dave & Kaestner 2009)

Kolmas Worthamin moraalikadon luokka on hyvin lähellä edellä mainittua terveyttä laiminlyövää käyttäytymistä, mutta ero näissä syntyy ajankohdan mukaan. Kolmannessa luokassaan Wortham viittasi nimenomaan ennen vakuutus sopimuksen tekemistä tapahtuvaan käyttäytymiseen, jonka informaatioedustaan vakuutettu voi yrittää hyötyä. (Wortham, 1986) Esimerkiksi terveysvakuutuksissa vakuutettu voi hyödyntää tietoa itsestään niin, ettei kerro vakuutusantajalle tupakoinnistaan, joka voisi vaikuttaa vakuutusmaksuun tai aikaisemmasta sairaushistoriastaan, jotta vakuutusantaja ei osaisi sulkea aikaisemmin todettuja sairauksia pois sopimuksesta. Tämä linkittyy myös haitalliseen valikoitumiseen ja tällainen moraalikadon mukainen käyttäytyminen lisää riskikannan epäsuotuisuutta ja hinnoitteluongelmia vakuutusantajalle.

4 KEINOJA EPÄSYMMETRISEN INFORMAATION VÄHENTÄMISEEN JA TORJUMISEEN

Tässä luvussa on tarkoitus selvittää, millaisia keinoja vakuutusantajilla on torjua ja vähentää epäsymmetrisen informaatiota tai sen seurauksia. Alaluvut ovat jaettu selkeyttämisen vuoksi neljään luokkaan. Tärkeää on huomata, että jako ei ole yksiselitteinen ja useat torjuntakeinot voisivat sijoittua myös päällekkäisiin luokkiin. Tässä luvussa epäsymmetrisen informaation

torjuntakeinoja tarkastellaan yleisellä tasolla koskien kaikkia vakuutuslajeja, jotta käsitys torjuntakeinojen kokonaisuudesta olisi mahdollisimman laaja. Pääasiassa näkökulma pidetään terveyden vakuutuksissa, mutta on tärkeää ymmärtää myös niitä torjuntakeinoja, joita näissä vakuutuksissa ei voida tai haluta käyttää. Tässä yhteydessä ei myöskään käsitellä erikseen sosiaali- ja yksityisvakuuttamiseen liittyviä torjuntakeinojen eroja, vaan niitä käsitellään suomalaisen järjestelmän osalta luvussa 5.

4.1 Tiedon symmetrian lisääminen ja informaation hankkiminen

Luonnollisesti yksi olennaisimmista keinoista epäsymmetristä informaatiota vastaan on pyrkiä vähentämään tiedon epäsymmetriaa hankkimalla tietoa toisesta osapuolesta ja käyttämällä tätä tietoa ilmiön torjumisessa tai vaikutusten eliminoinnissa. Yleisesti ottaen kuluttajille myytävät vakuutukset ovat melko vakiomuotoisia ja niiden hinnoittelu perustuu keskimääräiseen riskiin, josta on kerätty tietoa pitkällä aikavälillä. Lisäksi esimerkiksi ryhmävakuutukset perustuvat usein ryhmän keskimääräiseen riskiin, eikä yksilöityä tietoa välttämättä kysytä (Ben-Shahar & Logue 2012, 206). Keskimääräiseen riskiin perustuvat vakuutussopimukset ja -maksut voivat kuitenkin olla vaarallisia epäsymmetrisen informaation näkökulmasta, jos vakuutusyhtiö ei pysty tunnistamaan korkeariskisiä asiakkaita ja vakuuttavat kaikki samoilla ehdoilla ja maksuilla. Tässä alaluvussa on tarkoitus tehdä katsaus siihen, miten vakuutusyhtiö voi kerätä ja käyttää informaatiota sen epäsymmetrisyyden pienentämiseksi.

Vakuutuksenantajat keräävät tietoa vakuutushakemuksista, joissa vakuutuksenottajapuoli vastaa riskiä kartoittaviin kysymyksiin. Vakuutushakemuksessa voidaan kysyä esimerkiksi vakuutettavan kohteen ominaisuuksista, kuten ajoneuvon tai asunnon iästä, käyttötarkoituksesta ja turvallisuuteen liittyvistä laitteista tai vakuutettavan henkilön tiedoista, kuten iästä, ajokokemuksesta tai terveydentilasta. Näillä asiakaskohtaisilla esitiedoilla voidaan arvioida vakuutuksenottajakohtaista, yksilöllistä riskiä. Kysytyjen tietojen todenmukaisuutta voidaan vahvistaa erilaisilla varmistuskeinoilla, kuten terveydentilaa selvittävillä testeillä henkivakuutusta varten tai työturvallisuuden tasoa kartoittavilla tutkimuksilla työtapaturvavakuutusta varten. (Ben-Shahar & Logue 2012, 206)

Lisäksi tietoa voidaan kerätä vahinkohistoriasta eli yli ajan vakuutetulle sattuneista vahingoista, mikä voi antaa viitteitä tulevasta vahinkokehityksestä. On tyypillistä, että vakuutusyhtiö kerää tietoa vakuutussopimuksen voimassaoloaikana ja tekee sen perusteella korjauksia nykyisiin

sekä tuleviin vakuutus sopimuksiin. Vakuutusyhtiö voi vakuutus sopimusta tehdessä tyytyä luottamaan saamiinsa tietoihin, mutta tutkia yksityiskohtaisemmin vakuutuksenottajapuolen antamia tietoja vasta, kun vahinkotapahtuma tulee vakuutusyhtiön tietoon. Tämä *ex post underwriting* on vakuutusyhtiölle edullisempaa, sillä silloin sen ei tarvitse käydä läpi kaikkia asiakkaita vaan vain ne, joista on aiheutumassa vakuutuksenantajalle kustannuksia eli vahinkomenoa. Mikäli ilmenee, että vakuutuksenottajapuoli on antanut sopimuksen solmimishetkellä virheellisiä tietoja, on vakuutusyhtiöllä usein oikeus kieltäytyä korvaamasta vahinkoa tai purkaa sopimus. (Ben-Shahar & Logue 2012, 206, 216)

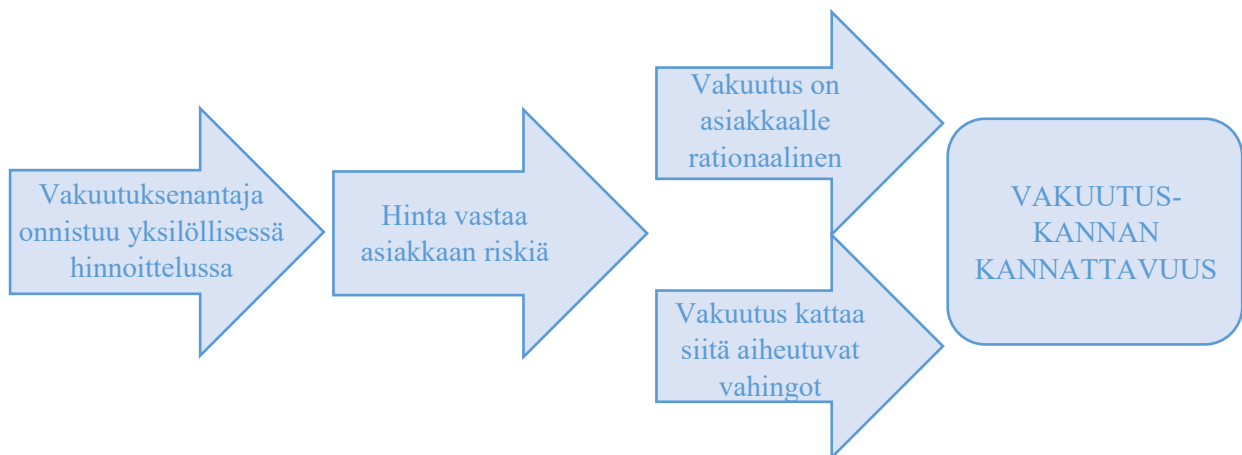
Toisekseen vakuutuksenantajat tekevät paljon yhteistyötä kerätäkseen ja analysoidakseen riskeihin liittyvää informaatiota (Ben-Shahar & Logue 2012, 206). Vakuutusyhtiöt voivat pitää esimerkiksi yhteistä vahinkorekisteriä, johon kirjataan kaikki asiakkaan vahinkoilmoitukset. Rekisterin avulla voidaan huomata, jos asiakas tekee samasta vahingosta ilmoituksen useaan vakuutusyhtiöön tai saada tietoa asiakkaan aikaisemmista vahingoista riskin arvioinnin pohjaksi. (finanssiala.fi 2019b) Lisäksi esimerkiksi yhdysvaltalainen Insurance Services Office (ISO) on vakuutusyhtiöiden tarpeisiin luotu yritys, jolle vakuutusyhtiöt lähettävät vuosittain suuren määrän dataa vakuutusmaksuista ja maksetuista korvauksista. ISO tuottaa vakuutusyhtiöille informaatiota esimerkiksi hinnoittelun ja riskiarvioinnin tueksi. (verisk.com; Ben-Shahar & Logue 2013, 206)

Yhteistyötä voidaan tehdä myös muiden kuin toisten vakuuttajien kanssa. Esimerkiksi vakuuttaja voi tehdä yhteistyötä viranomaisten tai hoito- ja tutkimuslaitosten kanssa. Niiltä vakuuttaja voi esimerkiksi saada tietoa vahinkoihin syyseuraus -yhteydessä olevista ja vahinkoja ennakoivista tekijöistä tai riskin pienentämiseen ja hallintaan liittyvää tilastollista tietoa. Lisäksi viranomaiset, hoitolaitokset ja muut laitokset ovat merkittävässä asemassa vahingon selvittämisessä tarjoamalla objektiivisia todisteita vahinkoon liittyvistä tapahtumista, kuten vaikka poliisin esitutkinnan asiakirjoja. Ne voivat auttaa tunnistamaan moraalikatsoon viittaavia vahinkoja esimerkiksi, jos poliisin tutkinnassa selviää, että vakuutuksenottajapuoli on toiminut tahallisesti tai vaikuttanut merkittävästi vahingon syntyyn. Lisäksi terveyteen liittyvissä vahingoissa vakuutusyhtiö voi pyytää hoitolaitokselta lääkärintuotoja, joista voi ilmetä esimerkiksi, että sairaus on alkanut jo ennen vakuutus sopimusta tai vakuutetun elämäntapavalintoja, jotka hänen olisi tullut kertoa jo ennen sopimuksen solmimista.

Vakuutuksenantajat voivat käyttää itsevalintaa (self-selection) ja seulontaa (screening), joiden tarkoituksena on, että vakuutuksenottajapuoli omilla valinnoillaan antaa tietoa riskistään

vähintään subjektiivisesta näkökulmasta. Tätä tietoa vakuutuksenantaja voi hyödyntää haitallisen valikoitumisen aiheuttamien ongelmien lieventämiseen. Itsevalinnassa ja seulonnessa on kyse siitä, että vakuutuksenantaja tarjoaa erilaisia vakuutus sopimuksia, jotka eroavat toisistaan turvan laajuuden, omavastuun ja sitä kautta myös hinnan osalta. Valitsemalla itse näistä sopivimmat vakuutuksenottaja antaa viitteitä omista ominaisuuksistaan ja riskinäkömyksistään. Saatujen tietojen perusteella vakuutusyhtiö seuloa asiakkaita oikeisiin riskiluokkiin ja siten lieventää haitallisen valikoitumisen ongelmaa. (Shapira & Venezia 1999, 140)

Tiedon kerääminen voi hyödyttää vakuuttajaa laajalti ja se voi käyttää tietoa monipuolisesti epäsymmetrisen informaation torjunnassa. Asiakaskohtaisella tiedolla se voi asettaa vakuutusmaksun vastaamaan nimenomaan asiakkaan omaa riskitasoa. Vakuutuksenantaja voi veloittaa alempaa vakuutusmaksua huolellisemmin käyttäytyviltä vakuutuksenottajilta tai niiltä, jotka pystyvät todistamaan toimivansa tehokkaasti vahingonvaaran vähentämisen eteen. (Ben-Shahar & Logue 2012, 205–206) Riskiä vastaava vakuutusmaksun pitäisi vähentää ensinnäkin haitallista valikoitumista, mutta myös moraalikadon kustannuksia, kun jokaisen vakuutusmaksu kattaa ainakin jossain määrin tehokkaammin sopimuksen aiheuttamat korvauskustannukset. Tätä on havainnollistettu kuviossa 4.



Kuvio 4 Yksilöllisen hinnoittelun hyödyt vakuutuksenantajalle epäsymmetrisen informaation näkökulmasta

Informaation avulla vakuutuksenantaja voi myös päättää olla vakuuttamatta tiettyä asiakasta tai riskiä. Tyypillisesti käytännössä tämä tarkoittaa voimassa olevan vakuutus sopimuksen päättämistä, purkamista tai sopimuksen uusimisesta kieltäytymistä. Vakuutusyhtiö voi esimerkiksi kieltäytyä myöntämästä tuotevastuuvakuutusta tuottajalle, jolla ei ole riittäviä valvontakeinoja vastuuvahinkojen välttämiseksi ja riskin hallitsemiseksi. (Ben-Shahar &

Logue 2012, 209) Vakuutuksenantaja voi myös irtisanoa vakuutuksen vakuutuskauden päätyttyä, mikäli se esimerkiksi katsoo, että vakuutettu riski on liian suuri ja asiakkaalle on sattunut normaalia suurempia tai kalliimpia vahinkoja (finanssivalvonta.fi).

Vakuuttamisesta kokonaan kieltäytymisen sijaan vakuutuksenantaja voi myös sulkea vakuutussopimuksesta pois tiettyjä riskejä, jotka esimerkiksi alentaisivat liikaa huolellisen käyttäytymisen kannusteita tai jotka olisivat liian todennäköisiä tietylle vakuutuksenottajalle (Ben-Shahar & Logue 2012, 209). Esimerkiksi terveys selvityksellä pyritään kartoittamaan vakuutetun terveystilaa ja tiedon avulla esimerkiksi poissulkemaan vakuutuksesta sellaiset sairaudet, jotka asiakkaan tiedossa jo on, koska tällaisten sairauksien aiheuttamat kustannukset ovat liian todennäköisiä. (kts. esim. op.fi 2019) Tiettyjen riskien poissulkemisen lisäksi vakuutusyhtiö voi muotoilla vakuutusehtoihin käytänteitä, menetelmiä ja toimintatapoja, joita vakuutuksenottajan ja vakuutetun tulee noudattaa. Näitä niin kutsuttuja sivuvelvoitteita käsitellään lisää luvussa 4.3.

Lainsäädäntö luo olennaisia toiminnan raameja informaation jakamiseen ja käyttämiseen. Toisaalta vakuutussopimuslaki määrittelee tiedonantovelvollisuuksia sekä vakuutuksen myöntäjälle että vakuutuksenottajalle ja vakuutetulle. Lain neljännessä luvussa määritellään muun muassa siitä, että vakuutuksenottajapuolen tulee antaa vakuutuksenantajalle täydelliset ja oikeat tiedot itsestään niissä asioissa, joilla voi olla merkitystä vakuutuksenantajan riskin arvioinnissa, sekä siitä, että vakuutusehdoissa voidaan sopia, että vahingonvaaran kasvusta vakuutuksenottajan tulee ilmoittaa vakuutuksenantajalle. Laki siis velvoittaa tiettyyn tiedonantoon, joka edesauttaa epäsymmetrisen informaation torjumista. (Vakuutussopimuslaki) Tiedonantovelvollisuuksia käsitellään lisää luvussa 4.3.

Samalla kun lainsäädäntö asettaa tietyt perusedellytykset informaation jakamiselle, se voi kuitenkin myös rajoittaa sitä, mitä asiakkailta saa kysyä tai mitä tietoa vakuutusyhtiö saa käyttää vakuutussopimuksessa hyödykseen. Esimerkiksi Euroopan Unionin maissa vakuutusyhtiö ei saa erotella hintoja naisten ja miesten kesken, vaan hinnoittelu pitää tehdä sukupuolineutraalisti (talanx.com). Lisäksi Euroopan Unionin vuonna 2018 voimaan astunut uusi tietosuojasetus asettaa rajoja esimerkiksi tiedon säilyttämiselle sekä oikeuttaa jokaisen asiakkaan halutessaan poistaa itsensä ja tietonsa yrityksen käytettävistä. Lainsäädäntö voi siis luoda myös haasteita vakuutusyhtiölle, jos se ei saa kerätä tai käyttää joitakin riskiin vaikuttavia tekijöitä sopimuksissa tai vakuutusmaksun asettamisessa.

Tiedon hankinnalla on suuri merkitys erityisesti haitallisen valikoitumisen torjumisessa, sillä yksilöllinen tieto asiakkaasta auttaa vakuutusyhtiötä asettamaan jokaiselle asiakkaalle sopivan vakuutuksen. Onnistumalla tässä vakuutuskanta on paremmassa tasapainossa ja vakuutusmaksu vastaa asiakkaiden riskitasoa. Toisaalta tiedon hankkiminen voi olla kallista tai haastavaa, ja vakuutuksenantajan täytyy tietää, millainen tieto on olennaista vakuutus sopimuksen kannalta. Mitä yksilöidympää tietoa kerätään, sen haastavampaa sitä on saada ja säilyttää. Lisäksi jos tiedon toimittaminen on vakuutuksenottajapuolelle liian työlästä, voi vakuutusyhtiö menettää potentiaalisia asiakkaita.

4.2 Taloudelliset kannustimet

Lienee kiistatonta väittää, että taloudelliset kannustimet ovat tehokas keino lähes minkä tahansa käyttäytymisen ja siten myös vakuutuksenottajapuolen huolellisuuden tason muuttamisessa. Kuluttajat eivät halua maksaa vakuutuksistaan liikaa ja ne ovat kotitalouksille yleensä iso menoerä. Omavastuut ovat yksi tärkeimmistä ja tyypillisimmistä taloudellisista keinoista vähentää moraalikatoa. Omavastuu on sopimusta tehdessä sovittu osuus, joka vähennetään vakuutuksenantajan maksamasta korvauksesta. Tällä tavalla osa vahingon kustannuksista jää vakuutetun maksettavaksi, jolloin halukkuus välttää vahingon sattumisen kasvaa. Jos vakuutusturva kattaisi täyden vahingon, vakuutetulla ei olisi taloudellista kannustinta pienentää vahingon todennäköisyyttä huolellisella käyttäytymisellä tai vahingon suuruutta olemalla aiheuttamatta ylimääräisiä kustannuksia vahingon hoitamisesta. Siirtämällä osan vahingon kustannuksista vakuutetulle kasvaa taloudellinen motivaatio vahinkojen välttämiseksi ja seurausten pienentämiseksi. (Ben-Shahar & Logue 2012, 206–207)

Omavastuita on erityyppisiä. Tavallisin ja helpoin ymmärtää on euromääräinen vähimmäisraja, eli sovitun euromäärän alle jäävistä vahingoista ei suoriteta lainkaan korvausta. Vahingon ylittäessä omavastuurajan, maksetaan korvaus vain tämän rajan ylittävältä osalta. Euromääräisen rajan lisäksi omavastuu voidaan sopia suhteelliseksi, jolloin se on esimerkiksi tietty prosenttiosuus kokonaisvahingosta. Se voidaan asettaa itsenäiseksi tai esimerkiksi tyypillisesti se on euromääräisen omavastuurajan ylittävistä kuluista. Omavastuu voidaan myös erikseen sopimalla muokata ehdolliseksi niin, että omavastuurajan ylittyessä korvaus suoritetaan kokonaan omavastuurajan sitä rajoittamatta. (Rantala & Kivisaari 2014, 155) Omavastuita voi olla eri suuruisia, joista asiakas voi valita mieleisensä. Näin hän antaa myös tietoa itsestään vakuutusyhtiölle itsevalinnan ja seulonnan tavoin.

Aikaisempi kirjallisuus on osoittanut, että tehokkaimmillaan vakuutus sopimus on, kun vahingon kulut jaetaan vakuutusyhtiön ja vakuutuksenottajan kesken (Ben-Shahar & Logue 2013, 208–209). Tähän logiikkaan myös omavastuu perustuu. Silloin osa vahingon aiheuttamista kustannuksista jää vakuutuksenottajapuolen kannettavaksi, ja intressi välttää vahinko on suurempi. Esimerkiksi Brot-Golber, Chandra, Handel ja Kolstad tutkivat käytöksen muutosta työntekijöissä, joiden terveystakuutus muutettiin täysin omavastuuttomasta uudeksi vakuutukseksi, jossa omavastuu oli. Terveyspalveluiden käyttö laski työntekijöiden keskuudessa, kun heidän piti maksaa itse osuus palveluiden käytöstä. (Brot-Golber, Chandra, Handel & Kolstad 2017) Omavastuun olemassaololla on selkeästi vaikutus vakuutuksenottajapuolen käyttäytymiseen.

Bonusjärjestelmät ovat Suomessa ja maailmalla perinteisesti ajoneuvovakuutuksiin liitetty ominaisuus, jolla pyritään luomaan kannustin vahinkojen estämiseen. Käytännössä ajoneuvovakuutuksen perusvakuutusmaksu perustuu useiden muiden vakuutusten tapaan vahinkojen vuosittaiseen frekvenssiin, josta on kerätty tilastollista dataa pitkällä aikavälillä. Vahinkofrekvenssiin on todettu ajoneuvovakuutuksien osalta vaikuttavan esimerkiksi ajoneuvon ominaisuudet, kuten ajoneuvon merkki ja ikä sekä kuljettajan ominaisuudet, kuten ikä, ajohistoria ja sukupuoli. (Kafková 2015, 216–217) Näiden lisäksi ajoneuvovakuutuksen hintaan on sidottu bonusjärjestelmä, joka on vakuutusyhtiön rakentama, vakuutusta tehtäessä sovittava luokittelu, johon jokainen vakuutuksenottaja asettuu. Vuosittain vakuutuksenottaja liikkuu luokittelussa riippuen hänelle sattuneista vahingoista. Vahingottomat vuodet nostavat bonusta eli vakuutusmaksu laskee ja vahingon sattuesssa bonus laskee, eli hinta nousee.

Bonusjärjestelmällä voidaan vaikuttaa sekä haitalliseen valikoitumiseen, että moraalikatoon. Moraalikadon osalta bonusjärjestelmä luo taloudellisen kannustimen välttää vahingot: kun vahinkoja ei satu, asiakas maksaa vakuutuksesta vähemmän. Samalla bonusjärjestelmä ikään kuin korjaa haitallisen valikoitumisen aiheuttaman seuraukset jälkikäteen, kun bonus mittaa ja korjaa vakuutusmaksua sattuneiden vahinkojen mukaan, jolloin riski ja maksu kohtaavat. Bonusjärjestelmä toisaalta toimii vain sellaisissa vakuutuksissa, joissa aiempi vahinkohistoria on indikaattori asiakkaan todellisesta riskistä. (Holtan 2001, 185) Lisäksi voidaan pohtia sitä, miten tehokkaasti haitallisen valikoitumisen ongelmaa voidaan korjata jälkikäteen, sillä bonus laskee tai nousee vasta vakuutuskauden, eli yleensä vuoden kuluttua.

Vakuutusyhtiöt voivat myös keksiä uusia, omia tapojaan taloudellisiksi kannustimiksi asiakkaidensa käyttäytymisen muuttamiseksi. Esimerkiksi Suomessakin toimivalla

vakuutusyhtiö If:llä on niin kutsuttu omavastuuraha, joka bonusjärjestelmän tavoin palkitsee vahingottomista vuosista. Omavastuurahassa on kyse siitä, että vahingottomina vuosina asiakas kerryttää niin sanottua omavastuurahaa, jota voi myöhemmin vahingon sattuessa käyttää omavastuuosuuden korvaamiseen. Vahingottomat vuodet siis mahdollistavat sen, että myöhemmin sattuvasta vahingosta vakuutuksenottajan ei tarvitse kantaa omavastuuta tai se voi olla pienempi. (if.fi)

Ongelmiensa lisäksi bonusjärjestelmämallin tai muulla tavoin vahingottomista vuosista palkitsemisen mallin soveltaminen terveyteen liittyvissä vakuutuksissa on kyseenalaista, sillä se kohtaa useita eettisiä kysymyksiä. Onko eettisesti oikein, että vakuutetut, jotka kohtaavat elämässään useita terveyden haasteita sekä sairastavat usein ja siksi joutuvat useammin turvautumaan terveystakuutukseen, joutuvat myös maksamaan muita suurempia summia vakuutuksistaan? Sairauden aiheuttamat kulut eivät ole yleensä ainoa sairastumisen mukana tuleva haittatekijä, vaan sairauden mukana voi tulla elämänlaadun laskua tai esimerkiksi työkyvyttömyyttä ja ansionmenetyksiä. Terveystakuutusten osalta kannustimien tulisi eettisestä näkökulmasta katsottuna perustua terveyden ylläpitämiseen ja sairastumisen ennaltaehkäisyyn.

4.3 Sivovelvoitteet

Vakuutusosoikeudessa sivovelvoitteilla tarkoitetaan vakuutuksenottajapuolelle asetettuja velvollisuuksia vakuutusmaksun maksamisen lisäksi. Sivovelvoitteet perustuvat lakiin ja niistä on säädetty vakuutussopimuslaissa. Sivovelvoitteet ovat toimimis- tai toimimattajättämisvelvollisuuksia, jotka liittyvät vakuutuksenottajan velvollisuuksiin antaa vakuutusyhtiölle tietoa vakuutussopimushetkellä tai sopimuksen voimassaoloaikana sekä vahingonvaaraan vaikuttavaan toimintaan. Vaikka sivovelvoitteilla on useita eri tarkoituksia, yksi merkittävä sivovelvoitteiden perustelu liittyy epäsymmetrisen informaation torjuntaan ja siitä aiheutuvien ongelmien lieventämiseen. (Norio-Timonen 2003, 19–28) Seuraavaksi käydään sivovelvoitteet läpi ja tarkastellaan niitä erityisesti epäsymmetrisen informaation näkökulmasta.

Yksi sivovelvoitteista koskee tiedon antamisen velvollisuutta. Kuten edellä esitettiin, vakuutusyhtiö voi kerätä ja hyödyntää tietoa asiakkaistaan epäsymmetrisen informaation ongelmien torjumiseen ja seurausten lieventämiseen. Sivovelvoitteena, joka perustuu lakiin,

velvollisuudella on suurempi merkitys. Laki vahvistaa vakuutuksenantajan oikeutta saada tietoa vakuutuksenottajiltaan sekä pyrkii turvaamaan sen, että tiedon tulee olla totuudenmukaista. Vakuutuslainsäätelyn mukaan vakuutuksenottajan tulee antaa itsestään oikeat tiedot vakuutuslainsäätelyä haettaessa, mutta myös pitää tiedot ajan tasalla ja informoida vakuutuksenantajaa, mikäli esimerkiksi vahingonvaara on kasvanut eli riskiin vaikuttavat tekijät muuttuvat sopimuksen voimassaoloaikana. (Vakuutuslainsäätely; Norio-Timonen 2003, 19) Tietoa voidaan hyödyntää erityisesti haitallisen valikoitumisen lieventämiseksi edellä luvussa 4.1 esitellyillä tavoilla. Lisäksi tiedon ajan tasalla pitämiseen liittyvällä sivuvelvoitteella voidaan varmistaa, että vakuutusmaksua ja -ehtoja voidaan päivittää, jos riskiin vaikuttaviin tekijöihin tulee muutoksia.

Tiedonantovelvollisuuden rinnalla toinen sivuvelvoitteiden kokonaisuus liittyy vahingonvaaraan vaikuttavaan toimintaan ja vakuutustapahtuman aiheutumiseen. Tähän kuuluvat suojeleohjeet, pelastamisvelvollisuus sekä velvollisuus olla aiheuttamatta vakuutustapahtumaa. Vakuutustapahtuman aiheuttamiseen liittyvällä lainsäädännöllä ja vakuutuslainsäätelyä pyritään estämään niitä tilanteita, joissa vakuutus otetaan vain vakuutustapahtumasta saatavan vakuutuskorvauksen lunastamiseksi, mutta myös niitä, joissa ajatus tahallisesta teosta syntyy myöhemmin vakuutuslainsäätelyn ottamisen jälkeen. Vakuutustapahtuman aiheuttamisen sivuvelvoitteet eivät koske vain suorasanaisesti tahallaan ja vilpillisesti aiheutettuja vahinkoja, vaan vakuutustapahtuma voidaan aiheuttaa myös eri asteisella huolimattomuudella, mihin sivuvelvoitteella pyritään myös vaikuttamaan. (Norio-Timonen 2003, 254–255)

Velvollisuus olla aiheuttamatta vakuutustapahtumaa torjuu moraalikatoa, ainakin jos vakuutuksenottajapuolen voidaan todistaa laiminlyöneen velvollisuutensa. Tahallaan aiheutetut vahingot saavuttaakseen vakuutuslainsäätelyn hyödyt eli vakuutuksen väärinkäytöt eliminoituvat tämän velvollisuuden myötä. Lisäksi tarkasteluun voi tulla vakuutuksenottajapuolen huolimattoman käyttäytymisen aste, millä voi olla vaikutus vakuutuksesta maksettavaan korvaukseen. Sivuvelvoitteena tämä aiheuttaa siis vaatimuksia riittävän huolelliselle käyttäytymiselle. Lisäksi vahinkovakuutuksessa vakuutuksenottajapuolen alkoholin tai huumausaineen vaikutuksen alaisena oleminen voi vaikuttaa korvaukseen. (Vakuutuslainsäätely; Hoppu & Hemmo 2006, 182)

Suojeleohjeet ovat vakuutuksenottajan puolelle asetettuja ohjeita, joita tämän on määrä noudattaa vakuutuslainsäätelyn voimassaoloaikana. Lain mukaan vakuutuslainsäätelyllä on

mahdollista velvoittaa vakuutuksenottajapuolta, vakuutuksen kohteesta huolehtivaa tai käyttävää toimimaan tiettyjen menetelmien ja järjestelyjen mukaisesti tai että hänellä tulee olla tietty kelpoisuus tai tietynlaiset laitteet käytössään (Vakuutuslakia 31 §). Suojeluohjeet vaihtelevat määrältään ja laadultaan eri vakuutuksien ja riskien mukaisesti. Ne voivat velvoittaa esimerkiksi säilyttämään arvokasta omaisuutta tietyllä tavalla, kuten lukitussa kaapissa tai pakkaamaan nestemuotoiset matkatavarat niin, ettei niiden vuotaminen aiheuta muulle omaisuudelle haittaa³. Laitteiden osalta suojeluohjeet voivat koskea esimerkiksi tietyntyyppisen lukitus- tai lämmityslaitteen käyttöä. Kelpoisuudella voidaan tarkoittaa esimerkiksi ajokorttia tai tiettyä koulutusta. (Norio-Timonen 2003, 311, 315; Hoppu & Hemmo 2006, 164)

Suojeluohjeilla vakuutuksenantaja voi rajata riskiä ja ohjalla vakuutuksenottajapuolen käyttäytymistä vahinkojen ehkäisemiseksi (Norio-Timonen 2003, 311). Suojeluohjeilla vakuutuksenantaja voi asettaa vakuutuksenottajapuolen käyttäytymiselle tiettyjä velvollisuuksia, jotka pienentävät vahingon sattumisen riskiä. Käytännössä suojeluohjeilla vakuutuksenantaja siis vaatii vakuutuksenottajapuolta käyttäytymään huolellisesti eli eliminoi ex-ante moraalikatoa. Moraalikadon torjumisen ongelman ydin on kuitenkin siinä, ettei vakuutuksenantajalle ole edullista tai välttämättä edes mahdollista seurata vakuutuksenottajapuolen käyttäytymistä. Ilman seurannan mahdollisuutta voi olla haastavaa selvittää, onko suojeluohjeita noudatettu vai ei.

Pelastamisvelvollisuus liittyy vahinkovakuutuksessa vakuutuksenottajapuolen käyttäytymisen velvoitteisiin silloin, kun vahinko on sattunut tai se välittömästi uhkaa. Pelastamisvelvollisuus velvoittaa vakuutuksenottajapuolta silloin mahdollisuuksien mukaan estämään ja rajoittamaan vahingon suuruutta. Pelastamisvelvollisuus liittyy poikkeuksellisiin toimiin vahingon rajoittamisen tai torjumisen kannalta, eikä tavanomaiseen huolellisuuteen ja huolenpitoon. Pelastamisvelvollisuus koskee siis esimerkiksi omaisuuden suojaamista vesivahingon sattuessa tai palokunnan hälyttämistä tulipalon syttyessä. Lisäksi vakuutuksenantaja voi antaa vakuutuksenottajapuolelle vahingon sattuessa ohjeita, joita tämän tulee noudattaa. (Vakuutuslakia; Norio-Timonen 2003, 364) Vakuutuslakiaissa ei ole säädetty pelastamisvelvollisuudesta henkilövakuutuksessa, eikä sellaista vakuutuksenantaja voi vakuutusehdoissa asettaa. Pelastamisvelvollisuuden puuttuminen henkilövakuutuksessa ei kuitenkaan tarkoita, etteikö vakuutetun pitäisi hankkiutua tarpeelliseen lääkärihoitoon tai muihin toimiin sairautensa tai vammansa parantamiseksi. Tämä velvollisuus sisältyy yleisten

³ Esimerkit ovat peräisin suomalaisten vakuutusyhtiöiden vakuutusehdoista.

korvausoikeudellisiin periaatteisiin ja niiden laiminlyönnin perusteella korvausta voidaan kuitenkin alentaa tai evätä, mutta päätökseen tarvitaan aina tapauskohtaista arviointia myötävaikutuksen osallisuudesta vahinkoon. (Hoppu & Hemmo 2006, 200)

Kuten suojeleuhjeilla, pelastamisvelvollisuudella vakuutusenantajalla on mahdollisuus velvoittaa vakuutusnottajapuolta vahingon määrän rajoittamiseen. Ongelmana on suojeleuhjeiden kaltaisesti tämän velvollisuuden noudattamisen havainnointi. Lisäksi on haasteellista arvioida, missä määrin vakuutusnottajapuoli on voinut rajoittaa vahingon määrää vaarantamatta esimerkiksi omaa terveyttään tai henkeään tai ottaen huomioon vakuutusnottajapuolen mahdollisuudet rajoittaa vahinkoa.

Kuten millä tahansa asetetulla lailla, tulee myös sivuvelvoitteita koskevilla laeilla olla keinonsa puuttua niiden noudattamatta jättämiseen, jotta niillä todella on lain kohteena oleviin henkilöihin ja heidän käyttäytymiseensä vaikutus. Kuten edellä on esitetty, vakuutusenantajan voi olla mahdotonta tai ainakin hyvin työlästä pyrkiä todentamaan ja ylläpitämään ajantasaisena kaikkea vakuutusnottajiensa antamaa tietoa tai seurata vakuutettujen henkilöiden käyttäytymistä. Luvussa 4.1 esitettiin, että vakuutusyhtiön voi olla järkevää syventyä tutkimaan esimerkiksi vain niitä asiakkaita, jotka ilmoittavat vahingosta ja hakevat korvauksia. Käytännössä vakuutusyhtiö voi siis lähteä tutkimaan syvemmin esimerkiksi niitä tapauksia, joissa se epäilee sivuvelvoitteiden noudattamisen laiminlyöntiä. Seuraavaksi käydään läpi, millaisia seurauksia sivuvelvoitteiden laiminlyönnillä voi olla.

Sivuvelvoitteiden vahvistamiseksi vakuutus sopimuslaissa on säädetty niiden laiminlyönnin seurauksista. Tiedonannon sivuvelvoitteiden laiminlyönti voi vapauttaa vakuutusenantajan sopimuksen mukaisesta vastuusta kokonaan tai osittain. Jos vakuutusnottajapuoli on antanut vilpillisesti, tahallisesti tai vähäistä suuremmasta huolimattomuudesta vääriä tietoja vakuutus sopimusta solmittaessa, sopimus voi raueta tai vakuutusenantaja voi alentaa tai evätä vakuutuksesta maksettavaa korvausta. Lisäksi henkilövakuutuksessa, jonka kohteena on luonnollinen henkilö, noudatetaan niin kutsuttua prorataperiaatetta. Tämä tarkoittaa, että vakuutusenantajan vastuun laajuutta arvioidaan siitä tilanteesta katsoen, jossa vakuutusyhtiö olisi saanut oikeat tiedot. Jos vakuutusyhtiö olisi oikeista tiedoista huolimatta myöntänyt henkilövakuutuksen erilaisilla ehdoilla, on vakuutusyhtiön vastuuta alennettava sille tasolle, että se vastaa maksettua vakuutusmaksua. Sopimus ei sido vakuutusenantajaa, mikäli se ei olisi oikeilla tiedoilla myöntänyt vakuutusta lainkaan. (Vakuutus sopimuslaki; Hoppu & Hemmo 2006, 77–78)

Vakuutustapahtuman aiheutumiseen liittyvien sivuvelvoitteiden laiminlyönti voi johtaa korvauksen alentamiseen tai epäämiseen kokonaan. Mikäli vahinko on aiheutettu tahallaan tai huolimattomuudella, jota ei voida katsoa vähäiseksi, voi vakuutuksenantaja vapautua korvausvastuustaan tai alentaa korvausta siinä määrin, kuin huolimattomuus on ollut syy-yhteydessä vakuutustapahtumaan. Lisäksi samat seuraamukset voivat tulla kyseeseen, mikäli vakuutuksenottajapuoli on laiminlyönyt suojeleohjeiden noudattamisen tai pelastamisvelvollisuuden. Näyttötaakka laiminlyönneistä on vakuutuksenantajalla, joten tämä voi tulla hankalaksi ja kalliiksi todistaa. (Vakuutuslakia; Hoppu & Hemmo 2006, 167–168)

Vakuutustapahtuman aiheutumiseen liittyvien sivuvelvoitteiden yhteys epäsymmetriseen informaatioon on melko selkeä löytää. Vakuutuksenottajapuoli ei saa aiheuttaa vahinkoa tahallaan ja hänellä on velvollisuus toimia riittävällä huolellisuudella, noudattaa riskin torjumiseen asetettuja ohjeita sekä pyrkiä aina minimoimaan riskin suuruutta ja vaikutusalueita. Näiden sivuvelvoitteiden yhteys moraalikattoon on suoraviivainen, sillä velvoitteet vaativat huolelliseen käyttäytymiseen ja riskin pienentämiseen, minkä moraalikato ilman sivuvelvoitteita vaarantaisi. Välillisesti vakuutustapahtuman aiheutumiseen liittyvät sivuvelvoitteet vaikuttavat myös haitalliseen valikoitumiseen. Käytännössä vakuutus voisi korvata myös tahallisesti aiheutetut vahingot, mutta vakuutuksen hinnoittelu olisi ainakin alkuun haasteellista, sillä sen pitäisi riittää kattamaan myös tahalliset vahingot. Paineet hinnan nostolle olisivat suuret, mutta vakuutusmaksun noususta seuraa muutos haitallisessa valikoitumisessa, kun pieniriskisille asiakkaille vakuutus tulee liian kalliiksi. (Norio-Timonen 2003, 254) Tavallaan tahallisten, moraalikadosta kumpuavien vakuutustapahtumien sattumisen torjuminen on tärkeää molempien epäsymmetrisen informaation ongelmien seurauksille.

Vakuutustapahtumana aiheutumiseen liittyvien sivuvelvoitteiden soveltaminen terveyden vakuutuksiin on monimutkaisempaa kuin omaisuuden tai varallisuuden varalle otettujen vakuutusten. Vakuutuksen kohteena on terveys ja riski on sairastuminen, joten esimerkiksi vakuutustapahtuman aiheuttaminen tahallaan on ainakin miltei mahdotonta. Jokainen toki voi elämäntapavalinnoillaan vaikuttaa sairastumisen riskiin, mutta kukaan ei voi päättää sairastua.

Suojeleohjeita asetetaan lähinnä omaisuuden ja varallisuuden vakuutuksille torjumaan niille sattuvia vahinkoja. Suojeleohjeita ei perinteisesti löydy henkilövakuutuksista ja herääkin kysymys siitä, millaisia ne voisivat olla. Koska suojeleohjeet ovat riskin suuruuteen ja todennäköisyyteen vaikuttavien tekijöihin vaikuttamista, terveysvakuutuksissa suojeleohjeet

voisivat koskea lähinnä sairastumisen riskin pienentämisen käyttäytymisohjeita, kuten vaikkapa terveellisten elämäntapojen noudattamista tai liikunnan harrastamista. Ei kuitenkaan käy järkeen, että vakuutusyhtiö ensinnäkään voisi pakottaa vakuutuksenottajapuolta elämään haluamallaan tavalla ja toisekseen pystyisi valvomaan, miten sitä tosiasiassa noudatettaisiin.

Kuten pelastamisvelvollisuudesta kävi ilmi, siitä ei ole säädetty henkilövakuutuksien osalta vakuutussopimuslaissa. Se ei kuitenkaan poista vakuutetun velvollisuutta hankkiutua välttämättömään hoitoon ja huolehtimaan sairastumisestaan sen pahentamiseksi. Täytyy kuitenkin ottaa huomioon se, että terveysvakuutukseen kohdistuva riski on sairastuminen, jonka pahenemisesta seuraa usein erilaisia muita haittoja kuin itse alkuperäinen sarirauus. On varmasti yleinen intressi siis hoitaa sairastuminen nopeasti pois. Toisaalta esiintyy varmasti myös sellaisia henkilöitä, jotka eivät halua hakeutua terveydenhuoltoon heti huomattuaan oireilevansa jostakin mahdollisesta sairaudesta.

4.4 Vakuutusteknologian kehitys vastauksena informaatio-ongelmiin

Jatkuvasti kasvavassa roolissa olevat digitalisaatio, teknologian kehitys ja uudenlainen datan saatavuus ja käyttömahdollisuudet muuttavat muiden alojen ohella myös vakuutustoimintaa. Teknologia mahdollistaa uusia tapoja kommunikoida, toteuttaa liiketoimintaa sekä jakaa, hallita ja käyttää tietoa. Teknologian kehittymisellä on potentiaalia kehittää koko vakuutustoiminnan arvoketjua, mutta tässä luvussa keskitytään erityisesti informaation keräämisen ja käyttämisen mahdollisuuksiin siitä näkökulmasta, miten vakuutusteknologia voi olla avuksi epäsymmetrisen informaation torjumisessa.

Teknologinen muutos vakuutuslalla on muuttanut ja tulee muuttamaan sitä, miten tietoa saadaan ja kerätään sekä sitä, miten tätä tietoa hyödynnetään. Sen avulla vakuuttajat voivat myös pienentää informaation epäsymmetriaa yhä tehokkaammin. Big Data on mahdollistanut pääsyn suureen määrään informaatiota, jota kerätään esimerkiksi erilaisista telematiikkalaitteista, sosiaalisista verkostoista tai useista internetin väylistä. Esineiden internet (Internet of Things, IoT) mahdollistaa sensoreiden keräämän tiedon lähettämistä ja vastaanottamista fyysisestä olinpaikasta tai muista tavanomaisista esteistä huolimatta. (Eling & Lehmann 2018, 367) Informaatioteknologian kehittymisen myötä tietoa kerätään nopeammin ja tehokkaammin ja sen säilyttäminen ja käyttäminen on helpompaa ja kustannustehokkaampaa kuin koskaan aiemmin. Tätä vakuuttajat voivat hyödyntää myös epäsymmetrisen informaation

torjumisessa. Sen lisäksi, että ne voivat käyttää tietoa tehokkaammin perinteisillä, aikaisemmissa luvuissa kerrotuilla tavoilla, teknologia tuo mahdollisuuksia myös aivan uudenlaiseen datan käyttöön epäsymmetrisen informaation ongelmia vastaan.

Yhdessä uuden teknologian tuomien analysointikeinojen kanssa Big Data auttaa vakuutusyhtiötä tunnistamaan ja arvioimaan uusia vahinkojen sattumiseen ja riskiin liittyviä tekijöitä. Uudet teknologiat antavat vakuutusyhtiölle mahdollisuuden kerätä suuremman määrän dataa hyödynnettäväksi sekä keinoja etsiä syyseuraussuhteita tai riskiin yhdistettäviä tekijöitä. Dataa ja analytiikkakeinoja voidaan hyödyntää tarkempaan ja yksilöllisempään riskiarviointiin ja -luokitteluun sekä siten vakuutusmaksun asettamiseen. Uusien analytiikkakeinojen avulla vakuuttajat voivat tunnistaa paremmin ne tekijät, jotka heijastuvat suurempana riskinä ja muuttaa riskiluokittelua entistä yksityiskohtaisemmaksi sekä realistisemmaksi. Tällä tavalla vakuuttajat voivat vähintään vähentää tiedon epäsymmetrisuutta tai eliminoida ison osan epäsymmetrisen informaation seurauksista. Kun vakuutusmaksu voidaan asettaa riskiin nähden tarkemmin ja kannattavalle tasolle, vähentää se vakuuttajan riskiä joutua kannattavuusongelmiin epäsymmetrisen informaation vuoksi. (Swiss Re 2017, 2; Eling & Lehmann 2018, 367)

Kuten edellä ilmeni, ex-ante moraalikadon torjumisen suurin ongelma liittyy siihen, ettei vakuutuksenantaja voi havainnoida vakuutuksenottajapuolen käyttäytymistä tai se olisi vähintään hyvin kallista, mutta samalla tämä käyttäytyminen vaikuttaa myös vakuutuksenantajan kuluihin. Teknologia voi kuitenkin mahdollistaa vakuutettujen käyttäytymisen seuraamisen erilaisten laitteiden ja sensoreiden kautta. Ympäri maailmaa markkinoille on tullut niin kutsuttuja älyvakuutuksia, jotka pohjautuvat vakuutuksenottajapuolen enemmän tai vähemmän reaaliaikaiseen seurantaan ja datan keruuseen. Keräämällä informaatiota vakuutuksenottajapuolen käyttäytymisestä voidaan tunnistaa ex-ante moraalikato, kuten vaikka heikommat elämäntapavalinnat tai muu terveyden laiminlyönti. Kerättyään tiedon vakuuttaja voi hyödyntää tätä yksilöllisempään vakuutusmaksun asettamiseen. (Swiss Re 2017, 2) Esimerkiksi vakuuttaja voi kerätä tietoa vakuutuksenottajapuolen elämäntapavalinnoista, ja hyvistä valinnoista voidaan palkita esimerkiksi vakuutusmaksun alennuksella tai muilla eduilla.

Älyvakuutukset voivat auttaa sekä moraalikadon torjumisessa että haitallisen valikoitumisen seurausten eliminoinnissa. Kun vakuutettu voi käyttäytymisellään vaikuttaa vakuutusmaksuun, luo se hänelle taloudellisen kannustimen toimia huolellisesti ja välttää riskiä lisäävää

käyttäytymistä. Se toimii ikään kuin edellä esitetty bonusjärjestelmä, mutta on suoraviivaisemmin liitetty vakuutetun käyttäytymiseen ja voi reagoida siihen jopa reaaliajassa. Toisaalta mahdollisuus käyttäytymiseen pohjautuvaan ja yksilöidympään vakuutusmaksuun vähentää myös haitallisesta valikoitumisesta aiheutuvia kannattavuusongelmia. Jos jokaisen vakuutetun vakuutusmaksu perustuu tämän todelliseen käyttäytymiseen ja riskitasoon, kukaan ei maksa vakuutuksestaan liian paljon eikä liian vähän. Vakuutus on kannattava kaikille osapuolille eikä haitallista valikoitumista teoriassa pitäisi syntyä.

Esimerkiksi Etelä-Afrikkalainen vakuutusyhtiö Discovery Limited toteuttaa älyvakuutustuotteita Discovery Vitality -ohjelmansa avulla. Käytännössä ohjelma kannustaa vakuutettuja terveellisiin elämäntapoihin erilaisten etujen ja alennusten kautta. Ohjelmassa vakuutetut voivat kerätä pisteitä esimerkiksi syömällä terveellisesti, liikkumalla tai terveystittarien avulla ja jakamalla tätä tietoa vakuutusyhtiön kanssa. Lisäksi Discovery Vitality -ohjelma on laajennettu autovakuutukseen, jossa kuljettajan ajotapaa seurataan ja hyvistä suorituksista vakuutettua palkitaan pistein. (discovery.co.za 2019) Suomessa esimerkiksi LähiTapiola on tuonut markkinoille älyhenkivakuutuksen, jossa käyttäjä voi seurata terveyttään puhelimeen ladattavalla sovelluksella, josta myös vakuutusyhtiö kerää tietoa asiakkaidensa aktiivisuudesta (lahitapiola.fi 2019b).

Vakuutusten väärinkäyttö on yksi merkittävä moraalikadon ilmenemismuoto, jonka torjumiseen teknologia tuo myös ratkaisuja. Tekoälyn ja analytiikkakeinojen avulla voidaan kehittää tehokkaampaa vahinkoilmoitusten käsittelyä ja tunnistaa yhä helpommin vilpillisesti tehdyt korvaushakemukset. Algoritmeilla voidaan opettaa järjestelmä tunnistamaan sellaiset vahinkoilmoitukset, joihin liittyy epäillyn huijaamisen kohonnut mahdollisuus. Teknologia mahdollistaa sen, että vilpillisyyteen liittyvät tekijät tunnistetaan jopa automaattisesti ja järjestelmä nostaa kyseisen korvaushakemuksen esille tarkempaan tarkasteluun. (Swiss Re 2017, 3; Eling & Lehmann 2018, 364) Väärinkäyttöjen tunnistamisessa käytetään erilaista ennustavaa analytiikkaa, kuten ennustusmallintamista (predictive modeling), sidosanalytiikkaa (link analytics) ja tekstin louhintaa (text mining). Vakuutusyhtiöt ovat viime vuosina raportoineet yhä kasvavasta väärinkäyttöjen määrästä ja ovat valmiimpia uhraamaan resurssejaan parempaan vilpillisiä korvaushakemuksia tunnistavaan ja estävään teknologiaan. (sas.com 2019)

Toisaalta teknologian mahdollisuudet epäsymmetrisen informaation torjumisessa eivät ole yksinkertaisia. Vaikka teknologia tuo uusia tehokkaita keinoja kerätä ja hyödyntää dataa, ei ole

yksiselitteistä, miten lainsäädäntö tai vakuutuksenottajapuoli ottavat teknologiset ratkaisut vastaan. Vakuutuksenottajapuoli voi nähdä jakamansa tiedon riskinä, jossa tieto leviää kolmansille osapuolille tai sitä käytetään väärin. Lisäksi lainsäädäntö on jo nyt vastannut valtavan informaation saatavuuden haasteisiin erilaisilla tietosuojaja- ja tietoturvavelvoitteilla ja voi ainakin vaikeuttaa teknologian käyttämistä epäsymmetrisen informaation torjumisessa. Nämä haasteet voivat olla esteenä sille, että vakuutusyhtiö ei voi käyttää informaatiota tai voivat aiheuttaa jopa sen, että sen epäsymmetrisyys kasvaa. (Eling & Lehmann 2018, 373)

Lisäksi erityisesti terveyteen liittyvien vakuutusten osalta teknologisten ratkaisujen käyttö sopimusten muotoiluun ja vakuutusmaksun arviointiin on siinä mielessä haastavaa, että tilanne nähdään epärealistisena niille, joiden terveys on heikko esimerkiksi geneettisistä syistä. Heitä ikään kuin ”rangaistaan kahdesti”, sillä he todennäköisemmin sairastuvat ja maksavat myös suurempaa vakuutusmaksua. Samalla osa vakuutuksen hakijoista voisi kieltäytyä terveystarkastuksista, koska pelkäävät sen vaikuttavan vakuutusmaksuun epäedullisesti tai koska eivät halua murehtia tulevaisuuden terveydestään. (Eling & Lehmann 2018, 374)

5 EPÄSYMMETRINEN INFORMAATIO SUOMALAISESSA TERVEYSVAKUUTUSJÄRJESTELMÄSSÄ

5.1 Aineiston kuvaus

Aineisto kerättiin haastattelemalla asiantuntijoita, joiden työ ja asiantuntemus koskettaa epäsymmetrisen informaation ongelmia. Haastateltavien valinta oli siinä mielessä haastavaa, että epäsymmetrisen informaatio näkyy niin erilaisilla tavoilla ja tasoilla, eikä sille ole yleensä varsinaista omaa asiantuntijuutta. Apuna valinnassa käytettiin tutkielman ohjaajan ja haastateltavien organisaatioiden näkemyksiä haastatteluun sopivista henkilöistä. Haastatteluita toteutettiin yhteensä kolme, joista yksi edusti sosiaalivakuutuksen ja kaksi yksityisten vakuutuksien näkökulmaa. Yksityisiä vakuutuksia edustamaan saatiin haastateltavat Pohjola Vakuutus Oy:stä (jäljempänä Pohjola) sekä Keskinäisestä Vakuutusyhtiö Turvasta (jäljempänä Turva) ja sosiaalivakuutusta asiantuntija Sosiaali- ja terveysministeriöstä (jäljempänä STM).

Taulukkoon 2 on koottu tiedot haastateltavista sekä haastattelun tarkemmasta toteutusajankohdasta.

Taulukko 2 Toteutetut asiantuntijahaastattelut

Organisaatio	Haastateltava(t)	Toteutusajankohta
Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö	Milja Tiainen, asiantuntija (vakuutusosasto)	25.10.2019
Pohjola Vakuutus Oy	Antti Vaissalo, vakuutuspäällikkö	11.11.2019
Keskinäinen Vakuutusyhtiö Turva	Juha Aho, palvelujohtaja & Tiina Lehto, vakuutusasiantuntija	12.12.2019

Haastattelut toteutettiin lokakuun ja joulukuun 2019 välisenä aikana haastateltavien järjestämissä tiloissa, jotta tilanteessa varmistettaisiin mahdollisimman häiriötön keskustelumahdollisuus. Haastatteluiden keskimääräinen kesto oli noin 67 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin haastattelutilaisuuden jälkeen sekä litteroinnit tarkistettiin haastateltavien toiveesta heillä itsellään.

Haastattelukysymykset jakautuivat kahteen teemaan, joista ensimmäinen liittyi epäsymmetrisen informaation ilmenemiseen ja seurauksiin, ja toinen sen torjuntakeinoihin asetettujen tutkimusongelmien mukaisesti. Molemmissa teemoissa pyrittiin huomioimaan nykyhetki ja toisaalta myös pohtimaan tulevaisuuden näkymiä. Sosiaalivakuutuksen osalta haastattelun kysymykset liittyivät hieman enemmän moraalikatoon, sillä haitallista valikoitumista ei pakollisessa vakuutuksessa esiinny. Kysymyksiä myös muotoiltiin ja tarvittaessa syvennettiin kullekin vakuutuslajille tai organisaatiolle sopivaksi sekä ennen haastattelua että sen aikana esiin nousseiden seikkojen mukaisesti. Haastattelukysymykset löytyvät tämän tutkielman liitteistä.

Tutkielman haastatteluiden luotettavuuden haasteiksi nähtiin erityisesti haastateltavien määrä sekä tutkittavan aihealueen haastavuus. Jos haastatteluita olisi toteutettu enemmän, se olisi tuonut aineistoon ja analyysiin lisää uskottavuutta sekä luotettavuutta johtopäätöksien tekemiseen. Haastatteluja oli kuitenkin yllättävän vaikea saada eikä kaikkia toivottuja haastatteluja saatu järjestymään. Lopulta kuitenkin toteutuneet haastattelut edustavat melko hyvin sekä sosiaali- että yksityisvakuuttamisen erilaisia toimijoita, kuten erikokoisia vakuutusyhtiöitä. Aihealue oli myös useiden haastateltavien mielestä vaikea. Haastateltaville

pyrittiin haastattelun aluksi selittämään tutkittavaa ilmiötä, jotta kaikki ymmärtäisivät sen varmasti oikein ja samalla tavalla luotettavuuden parantamiseksi. Haastateltavia myös autettiin apukysymyksillä, mikäli he kokivat vastaamisen liian vaikeaksi. Tutkijalta tämä tietysti vaati asian syvää tuntemusta ja näkökulmien ymmärtämistä, mutta selkeästi auttoi haastateltavia vastauksissaan.

Seuraavaksi käydään läpi haastatteluaineistosta nousseita asioita teemoittain. Ensin luvussa 5.2 perehdytään siihen, millaisena epäsymmetrinen informaatio näkyy suomalaisessa terveystakuutusjärjestelmässä sekä siihen, millaisia vaikutuksia sillä on terveyden vakuuttajiin. Sen jälkeen luvussa 5.3 käydään läpi vakuuttajien nostamia epäsymmetrisen informaation torjuntakeinoja sekä niihin liittyviä haasteita ja mahdollisuuksia. Jokaisessa alaluvussa on pyritty selkeyttämään aineiston tuloksia täydentämällä luvussa 1 esitettyä teoreettista viitekehystä.

5.2 Epäsymmetrinen informaatio ilmiönä suomalaisessa terveystakuuttamisessa

Kirjallisuuskatsauksessa esiteltiin kansainvälisiä tutkimuksia siitä, miten epäsymmetrinen informaatio ilmenee terveystakuutuksissa. Terveystakuutusjärjestelmät kuitenkin eroavat valtioittain, joissakin perusturva pohjautuu sosiaalivakuutukseen, toisissa lähinnä yksityisiin vakuutuksiin. Seuraavaksi kiinnostuksen kohteena on suomalainen terveystakuutusjärjestelmä, jonka kokonaisuutta esiteltiin aikaisemmin luvussa 2. Ensin ilmiötä esitellään haitallisen valikoitumisen ja sitten moraalikadon näkökulmasta.

5.2.1 Haitallinen valikoituminen

Haitallista valikoitumista ei tapahdu pakollisissa vakuutuksissa, sillä jokainen vakuutuksen kriteerit täyttävä henkilö kuuluu automaattisesti vakuutuskollektiiviin ja riski tasataan koko ryhmän kesken. Siten sosiaalivakuutukseen, eli myöskään sairaus- ja sen sairaanhoitovakuutukseen ei kohdistu haitallista valikoitumista. Se on mahdollista vain vapaaehtoisissa eli yksityisissä, vakuutusyhtiöiden tarjoamissa vakuutuksissa, joissa asiakas itse tekee päätöksen vakuutuksen hankkimisesta. Silloin vakuutuksen voi päätyä ottamaan herkemmin sellaiset henkilöt, joilla riski on keskimääräistä korkeampi ja laukaista siten haitallista valikoitumista. Haastatteluiden perusteella vakuutusyhtiöt vaikuttavat olevan hyvin

tietoisia valikoitumisen ongelmasta, vaikka eivät välttämättä tutki tai pyri selvittämään sen laajuutta aktiivisesti.

Vaikka sosiaalivakuutukseen ei kohdistu haitallista valikoitumista, tietynlaista valikoitumista tapahtuu siinä, ketkä vakuutuksesta eniten hyötyvät ja sitä käyttävät. Sosiaalivakuutuksella on pyritty turvaamaan vakavista sairauksista ja pitkäaikaissairauksista kärsivien henkilöiden tilanne ja heille on kohdennettu lainsäädännöllisesti enemmän sairaanhoitovakuutuksen varoja. Tämä perustuu sosiaalivakuutuksen periaatteisiin, joita yritetään toteuttaa. Lisäksi on tutkittu, että henkilöt, jotka sairaanhoitovakuutuksen yksityisiä terveystalouksia korvaavista osista ovat eniten hyötäneet ovat parempituloisia, kaupungissa asuvia ja naisia. Tämä perustuu pitkälti yksityisen sairaanhoidon mataliin Kela-korvaustaksoihin, joiden vuoksi pienituloisilla ei välttämättä ole varaa yksityisiin terveystalouksiin sekä siihen, että terveystaloukset keskittyvät usein kaupunkeihin.

Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijan Milja Tiaisen (2019) mukaan on mahdollista, että mikäli sosiaalivakuutukseen kuulumisen ja sairausvakuutusmaksun maksaminen olisivat vapaaehtoisia, sosiaalivakuutuksessa esiintyisi haitallista valikoitumista. Esimerkiksi Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön (YTHS) kokeilussa testattiin palveluiden tarjoamista vapaaehtoisesti myös ammattikorkeakouluopiskelijoille vuosina 2011–2014. Kokeilua varten ammattikorkeakouluopiskelijoille annettiin mahdollisuus osallistua opiskelijoiden terveydenhuoltoon maksamalla terveydenhuoltomaksu, mutta osallistuminen ei ollut pakollista. Kokeilun perusteella löydettiin viitteitä haitallisesta valikoitumisesta, sillä vapaaehtoisen maksun suoritti vain ne opiskelijat, jotka myös käyttivät palvelua paljon. Tämä on myös yksi syy siihen, miksi maksusta tulee pakollinen, kun laki palveluiden laajentumisesta ammattikorkeakouluopiskelijoille astuu voimaan vuonna 2021. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2015)

YTHS:n laajentamiskokeilussa oli kyseessä melko pieni ryhmä, joka antoi viitteitä haitallisen valikoitumisen mahdollisuudesta, sillä se koski vain ammattikorkeakouluopiskelijoita. Lisäksi kokeilujakso oli verrattain lyhyt, jolloin on esimerkiksi mahdollista, että maksun suoritti sellaiset opiskelijat, joilla oli jo tiedossaan terveydellisiä ongelmia, joita halusivat hoidattaa osallistumalla vapaaehtoisesti terveydenhuoltopalveluun. Kuitenkin haastattelussa sosiaalivakuutuksen edustaja nosti esiin, että jos sairausvakuuttaminen olisi Suomessa vapaaehtoista, olisi hyvinkin mahdollista, että siihen osallistuisivat vain ne, jotka kokevat sitä

erityisesti tarvitsevansa. Sairausvakuutus on kuitenkin pakollinen monesta muustakin syystä, kuten turvaavuuden ja hyvinvointivaltion periaatteiden takia.

Haitallinen valikoituminen on siis mahdollista vain vapaaehtoisissa vakuutuksissa. Edellä esitetyn mukaisesti haitallinen valikoituminen näkyisi suurempiriskisten henkilöiden runsaampana ja laajempaan vakuutuksien hankkimisena, jolloin vakuutuksen ottaisivat henkilöt, jotka tietävät sairastavansa enemmän. Haastatteluaineiston pohjalta tämä ajatus ei kuitenkaan saa kovin suurta tukea. Haastateltavat jossain määrin kyllä uskovat, että asiakkaan oma riskikäsitys voi vaikuttaa vakuutus päätökseen, mutta tämä käsitys perustuu usein henkilökohtaisiin kokemuksiin, jolloin vasta lähinnä esimerkiksi jo tapahtuneet sairastumiset tai lähipiirissä sattuneet tilanteet herättävät ajattelemaan omaa terveyttä ja sen vakuuttamista. Aineiston perusteella omaa riskikäsitystä ei kuitenkaan pidetä tärkeimpänä syynä vakuutuksen ottamiseen, vaan vakuuttamis päätöksen taustalla on useita muita tekijöitä.

Haastatteluaineistossa nousi vahvasti esiin se, että terveysvakuutuksessa vakuutus päätöksen taustalla olevat tekijät perustuvat enemmän asiakkaan asenteisiin, elämäntapoihin tai kasvatukseen kuin ajatukseen omasta riskitasosta. Esimerkiksi henkilö, joka ei noudata terveellisiä elämäntapoja, ole tottunut harrastamaan liikuntaa tai syömään terveellisesti, ei välttämättä edes koskaan ajattele ottavansa vakuutusta. Kokemus on ollut haastateltavien mielestä jopa haitalliseen valikoitumiseen verrattuna päinvastaista niin, että terveydestään huolta pitävät henkilöt myös todennäköisemmin vakuuttavat terveytensä.

”Voi mennä jopa ihan toisin päin, että sellaiset, jotka muutenkin huolehtii asioista kovin hyvin, vaikka itsestään, sitten huolehtii myös vakuutusasioistaan paremmin.” (Aho 2019)

”Jos ihminen on tällainen, että ei oikein välitä ja sanotaan vaikka rellestää ja tekee kaikkea mahdollista, niin sellaisella se prioriteetti ei todennäköisesti oo siinä, että hän ottaa sen vakuutuksen.” (Vaissalo 2019)

Tämä voi antaa viitteitä siitä, että vakuutus päätökseen vaikuttaa enemmän esimerkiksi vakuutuksenottajapuolen riskinottohalukkuus ja -sietokyky, kuten esimerkiksi Schmitz (2011) kirjallisuuskatsauksessa esitetyn mukaisesti nosti esiin. Tällöin terveysvakuutuksen ottaisivat ne, jotka eivät siedä epävarmuutta ja haluavat siirtää riskin vakuutuksella, mutta myös käyttäytymisellään pyrkivät minimoimaan riskiään sairastua. Siten terveyden merkitys henkilölle sekä riskinottohalukkuus voivat korostua päätöksessä ottaa tai olla ottamatta vakuutus.

Myös tietämys tai tietämättömyys sekä tietynlaiset opitut asenteet korostuivat haastatteluissa vakuuttamispäätökseen merkittävämmiin vaikuttavina tekijöinä. Henkilövakuutukset ovat haastavia ymmärtää ja varsinkin, kun kokonaisuuteen lisätään sosiaalivakuutuksen osittain päällekkäiset korvattavuudet, kokonaisturvan hahmottaminen ja vakuutustarpeen kartoittaminen on ymmärrettävästi hankalaa. Toisaalta tietämykseen ja asenteisiin voivat vaikuttaa enemmän kasvatuksen tai kokemuksen kautta saatu ymmärrys, mutta myös asenteet vakuuttamista kohtaan. Vakuutuksia voidaan pitää turhina, kalliina tai vakuutusyhtiöt voidaan nähdä negatiivisessa, rahaa ryöstävässä valossa. Haastateltavien mukaan tällaiset ihmisten ajatukset vakuutuksista ja vakuutusyhtiöistä voivat vaikuttaa vakuuttamispäätökseen enemmän kuin käsitykset omasta riskistä.

Sen sijaan haastatteluaineistosta nousi esiin, että sellaista haitallista valikoitumista, jossa jo tiettyyn sairauteen sairastunut henkilö pyrkii ottamaan vakuutuksen, tapahtuu kyllä terveystakuutuksissa. Tällaisessa tapauksessa henkilö yrittää usein salata jo saamansa diagnoosin ja siten saamaan vakuutuksen kattamaan sairaudestaan aiheutuvia kuluja. Worthamin (1986) jaottelun mukaan tämä voidaan myös luokitella moraalikadoksi, vaikka haastateltavat mielsivät sen haitallisen valikoitumisen kategoriaan. Jo tiedossa olevan sairauden vakuuttaminen ei aja vakuuttamisen perusideaa siitä, että vakuutus pohjautuu riskin sattumanvaraisuuteen ja ennalta-arvaamattomuuteen, sillä tässä tapauksessa asiakas jo tietää oman riskinsä sairastua. Vakuutusyhtiöt ovat kuitenkin hyvin tietoisia tästä käyttäytymisestä ja yleisenä käytäntönä koko vakuutuslalla on, että olemassa olevat sairaudet suljetaan terveystakuutuksen korvattavuuden ulkopuolelle.

Lisäksi yksityisten vakuutuksenantajien haastateltavat olivat sitä mieltä, että vaikka henkilö ottaisi terveystakuutuksen niin sanotusti hyötyäkseen siitä ja ajattelisi käyttävänsä sitä paljon, se ei välttämättä vastaa lopulta lainkaan todellisuutta. Vaikka henkilö luulisi käyvänsä tiheään lääkärissä ja käyttävänsä vakuutusta useisiin hoitoihin, lopulta tilanne ei ole lainkaan niin. Tämä voinee johtua esimerkiksi siitä, etteivät ihmisten riskikäsitykset vastaakaan todellisuutta eli heidän on vaikea arvioida omaa todellista riskiään. Jos näin on, oletukset, joihin haitallisen valikoitumisen teoria pohjautuu, menevät pieleen. Vakuutuslalla epäsymmetrisen informaation ongelma perustuu olettamukseen, että vakuutuksenottajapuolella on enemmän tietoa itsestään ja riskistään, mutta kuten edellä kävi ilmi, oletusta on kritisoitu.

On varmasti kiistatonta väittää, että vakuutuksenottajapuoli hallitsee tietoa käyttäytymisestään enemmän kuin vakuutuksenantaja. Esimerkiksi elämäntapavalinnat ovat sellainen tekijä, joita

vakuutuksenantajan on vaikeaa tai mahdotonta seurata tai saada siitä tietoa. Toisaalta terveyden riskit ovat hyvin sattumanvaraisia ja yllättäviä, ja esimerkiksi elämäntapavalintojen merkitys riskin todennäköisyyteen on vain yksi osa-alue. Siinä mielessä vakuutuksenottajapuolen voi olla vaikeaa tai jopa mahdotonta tietää tulevaisuuden terveystarviansa huolimatta siitä, millaisia elämäntapavalintoja hän tekee. Vaikka esimerkiksi tupakointi on vahvasti yhteydessä keuhkosityöpään, voi olla, ettei tupakoiva koskaan sairastu tai että tupakoimaton henkilö sairastuu siihen. Siten vakuutuksenottajapuolen käyttäytyminen ja elämäntapavalinnat eivät välttämättä suoraan kerro vahingon todennäköisyydestä eikä haitallisen valikoitumisen ymmärtäminen terveysvakuutuksissa ole niin yksiselitteistä.

Toisaalta haastattelussa ilmeni, että yksityisen terveysvakuutuksen ottamiseen Suomessa vaikuttaa myös se, millaisena pakollinen sosiaalivakuutus ja julkinen terveydenhuolto nähdään kansalaisten silmissä. Jos julkinen järjestelmä nähdään hitaana, palvelun laatu heikkona tai korvaukset niin huonona, kasvattaa tämä ihmisten halua ottaa yksityinen vakuutus. Esimerkiksi yksityisen terveysvakuutuksen ottamisen taustalla on ollut usein halu päästä nopeammin hoitoon (finanssiala.fi 2019a). Toisaalta sosiaalivakuutuksen olemassaolo voi luoda myös haasteita asiakkaille arvioida omaa terveysvakuutustarvettaan, kun vakuutuksien kokonaisuus voi tuntua sekavalta tai aiheuttaa ajattelua, että yhteiskunnan tehtävänä on hoitaa sairastumistapauksissa.

Vaikka haitallisen valikoitumisen ilmiö tunnustetaan vakuutusyhtiöissä, varsinaisena ongelmana haastatteluiden perusteella sitä ei kuitenkaan nähty terveysvakuutuksissa. Vakuutusyhtiöillä on laajat asiakas- ja vastuunvalintaprosessit, ja paljon dataa hyödynnettävissään, minkä avulla haitallisen valikoitumisen tunnistaminen ja kitkeminen on tehokasta. Sopimusvapaudesta seuraa tilanne, jossa vakuutuksenantaja voi rajata riskiä vakuutuksenottajakohtaisesti tai olla vakuuttamatta asiakkaita tai riskejä, joiden riski-indikaattorit ovat liian suuret. Sopimusvapauden perusteella vakuutuksenantaja voi siis tarjota vain sellaisia vakuutuksia vain sellaisille henkilöille, jotka se itse näkee kannattaviksi vakuuttaa. Tämän vuoksi, vaikka oletetusti haitallista valikoitumista tapahtuisi vakuutusmarkkinoilla, vakuutusyhtiöllä on valtavan suuret mahdollisuudet myös estää sitä. Torjuntakeinoja käsitellään lisää luvussa 5.5.1.

”Sitä, että joku voisi tietoisesti ilman, että me vakuutusyhtiössä tiedettäisiin siitä, vois käyttää tätä [tietojaan vakuutusta ottaessa] hyväkseen, ei juuri ole.”
(Vaissalo 2019)

Vakuutusyhtiön näkökulmasta myös vakuutuskannan suuruudella on vaikutus siihen, miten merkittävästi haitallinen valikoituminen näkyy. Jos vakuutuskanta on suuri, sinne todennäköisemmin kuuluu sekä korkea- että matalariskisiä vakuutus sopimuksia, jotka tasoittavat toisiaan niin, että vakuutuskanta siirtyy kokonaisuutena kohti keskimääräistä riskiä. Pienemmässä vakuutuskannassa riskit eivät jakaudu välttämättä yhtä tasaisesti. Pieniriskisille sattuu vähemmän vahinkoja, mikä tarkoittaa myös pienempää korvausmenoa ja korkeariskisillä päinvastoin. Suuressa vakuutuskannassa nämä korvausmenotasot ikään kuin kompensoivat toisiaan. Haastatteluissa ilmeni, että suuremmalla vakuuttajalla Pohjolalla haitallinen valikoituminen ei vaadi niin merkittävää riskikartoitusta tai vastuunvalintaa kuin pienemmällä yhtiöllä Turvalla.

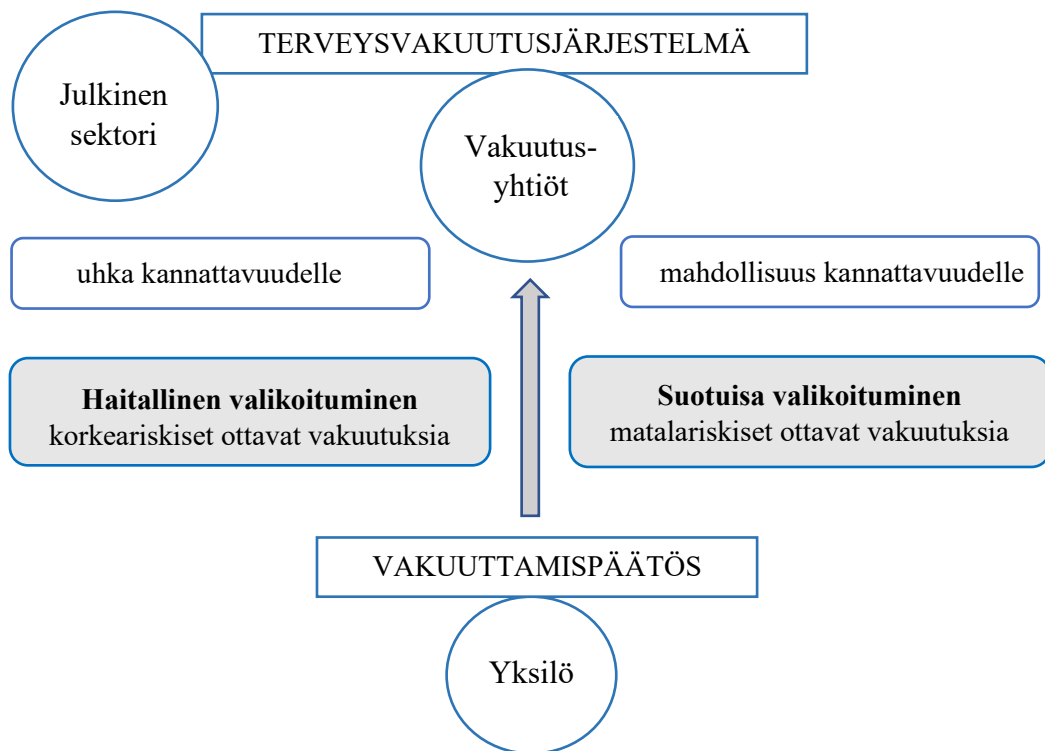
Haitallinen valikoituminen on perinteisesti esitetty vakuutustieteessä ongelmana, kuten esimerkiksi aikaisemmin Akerlofin esittämä malli osoitti, sekä mikä tämän tutkielman oletuksenakin oli. Haastatteluiden perusteella kuitenkin vaikuttaa, että vakuutusyhtiöissä eritasoisten riskien asiakkaat nähdään jopa mahdollisuutena vakuutuskannan kannattavuuden ylläpitämiseen. Mahdollisuus perustuu sopimusvapauteen ja siihen, että jos vakuutusyhtiöt pystyvät rajaamaan ”huonot” eli korkeat riskit pois, heillä on jopa paremmat mahdollisuudet ylläpitää kannattavaa vakuutuskantaa kuin sosiaalivakuutuksella, jonka on kuitenkin pakko vakuuttaa sekä matalat että korkeat riskit sekä pystyä korvaamaan sattuvat vahingot. Rahoitus pohja on myös hyvin erilainen näissä vakuutuksissa, sillä sosiaalivakuutus perustuu julkiseen rahoitukseen, johon kaikki osallistuvat mahdollisuuksiensa mukaan (tulosisidonnaisuus) eikä varoja pystytä keräämään riskitason mukaisesti. Sen sijaan yksityiset vakuuttajat voivat kartoittaa vakuutettavia riskejä, oppia ja käyttää uusia keinoja hallitakseen vakuutuskantaa ja pyrkiä tehokkaammin pitämään sen kannattavana. Ne voivat myös yksilöidä vakuutusmaksua ja asettaa sen riskitason mukaisesti. Vaikka haitallinen valikoituminen on nähty yksityisen, vapaaehtoisen vakuutuksen ongelmana, voidaan sen eliminoinnilla kuitenkin saavuttaa jopa kannattavampi vakuutuskanta kuin sosiaalivakuutuksella.

”Siinä on mahdollinen riski, että se [haitallinen valikoituminen] koituu [ongelmaksi], mutta tavallaan se on vakuutusyhtiön kohdalla kiinni siitä omasta, aika paljon omissa käsissä, että kuinka halutaan toimia. Se voi olla uhka tai mahdollisuus.” (Aho 2019)

”Kun julkisella puolella on vakuutettuna myös ne, joilla on kaikki mennyt niin sanotusti pieleen. Heillä ei ole todennäköisesti koskaan mielessäkään käynyt

ottaa tätä yksityistä vakuutusta, ei ole rahaa ja maailma on ihan sellainen. Jos ajatellaan, niin tällainen osuus sieltä jää meiltä kokonaan pois.” (Vaissalo 2019)

Tässä mielessä voidaan pohtia sitä, että jos haitallinen valikoituminen tarkoittaa sitä, että suurempiriskiset ihmiset ottavat vakuutuksen tai laajemman turvan, onko siitä kuitenkaan mitään haittaa, jos vakuutusyhtiö pystyy tunnistamaan nämä asiakkaat ja arvioimaan maksun oikealle tasolle huomioiden tuon kasvaneen riskin. Tunnistamalla korkeampiriskisiä asiakkaita tai vakavista sairauksista suuntaa antavia indikaattoreita tarpeeksi ajoissa vakuutusyhtiö voi pyrkiä saavuttamaan jopa hyötyä esimerkiksi tarjoamalla täysin uudenlaisia vakuutuksia tai palveluita. Esimerkiksi Pohjola Vakuutuksen vakuutuspäällikkö Vaissalo (2019) nosti esiin mahdollisuuden tarjota tulevaisuudessa uudenlaista palvelua niille ryhmille, joiden on tunnistettu olevan riskialttiimpia esimerkiksi tietyille sairaudelle. Vakuutusyhtiö voisi tunnistettuaan riskit pyrkiä auttamaan vakuutettua ennaltaehkäisemään tätä tiettyä sairautta vakuutusmaksua vastaan. Jos vakuutettu kuitenkin sairastuu, vakuutusyhtiö sitoutuu maksamaan kustannukset. Ennaltaehkäisyn onnistuessa kulut ovat kuitenkin todennäköisemmin paljon pienemmät kuin jos riski todella sattuu, ja tarjoaisi siten molempien osapuolien sekä kansantalouden kannalta merkittävää hyötyä.



Kuvio 5 Haitallinen valikoituminen ja sen vaikutukset terveystakuutusjärjestelmässä

Kuviossa 5 tiivistetään haitallisen valikoitumisen rooli ja vaikutukset Suomen terveystakuutusjärjestelmässä teoreettista viitekehystä mallintamalla. Olennainen ero teoreettiseen viitekehykseen on se, että tässä julkinen sektori terveystakuutusjärjestelmän toimijana on haitallisen valikoitumisen ulkopuolella, sillä ilmiötä ei esiinny pakollisissa vakuutuksissa eli tässä tapauksessa sairaustakuutuksessa. Haitallinen valikoituminen jää siten vain vakuutusyhtiöiden ja yksilöiden eli vakuutusnottajapuolen väliseksi ilmiöksi, jossa oletetusti korkeariskiset vakuutetut ottavat todennäköisemmin tai enemmän terveystakuutuksia. Tämä aiheuttaa uhan vakuutusyhtiön kannattavuudelle. Kuvioon on otettu mukaan myös suotuisa valikoituminen, jonka mahdollisuudesta vakuutusyhtiöille haastatteluaineistossa saatiin viitteitä ja jonka mahdollisuus kannattavuuden luojaan nousi esiin vakuutusyhtiöiden haastatteluissa.

5.2.2 Moraalikato

Aikaisempien lukujen perusteella terveystakuutuksiin liittyvä moraalikato voidaan jakaa pääasiassa kolmeen ilmenemismuotoon: lisääntyvään terveystalveluiden käyttöön, heikompiin elämäntapoihin ja vakuutuksen väärinkäyttöön, joista viimeiseen kuuluu korvausten vääristeleminen tai muu pyrkimys saada vilpillisesti oikeudetonta korvausta. Myös tässä luvussa moraalikadon ilmenemismuodot käsitellään saman jaottelun mukaisesti. Seuraavaksi esitellään haastatteluissa nousseita asioita moraalikadosta ilmiönä suomalaisessa terveystakuutusjärjestelmässä.

Terveystalveluiden lisääntyvä käyttö

Aikaisemmat tutkimukset maailmalta ovat todenneet terveystakuutuksen lisäävän terveystalveluiden käyttöä. Haastatteluiden perusteella tämä on merkittävä moraalikadon ilmenemismuoto myös suomalaisessa terveystakuuttamisessa sekä sosiaali- että yksityistakuuttamisen osalta. Kun vakuutus laskee terveystalveluiden käytön hintaa vakuutetun näkökulmasta, madaltaa se kynnystä mennä hoitoon tai käyttää palveluita. Esimerkiksi aikaisemmin, kun markkinoilla oli täysin omavastuuttomia terveystakuutuksia, korvausmenot lääkärikäynneistä kasvoivat sietämättömän korkeiksi ja vakuutuksia oli pakko muuttaa kannattavuuden ylläpitämiseksi. Haastatteluiden perusteella kaikilla vakuutusyhtiöillä vaikuttaa olleen omat haasteensa saada terveystakuutuksistaan kannattavia kokonaisuuksia ja tätä tasapainoilua käydään osittain vieläkin.

”Kyllä kynnys mennä lääkäriin esimerkiksi on aika matalalla, jos sulla on sairauskuluvakuutus - varsinkin jos siinä on hyvin maltillinen omavastuu. Periaatteessa se [lääkärikäynti] ei maksa sillon mulle mitään tai juuri mitään.”
(Aho 2019)

Erityisesti vakuutusyhtiöiden haastatteluissa nousi esiin, että vakuutuksen sisällöllä ja korvaavuuden laajuudella on vaikutusta siihen, miten paljon vakuutetut käyttävät terveyspalveluita tai muita vakuutuksen kattamia palveluita. Mikäli terveysvakuutukset kattaisivat enemmän esimerkiksi ennaltaehkäiseviä tai elämänlaatua parantavia hoitoja, voisi se olla haaste moraalikadon kannalta. Nämä hoidot, vaikkakin voisivat olla lääketieteellisesti perusteltavissa (esimerkiksi liikalihavuuden hoito), eivät ole samalla tavalla tarveperusteisia kuin sairauden vaatimat hoidot. Ne eivät joko välttämättä usein ole sairauden hoitoon tarkoitettuja tai niille voisi löytyä myös vaihtoehtoisia hoitokeinoja. Jos nämä kuuluisivat vakuutuksen korvauspiiriin, käytettäisiin niitä vakuutuksesta varmasti enemmän. Yleinen käytäntö on kuitenkin ollut, etteivät terveysvakuutukset korvaa tämältyyppisiä hoitoja lainkaan.

Sosiaalivakuutuksen osalta on samalla tavalla mahdollista, että sairaanhoitovakuutus madaltaa vakuutetun kynnystä lähteä lääkäriin, sillä korvaukset tekevät siitä vakuutetun näkökulmasta edullisempää. Lisäksi sairaanhoitovakuutuksen osalta kynnystä lääkäriin laskee myös todennäköisesti se, että vakuutettu voi varata suoraan ajan esimerkiksi Kela-korvattavalle erikoislääkärille. Nykypäivänä sairaanhoitovakuutuksen korvaustasot esimerkiksi yksityisestä lääkärikäynnistä ovat kuitenkin melko matalat, ja ne ovat vain laskeneet viime vuosina, jolloin vakuutus muuttaa hintaa vain hyvin vähän. Esimerkiksi vuonna 2019 korvaustaso on noin 15 %, jolloin vakuutetun osuus on suurin osa hinnasta eikä se siten vaikuttane palveluiden käyttöön merkittävän lisäävästi.

”Jos meillä edelleen olisi sellainen julkinen sairausvakuutus, jossa olisi se korvausprosentti yksityisistä terveyspalveluista olisi korkeampi, vaikkapa puolet, kyllähän se houkuttaisi ainakin käyttämään niitä palveluita ehkä enemmän. ... Nythän se korvauksen taso on kuitenkin ehkä enintään 15 %, niin se on tavallaan menettänyt merkitystään.” (Tiainen 2019)

Toisaalta kun sosiaalivakuutuksen yksityisen sairaanhoidon korvaustaksoja alennettiin vuonna 2016, muutoksilla ei ollut suurta vaikutusta yksityisten terveyspalveluiden käyttöön (Kela 2017). Yksityisiä terveyspalveluita käytettiin siis lähes yhtä paljon, vaikka itse maksettava

osuus nousi eikä muutoksen aiheuttamat seuraukset anna siten viitteitä moraalikadon vaikutuksesta. Toisaalta jo ennen vuoden 2016 muutoksia korvaustasot olivat melko alhaiset ja maksettavaa lääkärikäynnistä jäi vakuutetulle aikaisemminkin merkittävän suuri osa. Vuoden 2016 muutos oli loppujen lopuksi hyvin pientä, joten johtopäätöksiä tekeminen moraalikadosta on haasteellista. Taustalla voi olla myös terveystalouden tarvepohjaisuus, joka tekee niiden hintajoustosta pientä, eikä itse maksettava osuus siten vaikuta suuresti kulutukseen.

Haastatteluaineistossa nousi esiin myös mahdollinen lääkkeiden lisääntyvä käyttö vakuutuksen myötä. Yksityisissä terveystalouksissa vakuutettu voi hankkia lääkkeitä tavallista enemmän, ainakin sellaisten sairauksien osalta, joissa lääke ei ole sairauden hoidon kannalta pakollista. Tällaisia lääkkeitä vakuutettu ei välttämättä hankkisi, jos joutuisi kustantamaan ne täysin itse. Sairaanhoidovakuutuksen osalta lääkkeiden käyttöä voi lisätä myös merkittävästi se, jos vuosiomavastuu on tullut täyteen, minkä jälkeen korvaustaso nousee ja yhä pienempi osa jää vakuutetun itse maksettavaksi. Sairaanhoidovakuutuksen vuosittaiset omavastuukatot lääke- ja matkakorvauksissa ovat sellainen vakuutuksen ominaisuus, joka voi lisätä käyttöä henkilöillä, joilla omavastuu on tullut täyteen. Samalla sairaanhoidovakuutuksessa ei ole myöskään korvauskattoja, vaan vakuutus kattaa loputtomasti kuluja tarpeen mukaan eikä siten voi rajoittaa käyttöä sitä kautta.

Toisaalta samalla kun haastatteluissa todettiin terveystalouden käytön lisääntyvän vakuutuksen myötä, heräsi aineistossa pohdintaa siitä, missä määrin tätä lisääntyvää käyttöä voidaan pitää moraalikatona. Vakuutus kuitenkin otetaan suojaamaan riskin sattumisen aiheuttamilta kustannuksilta ja terveystalouden tapauksessa kattamaan sairauden aiheuttamien lääkärikäyntien ja hoitojen kustannuksia. Jos vakuutuksenottaja esimerkiksi menee lapsensa kanssa herkästi lääkäriin tai hakeutuu itse niin sanotusti ”pikkuvian” vuoksi hoitoon, onko se moraalikatoa? Kysymys on noussut jo aikaisemminkin keskusteluun, sillä samanlaisia ajatuksia esimerkiksi Malcolm (2005) herätti artikkelissaan, jossa hän pohtii moraalikadon ongelmaa myyttinä. Vaikka vakuutus madaltaa kynnystä lähteä lääkäriin, eihän vakuutettu voi ennen hoitoon hakeutumista tietää, onko käynti tarpeellinen vai tarpeeton. Malcolm esittää esimerkin luomien tarkistuttamisesta syövän tai muun haitan mahdollisuuden vuoksi. Jos luomet ovat terveitä, käynti oli turha ja ylimääräinen. Mutta Malcolm kysyy, olisiko kuitenkin ollut viisasta jättää käymättä lääkäriin, sillä etukäteen vakuutetun ei voida olettaa olevan kykenevä arvioimaan luomiensa hyvänlaatuisuutta. (Malcolm 2005)

”Ehkä mennään vähän herkemmin lääkäriin tai hoidattamaan itseään, mutta toisaalta toinen puoli on, että sitä varten se vakuutus otetaan. Jos siltä tuntuu, niin sähän määrättyllä tavalla ostat sitä mielenrauhaa siihen, että sä voit mennä [lääkäriin] ilman, että rahat loppuu kesken.” (Vaissalo 2019)

Vakuutetun kasvavan terveyspalveluiden käytön pitämistä moraalikatona on ongelmallista, sillä ensisijaisesti vakuutus on kuitenkin olemassa epävarmuuden poistamiseksi ja riskin siirtämiseksi. Siinä mielessä ei ole väärin, että vakuutettu menee herkemmin lääkäriin tarkistuttamaan sellaisia vaivoja tai oireita, jotka aiheuttavat hänelle epävarmuuden tunnetta, vaikka hän ei käyntiä omalla kustannuksellaan välttämättä tekisikään. Toisaalta moraalikato määriteltiin aikaisemmin vakuutetun käyttäytymiseksi, jolla hän voi vaikuttaa riskiin ja vakuutuksenantajan odotettuihin kuluihin. Terveysvakuutus ei perustu yhtä suoraviivaisesti vahinkokeskeisyyteen kuten monet muut vakuutukset, verrattuna vaikka tulipaloriskin kattaviin kotivakuutuksiin. Lisäksi asiaa voidaan miettiä siitä näkökulmasta, että pienentääkö ”pikkuvian” takia tehty lääkärikäynti mahdollista tulevaa riskiä suuremmasta sairaudesta, kun siihen pyritään puuttamaan jo aikaisessa vaiheessa. Loppujen lopuksi tulee myös huomioida se, että jos vakuutuksenantajalla on tiedossaan tämä käyttäytyminen, joka saattaa kasvattaa lääkärikäyntien määrää ja se voi siirtää tämän aiheuttamat kustannukset suoraan vakuutusmaksuun, syntyykö tästä moraalikadosta loppujen lopuksi ongelmaa?

Vakuutus ja elämäntapavalinnat

Edellä esitetyt aikaisemmat tutkimukset antoivat viitteitä siitä, että terveysvakuutus vaikuttaisi vakuutettujen elämäntapoihin, kuten tupakointiin, liikunnan harrastamisen laiminlyöntiin ja alkoholin runsampaan käyttöön. Haastatteluisia tämä aiheutti hieman ristiriitaisia ajatuksia sosiaali- ja yksityisvakuuttamisen välillä. Yleisesti ottaen elämäntapavalintojen ajateltiin johtuvan muista tekijöistä, kuten ihmisen yleisistä asenteista, resursseista ja kiinnostuksesta kuin siitä, että henkilöllä on vakuutus. Yleinen näkemys haastateltavien joukossa oli kuitenkin se, että molemmissa vakuutuksissa voi varmasti esiintyä henkilöitä, joiden kiinnostus oman terveyden ylläpitoa kohtaan laskee vakuutuksen myötä, mutta terveellisillä elämäntavoilla nähdään saavutettavan kuitenkin niin paljon muitakin hyötyjä kuin sairauden aiheuttamien kulujen välttäminen, jolloin esimerkiksi terveyden merkitys yksilölle korostuu vakuutettujen elämäntapavalinnoissa.

Sosiaalivakuutuksen ongelmana on todettu olevan Suomessa se, että kokonaisuudessaan sosiaaliturva voi lisätä suomalaisten ajatusmaailmaa siitä, että yhteiskunta hoitaa, jos jotakin

sattuu. Sairausvakuutusta voidaan suomalaisten joukossa pitää turvaverkkona, mikä voi vähentää kannustinta terveelliseen elämään. Sosiaalivakuutuksen osalta haastattelussa nousikin esiin mahdollisuus siitä, että sairausvakuutuksen olemassaolo saattaa vähentää kannustinta esimerkiksi tupakanpolton lopettamiseen tai ylipainon välttämiseen, mikä on myös linjassa aikaisemmin esiteltyjen tutkimusten tuloksiin. Kun ihmiset ajattelevat saavansa hoitoa omista valinnoistaan huolimatta, saattaa se vähentää mielenkiintoa tehdä terveyden kannalta parempia valintoja.

”Luulen, että se, miksi suomalaiset liikkuvat liian vähän, ruokatottumuksien ongelmat ja muut liittyvät enemmän ihmisen yleiseen elämäntilanteeseen, voimavaroihin ja asenteisiin. Mutta kyllä siinä jossain määrin voi olla sellaista näkökulmaa, että luotetaan, että järjestelmä hoitaa [jos sairastuu].” (Tiainen 2019)

Vastaavanlaista tukea vakuutuksen vaikutuksesta elämäntapavalintoihin ei juurikaan löytynyt yksityisvakuuttamisen puolelta. Vakuutusyhtiöiden edustajat eivät uskoneet, että vakuutus ohjaisi kenenkään elämäntapavalintoja tai että vakuutuksen otettuaan vakuutettu alkaisi tekemään huonompia valintoja elintavoissaan. Päinvastoin kuten aikaisemmin haitallisen valikoitumisen osalta nousi esiin, vapaaehtoisen terveystakuutuksen on perinteisesti ottanut henkilö, joka pitää terveydestään huolta eli myös noudattaa terveellisiä elämäntapoja. Siten haastatteluiden pohjalta voisi ajatella, että vakuutus ei ohjaa valintoja, vaan ennemmin elämäntavat ohjaavat vakuutus päätöstä. Kyse voi olla siis yksilön riskinottohalukkuudesta, jota käsiteltiin myös aikaisemmin haitallisen valikoitumisen osalta, eikä kyse olisi moraalikadosta tai sen puuttumisesta.

”Tuskin vakuutus ohjaa ketään. En usko, että se ohjaisi niin, että kun mulla on tää vakuutus, niin voin elää epäterveellisesti.” (Aho 2019)

Tässä kohtaa tulee huomata, että aikaisemmin kirjallisuuskatsauksessa esitetyt kansainväliset tutkimukset epäsymmetrisestä informaatiosta olivat tehty Yhdysvaltojen terveystakuutuksista, jotka eroavat melko merkittävästi suomalaisesta järjestelmästä. Yhdysvalloissa terveystakuutus perustuu hyvin pitkälti työnantajan ottamiin vakuutuksiin ja Medicareen (kts. edellä). Näissä vakuutuksissa vakuutuksenottaja on muu kuin vakuutettu itse, joten ne siltä osin vastaavat suomalaista sosiaalivakuutusta. Tämä voi selittää eron yksityis- ja sosiaalivakuutuksen edustajien näkemyksissä siinä, vaikuttavatko vakuutukset ihmisten elämäntapoihin. Voi olla, että toisen kuin vakuutetun itse ottama vakuutus muuttaa vakuutetun

käyttäytymistä niin, että vakuutuksen ajatellaan olevan turvaverkko ja sen korvauksiin nojataan sairaustapauksessa enemmän. Itsensä vakuuttamille henkilöille vakuutus taas ehkä konkretisoituu tietyllä tavalla, koska se otetaan ja maksetaan itse. Lisäksi tämä saattaa liittyä myös siihen, että niille vakuutetuille, jotka hankkivat terveystakuutuksen itselleen arvostavat myös omaa terveyttään enemmän ja ovat vähemmän riskinottohalukkaita sen kanssa.

Vakuutuksen väärinkäyttö

Kuten oikeastaan mitä tahansa vakuutusta, voi myös terveystakuutusta pyrkiä käyttämään hyväkseen tai muuten oikeudettoman korvauksen saamiseen. Haastatteluaineistossa nousi esiin useita tapoja, joilla vakuutettu voi pyrkiä huijaamaan itselleen korvauksia. Asiakas voi ilmoittaa lääkärikäyntejä tai hoitotoimenpiteitä, joita ei ole koskaan ollut tai pyrkiä vääristelemään hänelle sairaudesta koituneita kustannuksia omaksi hyödykseen, kuten suurennella lääkärikäynnin kustannuksia tai tekaista lääkekustannuksia. Tätä korvausten ja vilpillisten vakuutustapahtumien tehtäviä helpottaa se, että nykypäivänä lähes kaikki vahinkotapahtumat on mahdollista ilmoittaa internetin kautta sähköisesti ja kuitteja tai tositteita pyydetään harvoin. Useimmiten automaatio tekee päätöksen ilman, että korvauskäsittelijä koskaan pääsee kosketuksiin korvausasian kanssa.

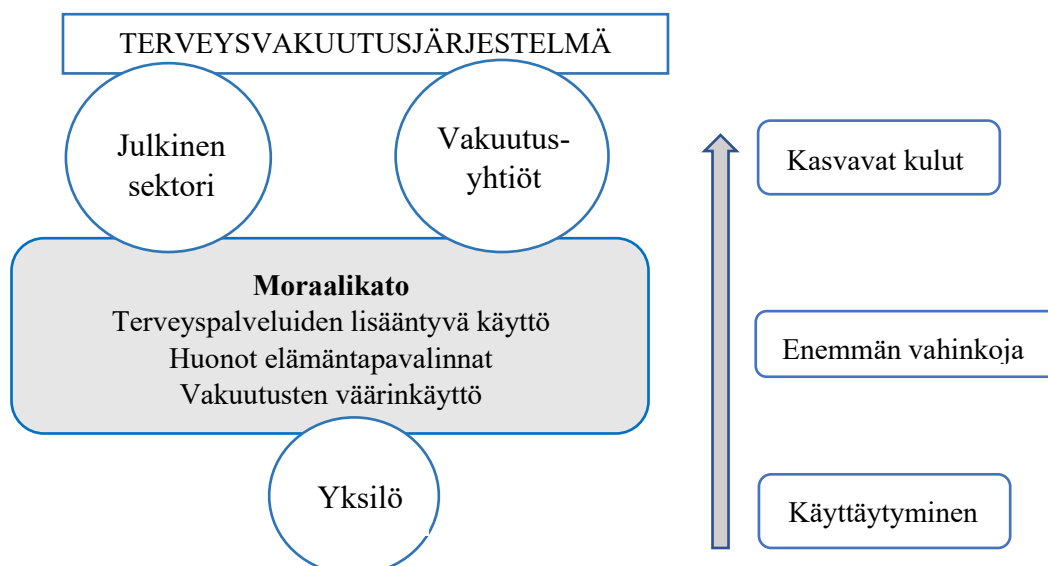
Toinen haastatteluissa esiin noussut vakuutuksen väärinkäytön tapa liittyy siihen, että asiakas voi pyrkiä tulkitsemaan vakuutustaan ja muokkaamaan vahinkotapahtumaa niin, että hänen tavoitteenaan on saada vakuutuskorvauksista mahdollisimman paljon irti. Osa terveystakuutuksista on mahdollista saada esimerkiksi vain tapaturmavakuutuksen kanssa yhdessä. Näissä tapauksissa vakuutettu voi pyrkiä ilmoittamaan vahinkonsa sattumisen olosuhteita niin, että hän saa vakuutuksesta parhaan mahdollisen hyödyn. On myös mahdollista, että mikäli vakuutuksen omavastuu on esimerkiksi sairauskohtainen, voi asiakas pyrkiä saamaan lääkärikäyntejä tai muita aiheutuneita hoitokustannuksia samaan sairauteen liittyväksi, vaikka ne todellisuudessa eivät liittyisi aiemmin korvattuun sairauteen. Tällä tavalla vakuutettu pyrkii kiertämään omavastuun vähennyksen uudelleen.

Myös sosiaalivakuutuksessa on ollut haasteita vakuutushuijausten kanssa, vaikka tosin sairaanhoitovakuutukseen liittyvä väärinkäyttö on ollut aineiston perusteella melko pientä. Mahdollisuudet siihen ovat hyvin pienet, sillä lähes kaikki sairaanhoitovakuutuksen korvaukset tulevat suorakorvausjärjestelmästä ja vakuutettu joutuu harvoin erikseen hakemaan korvauksia. Matkakorvauksissa on haastatteluaineiston perusteella ollut jonkin verran väärinkäyttötapauksia, joissa vakuutettu on ilmoittanut esimerkiksi taksia käyttäessään

matkalleen väärän syyn, jotta se näyttäisi korvattavalta, mutta se on myöhemmin paljastunut olleen muuhun, ei korvattavaan matkaan.

Aineiston perusteella vakuutusyhtiöt eikä sosiaalivakuutus kumpikaan nähneet vakuutusten väärinkäyttöä suomalaisessa terveystakuutusjärjestelmässä kovin merkittävänä ongelmana. Ensinnäkin haastateltavat pitivät suomalaisia hyvin rehellisinä, jotka lopulta harvoin yrittävät huijata ja väärinkäyttää vakuutuksia. Toisekseen näissä tutkielman kohteena olevissa vakuutuksissa on kyse vain kulujen pohjalta maksettavista korvauksista, jotka keskimääräisesti liikkuvat sadoissa tai ainakin alle tuhansissa euroissa. Esimerkiksi ansionmenetyksiä korvaavissa vakuutuksissa on kyseessä yleensä selkeästi suurempia korvauksia, jolloin myös intressi väärinkäytölle on suurempi.

Terveystakuutusten osalta väärinkäyttö on aineiston perusteella myös melko haastavaa. Sairaanhoidovakuutuksessa lähes kaikki korvaukset tulevat suorakorvausjärjestelmästä eli asiakas saa jo palvelutilanteessa korvauksen alennuksena hinnasta, esimerkiksi apteekissa lääkkeitä ostaessaan tai lääkärikäyntiä maksaessaan. Koska asiakas harvoin hakee korvauksia itse jälkikäteen, poistuu vakuutetun mahdollisuus huijaamiseen, kuten korvausten liioitteluun tai tosiasiallisesti tapahtumattomien lääkärikäyntien kulujen hakemiseen. Aineiston mukaan vakuutusyhtiöt ovat myös kehittäneet korvausjärjestelmiään väärinkäyttäjien tunnistamiseksi ja estämiseksi ja järjestelmien avulla vilpilliset tapaukset tunnistetaan helpommin, ja ne voidaan nostaa korvauskäsittelijän tarkempaan tarkasteluun. Haastateltavien mukaan monissa muissa vakuutuslajeissa on yleisempää ja helpompaa pyrkiä huijaamaan, kuten yksityispuolella koti- ja varkausvahingoissa sekä sosiaaliturvan muissa lajeissa, kuten vaikka toimeentulotuessa. Laajemmin vakuutuksen väärinkäyttäjien torjuntakeinoista käsitellään lisää luvussa 5.5.2.



Kuvio 6 Moraalikadon ilmenemismuodot ja vaikutukset terveysvakuutusjärjestelmässä

Kuvio 6 tiivistää terveysvakuutukseen liittyvän moraalikadon ilmenemisen muodot ja sen vaikutukset Suomen terveysvakuutusjärjestelmässä mukaillen teoreettista viitekehystä. Erona haitallista valikoitumista tiivistävään kuvioon 5 voidaan huomata, että moraalikato koskettaa myös julkista sektoria eli sosiaalivakuutusta. Terveysvakuutuksessa moraalikato näyttäytyy lähinnä kolmella tavalla eli terveyspalveluiden lisääntyvänä käyttönä, huonompina elämäntapavalintoina sekä vakuutusten väärinkäyttönä. Lisäksi oikeaan reunaan on täydennetty moraalikadon vaikutuksia yksinkertaistava ja selittävä syysseuraus-ketju, jossa vakuutuksenottajapuolen eli yksilön käyttäytyminen lisää vahinkojen määrää, mikä taas vaikuttaa vakuutuksenantajien kuluihin.

5.3 Epäsymmetrisen informaation torjuntakeinot suomalaisessa terveysvakuuttamisjärjestelmässä

Aineistosta nousseiden seikkojen perusteella epäsymmetrinen informaatio ei näytä olevan nykypäivänä kovin merkittävä ongelma vakuuttajille lähinnä kehittyneiden torjuntakeinojen ansiosta. Torjuntakeinot ovat kehittyneet ajan saatossa ja esimerkiksi muutoksia vakuutukseen on tehty ja tehdään edelleen, kun epäsymmetrisestä informaatiosta ja vakuutuksenottajapuolesta sekä riskitietämyksestä opitaan lisää. Torjuntakeinot ovat siis pidemmän aikavälin tulosta, kun on opittu muun muassa vakuutuksenottajapuolen käyttäytymisestä, terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja kannustinvaikutuksista. Seuraavaksi käydään läpi tarkemmin näitä torjuntakeinoja, ensin haitallisen valikoitumisen osalta lähinnä

yksityisissä vakuutuksissa sekä sen jälkeen moraalikadon torjuntakeinoja sekä sosiaali- että yksityisvakuutuksissa.

5.3.1 Haitallinen valikoituminen

Yksityiset vakuutusyhtiöt eivät vaikuttaneet olevan erityisen huolissaan haitallisesta valikoitumisesta, ja haastateltavat luottavat vahvasti kehittyneisiin torjuntakeinoin ongelman torjumiseksi. Käytännössä haitallisen valikoitumisen torjuminen perustuu vakuutusyhtiön hyvään vastuunvalintaan. Vastuunvalinta on prosessi, jossa vakuutusyhtiö arvioi ja päättää, mitä riskejä se haluaa vakuuttaa. Vastuunvalinta noudattaa periaatteita, jotka vakuutusyhtiön tulee ennalta määritellä. (Ylönen 2019, 7) Terveysvakuutuksiin liittyvän haitallisen valikoitumisen kannalta prosessista nousi haastatteluissa kaksi tärkeää osa-aluetta: terveystarkastus ja päätös vakuutuksen myöntämisestä.

Terveystarkastuksen tarkoituksena on kerätä tietoa asiakaskohtaista riskistä. Terveystarkastus on lomake, joka vakuutuksenhakijan tulee täyttää ennen terveystarkastuksen myöntämistä. Sen tarkoitus on antaa vakuutuksenantajalle tietoa vakuutuksenhakijan nykyisestä terveydentilasta ja terveyshistoriasta, jotta se pystyy arvioimaan vakuutettavaa riskiä ja päättämään vakuutuksen myöntämisestä. Pääasiassa terveystarkastuksessa kysytään mahdollisista aikaisemmista sairauksista ja niiden hoidosta, työkyvyttömyydestä, lääkityksistä ja muista mahdollisista terveydentilaa kartoittavista tiedoista. Kysymykset ja niiden laajuus eroavat jossain määrin vakuutusyhtiöittäin, osa voi kysyä hyvin yksityiskohtaisesti ja toiset hyvin laajasti. Markkinoille on tullut myös terveystarkastuksia, joiden myöntäminen ei vaadi lainkaan terveystarkastusta (Ylönen 2019).

Mielenkiintoinen haastatteluaineistosta esiin noussut ilmiö oli ero kahden haastateltavan vakuutusyhtiön terveystarkastusten laajuuden välillä. Turvalla terveystarkastus on laajahko ja terveystietoja kysytään yksityiskohtaisesti, ja he ovat myös kertomansa mukaan hyvin tarkka yhtiö siitä, mitä he vakuuttavat. Pohjolalla terveystarkastus ei ole niin laaja tai yksityiskohtainen. Terveystarkastuksen laajuuden eroista huolimatta molemmat vakuutusyhtiöt painottivat terveystarkastuksen merkitystä haitallisen valikoitumisen torjumisen kannalta. Ero laajuudessa voi selittyä esimerkiksi vakuutuskannan koolla, jonka vaikutuksia pohdittiin aikaisemmin. Suuremmassa vakuutuskannassa, johon kuuluu useita eri riskitasoisia henkilöitä, yksityiskohtainen riskin määrittely ei vaadi niin huolellista erottelua, vaan vakuutusehdot ja -maksu voidaan asettaa karkeammin keskimääräisen riskin mukaisesti.

Vaikka vakuutusta hakevalta edellytetään rehellisyyttä terveystarkastuksessa, tietojen oikeellisuutta ei yleensä tarkisteta. Käytännössä tämä mahdollistaa terveystarkastuksessa valehtelemisen, mikä voi olla vakuutusenantajalle mahdoton tunnistaa tai tulla ilmi vasta korvaustilanteessa. Haasteena on, että vakuutuksen ottanut henkilö voi jälkikäteen väittää, että tilanne on muuttunut vasta terveystarkastuksen jälkeen, esimerkiksi paino on noussut merkittävästi tai hän on aloittanut tupakoinnin myöhemmin vakuutuksen myöntämishetkestä. Osa valehtelun mahdollisuudesta voidaan kitkeä sillä, että terveystarkastuksesta osa vakuutuksen ottaneen henkilön vastauksista voidaan todeta virheellisiksi tai valheellisiksi. Esimerkiksi aikaisemmista sairauksista, hoidoista ja työkyvyttömyydestä on usein dokumentoitu lääkärinlausuntoihin tai muihin asiakirjoihin, joista niiden sattumisajankohtakin pystytään selvittämään.

Jos kuitenkin vakuutusenantaja on antanut terveystarkastuksessa tai muutoin vakuutusta hakiessaan virheellisiä tietoja ja se pystytään todistamaan, on vakuutusyhtiöllä mahdollisuus jälkirajoittamiseen eli muuttaa vakuutusehtoja tai -maksuja. Vilpillisesti väärin tietojen antaminen voi johtaa myös vakuutusenantajan vastuun raukeamiseen. Kuten aikaisemmin torjuntakeinoja yleisesti käsittelevässä luvussa käytiin läpi, vakuutusenantajan vastuu antaa oikeat ja todenmukaiset tiedot perustuu myös lakiin. Aineiston perusteella jälkirajoittamista pidetään tärkeänä keinona torjua haitallista valikoitumista, sillä se on lähes ainoa tapa puuttua vakuutuksen sisältöön sen myöntämisen jälkeen. Muutoksia vakuutukseen ei esimerkiksi saa tehdä perustuen siihen, että vakuutetun terveydentila on vakuutuksen myöntämisen jälkeen heikentynyt (Ylönen 2019, 14).

Terveystarkastuksen lisäksi toinen tärkeä vaihe ja kontrollipiste haitallisen valikoitumisen torjumiseksi on vakuutusenantajan päätös vakuuttaa tai olla vakuuttamatta asiakas ja riski. Tässä vakuutusyhtiöt hyödyntävät terveystarkastuksen avulla saamia tietoja asiakkaan nykyisestä terveydentilasta ja terveystarkastuksesta sekä noudattavat omia vastuunvalintaperiaatteitaan. Käytännössä yleisimmät vaihtoehdot tavanomaisen myöntämisen lisäksi ovat terveystarkastuksen myöntäminen rajoitusehdoilla tai korotetulla vakuutusmaksulla taikka vakuutuksen epääminen, eli sitä ei myönnetä lainkaan.

Haastatteluiden perusteella on hyvin tyypillistä, että terveystarkastuksia myönnetään rajoituksilla, joissa jo voimassa olevat sairaudet suljetaan vakuutuksen ulkopuolelle. Esimerkiksi lapsella, jolla on ollut korvatulehduksia, suljetaan korviin liittyvät sairaudet korvauspiirin ulkopuolelle. Tällä keinolla pystytään myöntämään vakuutus, mutta sulkemaan

korvattavuuden ulkopuolelle sellaiset sairaudet, joihin liittyvä riski on liian todennäköinen tai vahinko on jo sattunut. Rajoitusehdoilla pyritäänkin sulkemaan mahdollisuus siihen, että asiakas hakisi vakuutusta jo sairauden toteamisen jälkeen tai tunnistettuaan riskinsä korkean tason esimerkiksi tietyn tyyppisiin sairauksiin.

Myös epäämispäätöksiä tehdään terveys selvityksessä selvinneiden seikkojen perusteella vakuutusyhtiöiden määrittämien vastuunvalintaperiaatteiden perusteella. Koska periaatteet ovat yhtiökohtaisia, myös vakuutuksen epäämispäätökset vaihtelevat yhtiöittäin. Haastattelussaan Keskinäisen Vakuutusyhtiö Turvan vakuutusasiantuntija Lehto (2019) toi ilmi, että vakuutusyhtiönä he ovat hyvin tarkkoja siitä, millaisia riskejä haluavat vakuuttaa. Esimerkiksi heillä ylipaino saattaa olla syynä, ettei asiakas saa terveysvakuutusta. Haastatteluaineiston perusteella epäämistä yleisempää on kuitenkin vakuutuksen myöntäminen rajoitusehdoilla.

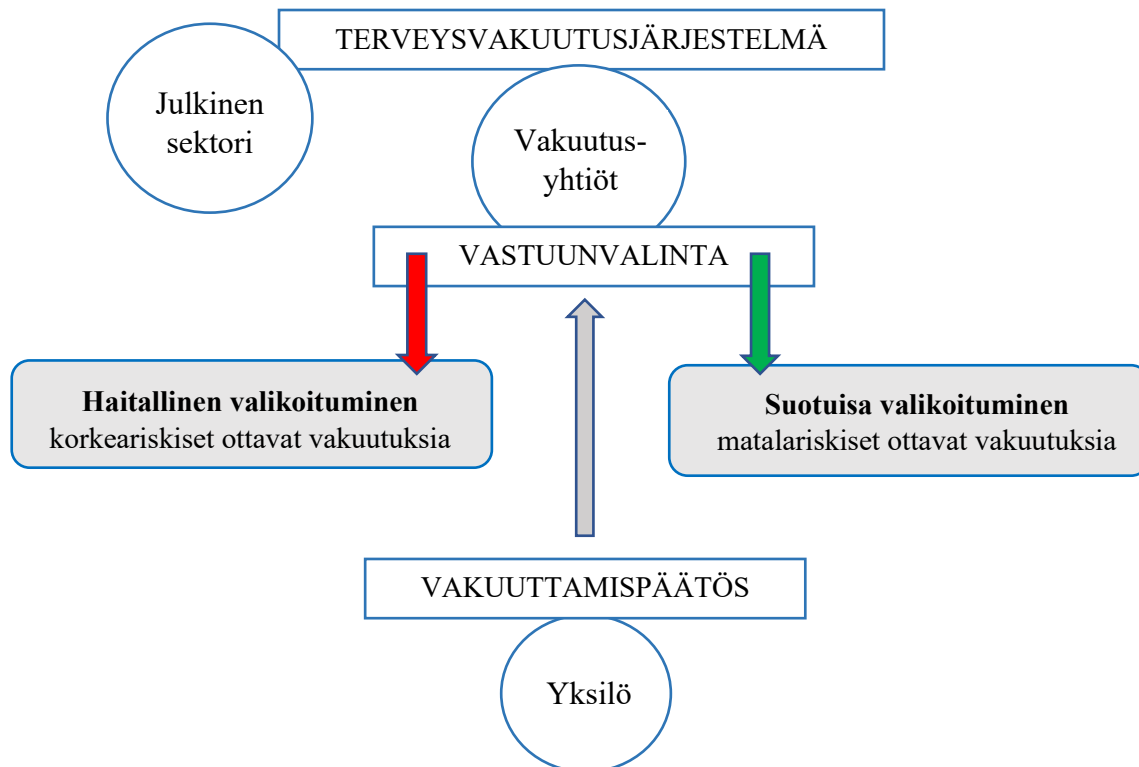
Lisäksi haastatteluaineistossa nousi esiin teknologian ja lääketieteen kehittymisen hyödyntäminen vastuunvalintaprosessissa, terveys selvityksen tulkinnessa ja vakuuttamispäätöksessä. Esimerkiksi terveys selvitysten kysymyksiä ja terveysvakuutuksen epäämisperusteita kehitetään yhdessä lääkäreiden kanssa, ja lääketieteen kehittyessä vakuutusyhtiö pystyy yhä tehokkaammin löytämään erilaisiin sairauksiin yhteydessä olevia tekijöitä. Esimerkiksi diabeteksen on todettu olevan yhteydessä lukuisiin muihin sairauksiin ja useiden allergioiden olevan yhteydessä astmaan, mikä voi indikoida siten asiakkaan suuremmasta riskitasosta, joka voidaan huomioida vastuunvalinnassa.

Teknologian kehitys muuttaa vakuutusyhtiöiden analytiikkaa ja datan saatavuutta sekä sen käyttöä. Sen avulla voidaan esimerkiksi tunnistaa uusia riskitekijöitä, kun suuresta datasta pystytään tekemään johtopäätöksiä siitä, millaiset tekijät indikoivat tietynlaisia riskejä tai ovat yhteydessä tiettyihin sairauksiin tai tietynlaiseen käyttäytymiseen. Myös esimerkiksi terveys selvityksessä valehtelu voidaan tunnistaa tehokkaammin:

”Sanotaan vaikka, että olis kolmevitonen nainen, ja siltä kysytään, että oletko käynyt koskaan viiden vuoden aikana lääkärillä ja sä vastaat ei. Jos me hyväksytään, että siinä on ei, niin silloinhan määrättyllä tavalla hyväksytään se, että sä valehtelet. Koska sä oot todennäköisesti joka tapauksessa vähintään kerran vuodessa käynyt lääkärissä.” (Vaissalo 2019)

Turvan haastattelussa Lehto (2019) nosti esiin haasteen siitä, että terveys selvitys on kertaluontoinen ja kuten edellä kävi ilmi, mahdollistaa se vakuutetun tarkoituksenmukaisen

valehtelun omasta tilanteestaan tai tilanteen muuttumisen radikaalisti terveys selvityksen ja -vakuutuksen myöntämisen myötä. Haastattelussa Lehto (2019) pohti mielenkiintoista ajatusta siitä, voisiko tulevaisuudessa olla määräaikaista terveysvakuutuksia, joissa myönnetään vakuutus esimerkiksi viideksi vuodeksi ja jos sopimuksen haluaa uusia sen jälkeen, tehdään uusi terveys selvitys. Tällä tavoin vakuutusyhtiö saisi useampia kontrollipisteitä siihen, millaisia riskejä vakuutettuihin liittyy ja esimerkiksi myös elämäntapojen muuttuminen voitaisiin huomioida vakuutuksessa.



Kuvio 7 Haitallisen valikoitumisen torjuntakeinot terveysvakuutusjärjestelmässä

Kuviossa 7 esitetään aikaisempaa kuviota 5 täydentäen haitallisen valikoitumisen torjumisen rooli ja merkitys terveysvakuutusjärjestelmässä. Edelliseen kuvioon on lisätty vastuunvalinta, joka kuvastaa vakuutusyhtiön keinoa torjua haitallista valikoitumista, mutta myös tukea suotuisan valikoitumisen mahdollisuutta. Valinnan vapaudella vakuutusyhtiö voi kääntää vakuutuksenottajapuolen vakuuttamispäätöksen omaksi hyödykseen esimerkiksi suotuisan valikoitumisen kautta, mitä kuvaa vihreä nuoli. Vakuutusyhtiö voi vastuunvalintapäätöksillään vakuuttaa nimenomaan vain niitä asiakkaita, joiden uskoo olevan suotuisan valikoitumisen lähteenä. Heikolla vastuunvalinnalla vakuutusyhtiö taas saattaa ottaa asiakkaikseen lähinnä korkeariskisiä asiakkaita, jotka aiheuttavat vakuutuskannan haitallisen valikoitumisen. Sitä vakuutusyhtiön tulisi välttää ja siksi sitä kuvataan kuviossa punaisella nuolella.

5.3.2 Moraalikato

Ostavastuu

Aineiston perusteella omavastuut nhdään sekä sosiaali- että yksityisvakuutuksessa olennaiseksi keinoksi torjua moraalikatoa, pääasiassa vakuutuksen myötä lisääntyvää terveyspalveluiden käyttöä. Omavastuu määrittää sen, mitä terveyspalvelun käyttö maksaa vakuutetulle, joten se vaikuttaa taloudellisesta näkökulmasta asiakkaan kulutus päätöksen. Pieni tai olematon omavastuu muuttaa lääkärikäyntiä tai muuta hoitoa niin edulliseksi, että vakuutuksen kattamien palveluiden käyttö todennäköisesti nousee. Omavastuu on siis keino pyrkiä vaikuttamaan terveyspalveluiden lisääntyvään käyttöön, mutta voi jossain määrin olla haaste väärinkäytösten kannalta, jos vakuutettu esimerkiksi yrittää kompensoida omavastuutaan ilmoittamalla todellista suuremman lääkärikäynnin kustannuksen, jotta omavastuun jälkeen jäisi jotakin korvattavaa.

”Ostavastuu on siis yksi olennaisimpia rajoituskeinoja siihen, kuinka herkästi sinne lääkäriin lähdetään tai ei lähdetä.” (Aho 2019)

”Moraalikadon osalta omavastuut on ne, jotka puree. Aina kun sä joudut laittaa omaa rahaa, niin jos se [omavastuu] on asetettu oikealle kohdalle, silloin sillä on merkitystä.” (Vaissalo 2019)

Sairaanhoitovakuutuksen matkakorvauksissa on hyvin perinteinen euromääräinen omavastuu, jonka vakuutettu maksaa matkustaessaan. Lääkekorvauksissa on ensin alkuomavastuu, jonka täyttymisen jälkeen prosenttiosuuskorvaukset perustuvat edellä luvussa 2.2 esitettyihin korvausluokkiin. Matka- ja lääkekorvauksissa on myös omavastuukatto, jonka jälkeen omavastuuta ei enää vähennetä tai itse maksettava osuus laskee hyvin matalaksi. Kuten edellä kävi ilmi, voi tämä aiheuttaa tietynlaista lisääntyvää käyttöä ja olla siten haaste moraalikadolle, mutta taustalla vaikuttaa useat sosiaalivakuutuksen periaatteet ja esimerkiksi tavoite pitkäaikais- ja vakavasti sairaiden henkilöiden turvaamisesta. Yksityisen lääkärin hoito- ja tutkimuskulut on järjestetty niin, että korvaus on ennalta määritelty taksa, jonka vakuutettu saa ikään kuin alennuksena käyttäessään palvelua.

Yksityisistä vakuutuksenantajista lähes kaikilla vakuutusyhtiöillä terveysvakuutuksissa on vakuutuskausikohtainen omavastuu, mutta se voi olla myös esimerkiksi vakuutustapahtumaeli sairauskohtainen. Omavastuun suuruuden pystyy useissa vakuutuksissa valitsemaan vakuutettu itse, mikä toteuttaa myös itsevalinnan ja seulonnan periaatteita, joita käsiteltiin

aiemmin luvussa 4.1. Suuruudeltaan omavastuu voidaan sopia, ja käytännössä suomalaisilla vakuutusyhtiöillä sen voi valita nolasta eurosta 2000 euroon saakka. Lähes kaikkien yhtiöiden terveystakuuksissa on vain euromääräinen omavastuu, eikä sen ylittävistä kuluista vakuutettu maksa enää itse mitään. (Ylönen 2019)

Koska omavastuu vaikuttaa olevan merkittävin vakuutusyhtiöiden keino vaikuttaa lisääntyvään terveystalveluiden käyttöön, ja koska vakuutus näyttää yksimielisesti kasvattavan terveystalveluiden käyttöä, on mielenkiintoista huomata, että lähes kaikki vakuutusyhtiöt käyttävät vakuutuskausikohtaista euromäärää omavastuuna. Esimerkiksi prosenttiosuusiin perustuva omavastuu on kannustimeltaan paljon tehokkaampi, sillä se vaikuttaa myös euromääräisen omavastuun ylittäneiden asiakkaiden terveystalveluiden hintaan. Taulukossa 3 on mallinnettu yksinkertaistaen sitä, miten kasvava määrä lääkärikäyntejä vaikuttaa vakuutetun itse maksettavaan osuuteen.

Taulukkoon 3 on otettu esimerkinomaisesti kaksi erilaista vakuutuskausikohtaista omavastuuta, joista toinen on euromääräinen ja kertaluonteinen vakuutuskauden ajan. Toinen on euromääräinen, jonka lisäksi vakuutettu maksaa 20 % tämän euromäärän ylittävistä kuluista vakuutuskauden aikana. Taulukosta huomataan, että jos lääkärikäynnin hinnaksi on oletettu 50 euroa, jo kolmas kerta vakuutuskauden aikana on vakuutetulle ensimmäisessä luokassa ilmainen. Sen sijaan prosenttiomavastuu, jonka vakuutettu maksaa euromääräisen ylittäviltä osilta, vakuutettu maksaa vielä pienen osan lääkärikäynneistään. Tässä 20 %:n esimerkissä se on 10 euroa. Prosenttiosuuteen perustuva omavastuu on kannustimena siis tehokkaampi, sillä se siirtää jatkuvasti pienen osan vakuutetun maksettavaksi, toisin kuin pelkkä euromääräinen, joka tekee riittävän usean käynnin jälkeen terveystalveluista vakuutetulle täysin maksuttomia.

Taulukko 3 Vakuutetun maksama osuus lääkärikäynneistä kahdessa erilaisessa omavastuutyypissä

Lääkärikäyntien määrä	Vakuutetun osuus kuluista, kun omavastuu 100 €	Vakuutetun osuus kuluista, kun omavastuu 100 € + 20 %
1	50 €	50 €
2	50 €	50 €
3	0 €	10 €
4	0 €	10 €
5	0 €	10 €

Luonnollisesti asiakkaiden näkökulmasta omavastuu on merkittävä kriteeri vakuutuksen valinnalle, joten kilpailu on tekijä, joka vaikuttaa vakuutuksenantajan mahdollisuuksiin käyttää omavastuita. Kuten Turvan haastattelussa nousi ilmi, asiakkaan mielestä vakuutuksen tulisi tietysti aina olla omavastuuton. Jos omavastuut asetetaan liian korkealle tai selkeästi korkeammaksi kuin kilpailijoilla, asiakkaat saavat vaihtaa vakuutuksenantajaa. Tämä saattaa olla esteenä sille, että omavastuu voitaisiin asettaa torjumaan tehokkaammin terveystalveluiden kasvavaa käyttöä.

Vakuutusmäärä

Ehkä hieman yllättäväkin huomio, joka nousi Pohjola Vakuutuksen haastattelussa, oli vakuutusmäärän merkitys moraalikadon torjunnassa. Vakuutusmäärä on vakuutusopimukseen kirjattu enimmäiskorvausmäärä, joka vakuutuksesta maksetaan yleensä vakuutuskauden tai koko voimassaolon ajalta. Haastateltava korosti vakuutusmäärän merkitystä moraalikadon torjunnassa sen vuoksi, että se saa vakuutuksenottajapuolta miettimään tarkemmin, millaisiin vahinkotapahtumiin haluaa vakuutustaan käyttää. Terveysvakuutuksessa vakuutusmäärä ohjaa vakuutuksenottajapuolta esimerkiksi miettimään tarkemmin, haluaako käyttää vakuutustaan jokaiseen pieneen sairastumiseen, esimerkiksi flunssaan tai pieneen särkyyn vai säästää korvaussummaa, jos jotakin suurempaa todella sattuu. Tämä huomio oli erityisen yllättävä sen vuoksi, ettei sitä juuri aikaisemmassa kirjallisuudessa ole tutkittu ja taas toisaalta sen vuoksi, ettei vakuutusyhtiö Turva nähnyt korvausmäärällä juurikaan roolia moraalikadon torjunnassa.

”Jos on olemassa se vakuutusmäärä -- sä ajattelet, että sulla on se turva, etkä sä halua kuluttaa sitä puhki tämmöseen vähän niin kuin pilipali asiaan...

Olenhan mä tyhmä, jos mä käytän tän tämmöseen.” (Vaissalo 2019)

Ero näiden vakuutusyhtiöiden välillä voinee selittyä sillä, että Pohjolalla vakuutusmäärä on koko vakuutuksen voimassaoloaikaan perustuva ja Turvalla vahinko- eli sairauskohtainen. Todennäköisesti koko vakuutuksen voimassaoloaikaan perustuva vakuutusmäärä vaikuttaa vakuutettujen ajattelutapaan enemmän kuin sairauskohtainen, sillä vakuutuskohtainen vakuutusmäärä tulee riittää useiksi, yleensä jopa kymmeniksi vuosiksi. Vahinkokohtaisen vakuutusmäärän terveystalveluksessa asiakkaan tarvitsee ajatella vain sen hetken sairautta ja sen aiheuttamia kustannuksia suhteessa vakuutusmäärään. Siten voisi myös ajatella, että vakuutuskausikohtainen vakuutusmäärä ohjailee käyttäytymistä, ainakin jos vakuutusmäärä on suhteellisen pieni. Siten johtopäätöksenä voidaan todeta, että aikaan sidottu vakuutusmäärä

vaikuttaa eniten vakuutettujen terveystalveluiden käyttöön ja on siten tehokkain karsimaan ylimääräistä käyttöä.

Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksessa ei sen sijaan ole korvausmäärää, joka asettaisi korvauksille rajoja. Tämä pohjautuu sosiaalivakuutuksen taustalla oleviin periaatteisiin, jotka vahvasti turvaavat vakuutettujen, erityisesti vakavasti ja pitkäaikaisesti sairastuneiden asemaa. Tämä ominaisuus yhdistettynä sairaanhoitovakuutuksen vuosiomavastuisiin voi olla moraalikadon torjumisen kannalta haasteellista, sillä vakuutetulla, jolla vuosiomavastuu on tullut täyteen, ei ole juurikaan kannusteita välttää esimerkiksi turhaa korvattavaa matkustamista ja voi toisaalta myös johtaa väärinkäytöksiin, kun vakuutetun ei tarvitse maksaa matkasta enää itse mitään. Tulee kuitenkin huomata, että vakuutetut, joilla vuosiomavastuut täyttyvät, ovat yleensä hyvin vakavasti tai pitkäaikaisesti sairastuneita, ja on kyseenalaista, miten suuri intressi tällaisilla henkilöillä on käyttää järjestelmää väärin.

Vakuutuksen sisältö

Vakuutuksen sisältö ja korvauspiirin laajuus nousivat aineistossa merkittäviksi tavoiksi, joilla vakuutuksenantaja pystyy hillitsemään erityisesti vakuutuksen myötä kasvavaa terveystalveluiden käyttöä. Vakuutuksenantaja voi sulkea korvauspiirin ulkopuolelle sellaisia palveluita, hoitoja tai kuluja, joihin kohdistuva moraalikato on merkittävän suurta tai todennäköistä. Tämä on tietysti ollut pitkän ajan työn tulos, jossa on tarkasteltu korvausmenoja suhteessa tiettyihin palveluihin ja tarvittaessa korvauslaajuutta on muutettu ajan kuluessa opituista vakuutettujen käyttäytymismalleista.

”Esimerkiksi ennen fysikaalinen hoito oli semmoinen, joka nousi sieltä vähän yli, niin sitä ruvettiin vaan rajoittamaan esimerkiksi kymmeneen kertaan.” (Vaissalo 2019)

Sosiaalivakuutuksessa voidaan vaikuttaa sairausvakuutuksen sisältöön pääasiassa lainsäädännön kautta, sillä sairausvakuutuksen korvattavat kulut perustuvat sen omaan etuuslainsäädäntöön. Myös esimerkiksi Lääkkeiden hintalautakunta (Hila) on olennainen osa Kela-korvattavien lääkkeiden määrittelyä. Viimeaikaisia sairausvakuutuksen muutoksia ovat olleet esimerkiksi lääkekorvauksien alkuomavastuun astuminen voimaan vuonna 2016 sekä samana vuonna tehty yksityisten terveystalveluiden korvauksien leikkaaminen. Lisäksi esimerkiksi aikaisemmin Kela-korvauksien ulkopuolelle on rajattu plastiikkakirurgiaan liittyvät toimenpiteet ja hoidot sekä hammashuollon korvauksia on muutettu, sillä niihin

huomattiin kohdistuvan vääränlaista ohjausta niin, että vakuutettu saattoi käyttää palvelua tarpeettoman usein.

Aineistossa nousi kuitenkin myös haasteita vakuutuksen sisällön ja korvauspiirin hyödyntämisessä moraalikadon torjumiseksi sosiaalivakuutuksessa. Kaikki sairausvakuutukseen liittyvät muutokset vaativat poliittista päätöksentekoa, sillä se perustuu yksityiskohtaiseen etuuslainsäädäntöön. Kuten myös edellä tuli ilmi, perustuu koko sosiaalivakuutus myös esimerkiksi perustuslaillisiin ja kansainvälisesti sovittuihin vakuutettujen oikeuksiin, joita vakuutuksen kattavuuden ja siten myös siihen tehtävien muutoksien tulee toteuttaa. Toisaalta sairausvakuutusjärjestelmän ja korvauksien kokonaisuuden tulee olla myös suomalaisten mielestä luotettava, tasa-arvoinen ja järkevä ollakseen legitiimi järjestelmä. Nämä luovat korvauspiirin muotoutumiselle tiettyjä reunaehtoja, jotka voivat vaikeuttaa sopivan korvauslaajuuden muotoutumista moraalikadon torjumisen kannalta.

Yksityiset vakuutuksenantajat taas voivat sulkea sopimusvapauteen nojaten melko vapaasti mitä tahansa hoitoja ja tutkimustoimenpiteitä vakuutusehtojen ulkopuolelle. Siten ne voivat karsia vakuutuksen korvauspiiristä hyvin yksityiskohtaisesti esimerkiksi tiettyjä sairauksia, toimenpiteitä, hoitoja tai määrittää tarkkaan, millaiseen tarkoitukseen annettu hoito ei ole korvattavaa. Vakuutusyhtiöillä on vakuutusehdoissaan pitkiä listoja siitä, mitä korvattaviin kuluihin ei kuulu, kuten näöntarkastuksia, luomien poistoa tai hivenaine-, kivennäisaine- tai vitamiinivalmisteen hankkimisesta, ellei kyseessä ole lääkevalmiste⁴. Yksityisillä vakuutusyhtiöillä ei ole taakkanaan samanlaisia periaatteellisia ja julkisen vallan toimivuuden kannalta olennaisia seikkoja, vaikka tietysti vakuutusliiketoiminnan perustuminen pitkälti luottamukseen vaatii asiakkaiden tuen taakseen. Vakuutuksen olla luonnollisesti asiakkaiden näkökulmasta järkevä kokonaisuus ja riittävän turvaava, jotta liiketoiminta voi menestyä.

Vakuutuksen väärinkäyttörytysten hallinta

Korvaustoiminnalla ja sillä, miten korvaukset ja niiden maksu on järjestetty, on pyritty estämään vakuutuksiin liittyviä väärinkäytösten ongelmia. Esimerkiksi sairaanhoitovakuutuksessa suurin osa korvauksista tulee suorakorvauksena, mikä tarkoittaa, että vakuutettu saa korvauksen jo vakuutuksen kattamaa palvelua käyttäessään. Esimerkiksi lääkekorvaukset maksetaan apteekissa vähentämällä Kela-korvauksen osuus lääkkeen hinnasta ja yksityisessä lääkärissä korvaus vähennetään palvelun hinnasta. Koska vakuutuskorvaus tulee

⁴ Esimerkit ovat peräisin suomalaisten vakuutusyhtiöiden vakuutusehdoista.

suoraan palvelun käytön yhteydessä ikään kuin alennuksena eikä sitä yleensä tarvitse itse hakea jälkikäteen, vähentää se käytännössä vakuutetun mahdollisuutta vilpillisen korvaushakemuksen tekemiseen. Aineiston perusteella tämän vuoksi sairaanhoitovakuutuksen väärinkäyttöä esiintyy hyvin vähän.

Myös yksityisten vakuutusyhtiöiden korvausjärjestelmät on pyritty rakentamaan niin, että ne tunnistavat mahdollisia vilpin yrityksiä. Teknologinen kehitys on helpottanut järjestelmän tehokkaampaa toimintaa, kun automaatio käy läpi saapuvia korvaushakemuksia. Järjestelmät pystyvät keräämään ja vertailemaan dataa useista korvaushakemuksista ja siten poimimaan hakemuksen, joka merkittävästi poikkeaa tavanomaisesta esimerkiksi ilmoitetun lääkärikäynnin hinnassa (yle.fi). Siten järjestelmä poimii ja nostaa esiin sellaisia korvaushakemuksia, joihin liittyy selkeää poikkeamaa tavanomaisesta ja korvauskäsittelijä voi esimerkiksi pyytää vakuutetulta tositteita korvauksen maksamisen perusteeksi.

Yksityisten vakuutusyhtiöiden haastatteluissa kumppanihoitolaitostoiminta nousi myös esiin tehokkaana keinona torjua vakuutusten väärinkäyttöä ja vilpillisten korvausten hakemista. Vakuutusyhtiöillä on yhteistyökumppanihoitolaitoksia, johon asiakasta ensisijaisesti ohjataan hoitoon. Jos asiakas käyttää kumppanihoitolaitosta, ei hänen välttämättä tarvitse tehdä vahinkoilmoitusta tai käyttää hoidossa käydessään omaa rahaa lainkaan, vaan hoitolaitos voi laskuttaa asiakasta suoraan. Kun vakuutettu ei maksa hoitoaan itse ja hae korvauksia jälkikäteen vakuutusyhtiöltä, poistuu sairaanhoitovakuutusten suorakorvausjärjestelmän tavoin mahdollisuus vakuutetun omille vilpillisille toimille tässä välissä. Pohjolan haastattelussa nousi esiin myös omien hoitolaitospalveluiden merkitys tässä, sillä kokemus on ollut, että kun koko hoito- ja korvausprosessi toimivat saman ”valvovan silmän alla”, vähenee vakuutettujen mahdollisuudet ja kokemus mahdollisiin huijaamistapauksiin. Vaikka hoitolaitosyhteistyö ja suoralaskutus on tarkoitettu myös asiakkaan korvausprosessin helpottamiseksi, on sillä suuri mahdollisuus kitkeä myös vilpillisiä korvaushakemuksia.

Älyvakuutukset

Edellä esiteltiin niin kutsuttuja älyvakuutuksia, joissa vakuutetun on mahdollista omalla käyttäytymisellään vaikuttaa vakuutusmaksuunsa tai saada muita etuja. Terveysvakuutusten osalta tämä voisi tarkoittaa muun muassa terveellisten elämäntapojen palkitsemista ja siten ensinnäkin vakuutuksenantajan näkökulmasta sitoa vakuutusmaksu vakuutetun riskiin ja toisaalta kannustaa terveellisempiin elämäntapoihin, joilla voidaan saavuttaa riskin pienentämistä. Tämä on oikeastaan vakuutuksenantajan ainoa keino pyrkiä pienentämään

elämäntapojen muutosta vakuutuksen myötä tai vähintään seuraamaan muutosta ja käyttää tätä tietoa riskin hinnoittelussa.

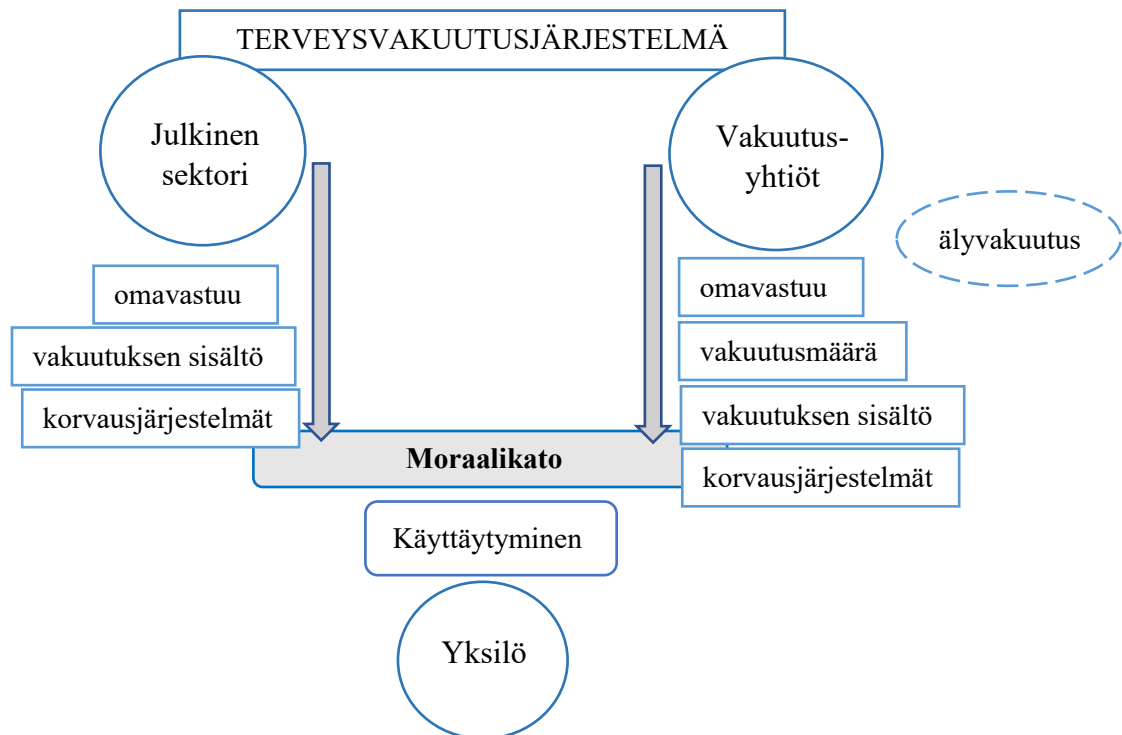
Aineiston pohjalta älyvakuutukset eivät kuitenkaan saaneet kovin suurta kannatusta. Tällaisia vakuutuksenottajapuolen omaan käyttäytymiseen sidottuja vakuutuksia ovat ottaneet lähinnä sellaiset henkilöt, jotka tietävät käyttäytyvänsä niin, että se hyödyttää heitä eli elävät terveellisesti ja urheilevat aktiivisesti. Vaikka vakuutuksenantajalle tämä voi näkyä pienentyneenä korvausmenona, palkitsemisen vuoksi vakuutusmaksutulokin on tavanomaista pienempi. Siten vakuutuksenantajan näkökulmasta älyvakuutukset eivät aiheuta ainakaan taloudellista hyötyä. Kansanterveyden ja suomalaisten hyvinvoinnin kannalta yhä kannustavammat keinot ylläpitää omaa terveyttä olisivat luonnollisesti hyödyllisiä. Tietysti jos tällaisista vakuutuksista innostuisivat suurempi joukko ihmisiä erilaisilla terveystyökaluilla, voisi hyötyä saavuttaa taloudellisestikin. Kuitenkin kokemus on osoittanut, että näitä vakuutuksia ottavat vain henkilöt, jotka tietävät hyötyvänsä kannustinelementeistä.

”Nämä älyvakuutukset eivät ole oikein lähteneet lentoon, vaikka niitä on ollutkin, koska niistä innostuvat nimenomaan sellaiset ihmiset, jotka tietävät siitä hyötyvänsä. Sinänsä meidän näkökulmasta pitkässä juoksussa se olisi plus miinus nolla hyödyllään.” (Aho 2019)

Toisaalta Nordea Henkivakuutuksen toimitusjohtaja Pekka Luukkanen (2020) kommentoi Ylen uutisessa, että uskoo tulevaisuuden trendin olevan kaikissa yhtiöissä seurata asiakkaan dataa tämän suostumuksella. Hänen mukaansa nykyiset vakuutus- tai terveydenhuoltomallit ovat kestävämpiä, mikäli vakuutuksenottajapuolella ei ole mitään vastuuta omista elintapapäätöksistään. Vaikka älyvakuutuksia on hyödynnetty lähinnä vasta henkivakuutuksissa, Luukkanen näkee mahdollisena laajentaa käyttöä myös sairauskuluvakuutuksiin. Keskustelun käyminen asiasta on kuitenkin haastavaa ja asenteet datan seurantaan kohtaan ovat ristiriitaiset asiakkaiden joukossa. (Luukkanen 2020)

Myös sosiaalivakuutuksen osalta on aika ajoin noussut keskusteluun se, pitäisikö vakuutetun elämäntapavalinnoilla, kuten tupakoinnilla, alkoholin suurella kulutuksella tai ylipainoisuudella olla vaikutusta sairausvakuutuksen korvauksiin tai esimerkiksi omavastuun suuruuteen. Aineiston perusteella tämä olisi kuitenkin äärettömän vaikeaa toteuttaa sairausvakuutuksen osalta perustuen hyvinvointivaltion periaatteisiin ja toisaalta ihmisten näkemyksiin siitä, että loukkaantunutta tai sairastunutta tulisi aina auttaa. Keskustelua on

kuitenkin käyty erityisesti riippuvuuksien osalta, sillä ne nähdään jollain tasolla aina ihmisen valintana, joka kuitenkin vaikuttaa riskiin ja sairausvakuutuksesta maksettavien korvausten suuruuteen.



Kuvio 8 Moraalikadon torjuntakeinot terveystakuutusjärjestelmässä

Kuviossa 8 on tiivistetty yksinkertaistaen terveystakuutusjärjestelmässä käytetyt moraalikadon torjuntakeinot mukaillen tutkielman teoreettista viitekehystä ja kuviota 6. Torjuntakeinot ovat sosiaali- ja yksityisvakuuttamisessa loppupeleissä hyvin samanlaiset, mutta merkittävä ero on se, että sairausvakuutuksesta puuttuu korvausmäärän käyttäminen moraalikadon torjunnassa. Lisäksi vakuutusyhtiön näkökulmasta ainakin tulevaisuudessa älyvakuuttamisella voi olla rooli erityisesti ex-ante moraalikadon torjunnassa, mikä on kuvattu kuvioon katkoviivojen kanssa.

6 YHTEENVETO

6.1 Johtopäätökset ja tulosten suhde teoriaan sekä aikaisempaan tutkimukseen

Tutkielman alussa asetettiin kaksi ongelmaa, joihin tutkimuksella haluttiin löytää vastaus:

- Miten epäsymmetrinen informaatio esiintyy ja vaikuttaa suomalaisessa terveysvakuutusjärjestelmässä?
- Millaisilla keinoilla terveysvakuutusjärjestelmässä epäsymmetristä informaatiota voidaan vähentää ja torjua?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoitus oli selvittää, miten ja millaisena epäsymmetrinen informaatio esiintyy ja vaikuttaa Suomen terveysvakuuttamisessa. Jo kirjallisuuskatsauksessa tuli ilmi, että haitallisen valikoitumisen esiintyminen pakollisessa sairausvakuutuksessa ei ole mahdollista, sillä ongelma perustuu käytännössä vakuutuksenottajan mahdollisuuteen päättää ottaako vakuutuksen, mitä pakollisissa vakuutuksissa ei ole. Siten se on mahdollista vain vapaaehtoisissa vakuutuksissa, joissa on mahdollisuus siihen, että korkeariskiset asiakkaat ottavat todennäköisemmin tai enemmän vakuutuksia. Tutkimusten tulosten mukaan vakuutuksenottajapuolen päätös vakuuttaa itsensä riippuu kuitenkin ensisijaisesti useista muista tekijöistä kuin henkilön omasta riskin kokemuksesta. Osittain viitteitä saatiin myös suotuisan valikoitumisen mahdollisuudesta, sillä aineiston mukaan asiantuntijoiden kokemus on ollut se, että itsestään huolta pitävät ottavat todennäköisemmin vakuutuksen. Moraalikalvon ilmenemismuodoista terveystalouden lisääntyvä käyttö, elämäntapavalintojen heikko taso ja vakuutuksen väärinkäyttö tunnistettiin terveysvakuutuksiin liittyväksi moraalikalvoksi. Yksityisen vakuuttamisen osalta lähinnä kasvava palvelun käyttö nähtiin haasteena, kun taas sairausvakuutuksessa erityisesti heikkojen elämäntapojen merkitys korostui.

Vaikka epäsymmetrisen informaation esiintyminen ja ilmenemisen muodot tunnistettiin yhteneväisiksi teorian ja aikaisemman tutkimuksen kanssa, vakuuttajat eivät olleet kovin huolissaan ilmiöstä eivätkä ne ole pyrkineet tutkimaan sen esiintymistä tai laajuutta. Kyse ei kuitenkaan ole siitä, etteikö ilmiötä esiintyisi terveyden vakuutuksissa, vaan siitä, että vakuutuksenantajat tuntuivat luottavan omiin torjuntakeinoihinsa epäsymmetristä informaatiota vastaan. Koska epäsymmetrinen informaatio on tunnistettu ja sitä on tutkittu jo pitkään, ovat vakuuttajat oppineet torjumaan sitä niin, ettei se aiheuta merkittäviä ongelmia

liiketoiminnalle. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen voidaan siis vastata niin, että epäsymmetristä informaatiota esiintyy Suomen terveystakuuttamisessa, mutta sillä ei ole merkittävää vaikutusta vakuuttajiin.

Toisen tutkimusongelman tarkoitus oli selvittää keinoja, joita epäsymmetrisen informaation torjumiseksi voidaan käyttää ja millaisia haasteita sekä mahdollisuuksia niihin liittyy. Teorian kautta löydettiin runsaasti erilaisia keinoja torjua epäsymmetristä informaatiota, mutta aineiston pohjalta näitä kaikkia ei käytetä terveyden vakuutuksissa. Haitallista valikoitumista vakuutusyhtiöt torjuvat lähinnä hyvän vastuunvalinnan avulla ja moraalikadon tärkeimpiä torjuntakeinoja sekä sairaus- että yksityisvakuuttamisen osalta ovat omavastuut, vakuutuksen sisältö tai sen korvauspiirin laajuus sekä tehokkaat korvausjärjestelmät. Vakuuttajilla oli käytössään lähes samat keinot vain pienillä eroilla. Teoriassa vakuutuksenottajapuolen tehokkaampaa kannustinvaikutinta ja riskivastaavuutta voisi saada lisättyä esimerkiksi käyttämällä vahinkoihin sidottua bonusjärjestelmää, hyödyntämällä älyvakuutuksien kautta seurattavaa dataa vakuutusmaksuissa tai siirtämällä sairausvakuutuksessa elämäntapavalintojen vaikutuksen esimerkiksi korvausprosenttiin.

Mielenkiintoinen näkökulma, joka tutkimuksessa nousi esiin, oli se, että vaikka epäsymmetrisen informaation torjunnassa ei käytetä ainakaan teorian mukaan kaikkein kannustavimpia keinoja, vakuuttajat pitivät niitä hyvin pitkälti riittävinä välineinä. Tutkimuksessa ei kuitenkaan saatu täysin vastausta, liittyykö tämä siihen, että epäsymmetrisen informaatio on osattu huomioida esimerkiksi hinnoittelussa tai vakuutuskannan kokonaiskannattavuudessa vai onko kyse siitä, että epäsymmetrisen informaatio näissä vakuutuksissa on tosiaan niin pientä, ettei torjuntakeinoja tarvitse tehostaa. Viitteitä aineisto antoi kuitenkin siitä, että vakuuttajat ovat hyväksyneet toiminnassaan tietynasteisen epäsymmetrisen informaation eli mahdollisuuden siitä, että esimerkiksi joitakin vilpillisiä korvaushakemuksia korvataan, lääkärissä käydään vakuutuksen myötä herkemmin tai pieni osa ottaa vakuutuksen siitä tietoisesti hyötyäkseen. Tässä päästään hyvin lähelle tutkimuksen alussakin esitettyä ajatusta siitä, että osa epäsymmetrisestä informaatiosta on rationaalista hyväksyä, jos tiedon hankkimisen kustannukset eivät tuota riittävästi hyötyä. Lopulta pääsemme takaisin epäsymmetrisen informaation juurille, jonka mukaan kaikkea tietoa ei olekaan relevanttia kerätä. Tätä periaatetta myös vakuuttajat näyttävät noudattavan.

6.2 Tutkimuksen arviointi

Tutkimusta arvioitaessa nostetaan perinteisesti esiin kaksi olennaista käsitettä: tutkimuksen reliabiliteetti sekä validiteetti. Nämä käsitteet ovat alun perin luotu kvantitatiivisen tutkimuksen arviointiin, mutta niitä voidaan jossain määrin hyödyntää myös kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että kahdella eri tutkimuskerralla saadaan sama lopputulos, joko tutkittaessa samaa henkilöä tai erilaisella tutkimusmenetelmällä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 186) Siinä mielessä esimerkiksi kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastatteluiden käyttö rinnakkain voidaan nähdä vahvistavan tutkimuksen reliabiliteettia niiltä osin, kuin ne tuottivat samat johtopäätökset. Toisaalta kokonaan sitä ei voida pitää merkinä reliabiliteetista, sillä kirjallisuuskatsauksen ja haastatteluaineiston kohteena ovat kuitenkin olleet erilaisten valtioiden vakuutusmallit, jotka eroavat toisistaan.

Kvalitatiivista tutkimusta arvioitaessa reliabiliteetin näkökulmasta merkitykselliseksi nousee aineiston lisäksi myös tutkijan toiminta ja analyysi aineiston pohjalta. Tärkeää on, että analyysissä on pyritty huomioimaan aineistoa monipuolisesti ja pohtimaan, onko kaikki mahdollinen aineisto huomioitu. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 189) Tässä tutkielmassa aineistoa pyrittiin esittämään kattavasti ja erottamaan selkeästi aineistoista nousseet asiat ja niistä tehdyt tutkijan johtopäätökset. Mitään tutkijan johtopäätöksiä ei väitetty täysin tosiasiaiksi vaan pyrittiin esittämään vaihtoehtoja aineistoon nojaten, mikä olikin enemmän tutkimuksen tarkoitus. Tutkielmassa haluttiin esittää mahdollisia tapahtumaketjuja ja tutkittavan ilmiön ilmenemismuotoja monitahoisesti, eikä todentaa tiettyjä väittämiä yksiselitteisiksi tosiasioiksi.

Validiteetilla on perinteisesti ollut tarkoitus arvioida sitä, onko tutkimus onnistunut ratkaisemaan sen ongelman, joka sille on asetettu tai toisin sanoen onko tutkimusmenetelmä mitannut sitä, mitä sen alun perin pitikin tutkia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231). Tutkittavan aiheen haastavuuden kannalta oli paikoittain vaikeaa saada haastateltavat pysymään täysin aiheessa tai vastaamaan tarkalleen oikeaan asiaan ja tutkijan oikeiden asioiden poimimisen taito nousi tarpeelliseksi. Aineistosta saatiin kuitenkin poimittua vastaukset tutkimusongelmiin. Lisäksi validiteettia kvalitatiivisessa tutkimuksessa voi vahvistaa esimerkiksi sillä, että aineistoa raportoitaessa ja analysoidessa viitataan sopivassa määrin aikaisempaan kirjallisuuteen ja tutkimukseen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 190) Tätä keinoa tutkimuksessa pyrittiin hyödyntämään aineistosta nousseiden seikkojen tai tutkijan johtopäätöksien tukemiseksi tai vaihtoehtoisten ratkaisujen esittämiseksi, jotta kaikki näkökulmat tulisi käytyä läpi.

Teemahaastattelua arvioitaessa on tärkeää aineiston keruun ja käsittelyn laaduntarkkailu. Merkityksellistä on esimerkiksi haastattelukysymysten hyvä asettelu ja aihealueen syvä tuntemus, jotta esimerkiksi kysymyksiä voidaan syventää ja esittää vaihtoehtoisia kysymyksiä haastattelutilanteessa. Lisäksi haastatteluiden teknisestä välineistöstä huolehtiminen on merkityksellistä, jotta kaikki aineisto saadaan nauhalle tarpeeksi selkeästi ja voidaan litteroida luotettavasti. Litterointi on myös hyvä tehdä mahdollisimman nopeasti haastattelutilaisuuden jälkeen aineiston luotettavuuden parantamiseksi. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184–185) Näistä käytännön asioista pyrittiin pitämään mahdollisimman hyvää huolta haastatteluita tehdessä ja esimerkiksi litteroinnit myös tarkistettiin haastateltavilla. Aineiston keruu haluttiin tehdä vasta, kun aikaisempaan teoriaan ja tutkimukseen oli tutustuttu huolella, jotta ymmärrettäisiin kaikki ilmiössä huomioitavat seikat ja voitaisiin tarvittaessa syventää haastattelukysymyksiä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa myös sillä, että tutkija selostaa lukijalle mahdollisimman tarkasti tutkimuksen toteuttamiseen liittyviä seikkoja, kuten haastattelutilanteiden olosuhteita, niihin käytettyä aikaa, mahdollisia häiriötekijöitä tai haasteita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232). Haastatteluihin liittyviä käytännön asioita pyrittiin selittämään lukijalle luvussa 5.3. Tässä luvussa selitettiin käytännönläheisesti, millaiset haastattelutilanteet olivat, kauanko ne kestivät ja mitä sellaisia haasteita niihin liittyi, mitkä voivat vaikuttaa tutkielman luotettavuuteen. Lisäksi aiemmin selitettiin sisällönanalyysin prosessia tässä tutkielmassa. Itse analyysissä tehdyissä johtopäätöksissä pyrittiin nojaamaan vain aineistosta tai muista ulkoisista lähteistä löydettyihin tietoihin sekä selittämään, mihin eri johtopäätökset perustuvat.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkielman ohessa syntyi useita jatkotutkimuskysymyksiä, jotka eivät mahtuneet tämän tutkielman laajuuteen. Vakuutusyhtiöiden kertoman perusteella he eivät erityisen tarkasti ole empiirisesti tutkineet, miten epäsymmetrinen informaatio esiintyy nykypäivänä terveystakuuksissa. Mielenkiintoista olisi tutkia kvantitatiivisin metodein näiden ilmiöiden olemassaoloa esimerkiksi vertailemalla omavastuiden ja korvausmäärien vaikutusta terveystalveluiden käyttöön tai keräämällä tietoa vakuutusentottajien ajatuksista riskitasoistaan ja verrata näitä vakuutuksen ottaneisiin ja vakuuttamattomiin henkilöihin.

Toisaalta esimerkiksi haitallisen valikoitumisen kartoittamiseksi voisi selvittää haastatteluin tai kyselyin, mihin syihin vakuuttamispäätös vakuutuksenottajilla perustuu ja siten selvittää, miten iso rooli vakuutuksenhakijan omalla riskikäsitteellä ja siten haitallisella valikoitumisella on terveysvakuutuksissa. Epäsymmetrisen informaation tutkimuskenttä on mielenkiintoinen ja sisältää useita kiinnostavia jatkotutkimusmahdollisuuksia.

LÄHDELUETTELO

Kirjallisuuslähteet

- Airio, Ilpo. (2017). Sairausvakuutus. Teoksessa: Havakka, Pauliina; Niemelä, Mikko & Uusitalo, Hannu (toim.). *Sosiaalivakuutus*. [Toinen uudistettu painos]. Helsinki: Finva. Pp. 125–151.
- Akerlof, George. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*. Vol. 84. No. 3. Pp. 488–500.
- Aperjis, Christina & Balestrieri, Filippo. (2017). Loss aversion leading to advantageous selection. *Journal of Risk and Uncertainty*. Vol 55. No. 2-3. Pp. 203–227.
- Arrow, Kenneth. (1984). The Economics of Agency. *Institute for Mathematical Studies in the Social Sciences*. Stanford University: Stanford.
- Ben-Shahar, Omri, & Logue, Kyle. (2012). OUTSOURCING REGULATION: HOW INSURANCE REDUCES MORAL HAZARD. *Michigan Law Review*. Vol 111. No. 2. Pp. 197–248.
- Boone, Jan. (2015). Basic versus supplementary health insurance: Moral hazard and adverse selection. *Journal of Public Economics*. Vol. 128. Pp. 50–58.
- Born, Patricia & Sirmans, E. Tice. (2019). Restrictive Rating and Adverse Selection in Health Insurance. *Journal of Risk and Insurance*.
- Brot-Goldberg Zarek C., Chandra Amitabh, Handel Benjamin R., Kolstad Jonathan T. (2017). What Does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics. *Quarterly Journal of Economics*. Vol 132. Pp. 1261–1318.
- Browne, Mark J. (1992). Evidence of Adverse Selection in the Individual Health Insurance Market: ABSTRACT. *Journal of Risk and Insurance*. (1986-1998). Vol. 59. No. 1. Pp. 13.
- Browne, Mark & Doerpinghaus, Helen. (1993). Information Asymmetries and Adverse Selection in the Market for Individual Medical Expense Insurance: ABSTRACT. *Journal of Risk and Insurance*. (1986-1998). Vol. 60. No. 2. Pp. 300.
- Cawley, John & Philipson, Tomas. (1999). An empirical examination of information barriers to trade in insurance. *American Economic Review*. Vol. 89. No. 4. Pp. 827– 846.
- Chiappori, Pierre- André & Salanié Bernard. (2013). Teoksessa: Dionne, Georges (toim.) *Handbook of Insurance*. 2. ed. New York: Springer. Pp. 397–422.
- Chiappori, Pierre-André, Jullien Bruno, Salanié, Bernard & Salanié, François. (2006). Asymmetric information in insurance: general testable implications. *The RAND Journal of Economics*. December 2006. Vol. 37. No. 4. Pp. 783–798.
- Culter, David & Reber, Sarah. (1998). Paying for Health Insurance: The Trade-Off between Competition and Adverse Selection. *The Quarterly Journal of Economics*. Vol. 113. No. 2. Pp. 433–466.

- Dave, Dhaval & Kaestner, Robert. (2009). Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from Medicare. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. Vol. 9. No. 4. Pp. 367–390.
- Doiron, Denise, Jones, Glenn & Savage, Elizabeth. (2008). Healthy, wealthy and insured? The role of self-assessed health in the demand for private health insurance. *Health Economics*. Vol. 17. No. 3. Pp. 317–334.
- Ehrlich, Isaac & Becker, Gary. (1972). Market Insurance, Self-Insurance, and Self-Protection. *Journal of Political Economy*. Vol. 80. No. 4. Pp. 623–648.
- Einav, Liran & Finkelstein, Amy. (2018). Moral Hazard in Health Insurance: What We Know and How We Know It. *Journal of the European Economic Association*. Vol. 16. No. 4. Pp. 957–982.
- Eling, Martin & Lehmann, Martin. (2018). The Impact of Digitalization on the Insurance Value Chain and the Insurability of Risks. *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*. Vol. 43. No. 3. Pp. 359–396.
- Fang, Hanming, Keane, Michael & Silverman, Dan. (2008). Sources of Advantageous Selection: Evidence from the Medigap Insurance Market. *Journal of Political Economy*. Vol. 116. No. 2. Pp. 303–350.
- Forster, Edgar & Steinmuller, Heinz. (1978). An Alternative View on Moral Hazard. *Journal of Risk and Insurance* (pre-1986). Vol 45. No. 3. Pp. 531–534.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena. (2008). *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus Helsinki University Press: Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Pirjo. (2009). *Tutki ja kirjoita*. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Holtan, Jon. (2001). Optimal Insurance Coverage under Bonus-Malus Contracts. *ASTIN Bulletin*. *Cambridge University Press*. Vol. 31. No. 1. Pp. 175–186.
- Hoppu, Esko & Hemmo, Mika. (2006). *Vakuutusoikeus*. Helsinki: WSOYpro
- Huhtanen, Raija. (2017). Sosiaalivakuutuksen oikeudellinen perusta. Teoksessa: Havakka, Pauliina, Mikko Niemelä & Hannu Uusitalo (toim.). *Sosiaalivakuutus*. [Toinen uudistettu painos]. Helsinki: Finva. Pp. 55–82.
- Jokela, Teemu, Veera Lammi, Ilkka Lohi, and Timo Silvola. (2013). *Vapaaehtoinen henkilövakuutus*. 6. uud. p. Helsinki: Finanssi- ja vakuutuskustannus Finva
- Järvinen, Raija. (2004). Teoksessa: Hellsten, Katri & Helne, Tuula (toim.). *Vakuuttava sosiaalivakuutus?* Helsinki: Kelan tutkimusosasto
- Kafková, Silvia. (2015). Bonus-malus Systems in Vehicle Insurance. *Procedia Economics and Finance*. Vol. 23. Pp. 216–222.
- Kajanoja, Jouko. (2016). *Sosiaalipolitiikka – Historia, nykytila ja tulevaisuus*. Oriveden Kirjapaino: Orivesi.
- Kangas, Olli & Niemelä, Mikko. (2017). Riskit, vakuutus ja sosiaalivakuutus. Teoksessa: Havakka, Pauliina, Mikko Niemelä & Hannu Uusitalo (toim.). *Sosiaalivakuutus*. [Toinen uudistettu painos]. Helsinki: Finva. Pp. 8–54.

- Norio-Timonen, Jaana. (2003). *Vakuutuksenantajan vastuu vakuutustapahtumasta*. Talentum: Helsinki.
- Olivella, Pau & Vera-Hernández, Marcos. (2013). TESTING FOR ASYMMETRIC INFORMATION IN PRIVATE HEALTH INSURANCE. *The Economic Journal*. Vol. 123. No. 567. Pp. 96–130.
- Panthöfer, Sebastian. (2016). Risk Selection under Public Health Insurance with Opt-Out. *Health Economics*. Vol. 25. No. 9. Pp. 1163–1181.
- Puelz, Robert & Snow, Arthur. (1994). Evidence on Adverse Selection: Equilibrium Signaling and Cross-Subsidization in the Insurance Market. *Journal of Political Economy*. Vol. 102. No. 2. Pp. 236–257.
- Rantala, Jukka & Kivisaari, Esko. (2014). *Vakuutusoppi*. 12. uud. p. Helsinki: Finanssi- ja vakuutuskustannus Finva.
- Rothschild, Michael & Stiglitz, Joseph. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *The Quarterly Journal of Economics*. Vol. 90. No. 4. 1 Pp. 629–649.
- Salminen, Ari. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopiston julkaisuja.
- Schmitz, Hendrik. (2011). Direct evidence of risk aversion as a source of advantageous selection in health insurance. *Economics Letters*. Vol. 113. No. 2. Pp. 180–182.
- Shapira, Zur & Venezia, Itzhak. (1999). Experimental Tests of Self-Selection and Screening in Insurance Decisions. *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*. Vol. 24. No. 2. Pp. 139–158.
- Stanciole, Anderson. (2008). Health Insurance and Lifestyle Choices: Identifying "Ex Ante" Moral Hazard in the US Market. *The Geneva Papers on Risk and Insurance. Issues and Practice*. Vol. 33. No. 4. Pp. 627–644.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, Uudistettu laitos. edn, Tammi: Helsinki.
- Zweifel, Peter and Eisen, Roland. (2012). *Insurance Economics*. Berlin: Springer
- Winter, Ralph. (2013). Optimal Insurance Contracts Under Moral Hazard. Teoksessa: Dionne, Georges (toim.). *Handbook of Insurance*. New York: Springer. Pp. 205–230.
- Wortham, Leah. (1986). The economics of insurance classification: the sound of one invisible hand clapping. *Ohio State Law Journal*. Vol. 47. No. 4. Pp. 835–890.
- Ylönen, Marjo. (2019). *Opas aikuisten sairauskuluvakuutuksesta*. Fine, vakuutus- ja rahoitusneuvonta. Saatavilla: <https://www.fine.fi/media/julkaisut-2019/opus-aikuisten-sairauskuluvakuutuksesta-2019.pdf>

WWW-sivut

- Discovery 2019. How Vitality works? Saatavilla: <https://www.discovery.co.za/vitality/how-vitality-works> Luettu 17.10.2019

- Finanssiala 2019a: Sairauskuluvakuutusten määrä kasvussa. Saatavilla: <http://www.finanssiala.fi/uutismajakka/Sivut/Sairauskuluvakuutusten-maara-kasvussa.aspx> Luettu 12.1.2019
- Finanssiala 2019b: Rekisteri herättää vakuutustutkijan penkomaan. Saatavilla: <https://www.finanssiala.fi/uutismajakka/Sivut/Rekisteri-herattaa-vakuutustutkijan-penkomaan.aspx> Luettu 22.9.2019
- Finanssivalvonta: Vakuutus sopimuksen irtisanominen. Saatavilla: <https://www.finanssivalvonta.fi/kuluttajansuoja/kysymyksiä-ja-vastauksia/vakuutukset/vakuutus sopimuksen-irtisanominen/> Luettu 23.9.2019
- If 2019: If Omavastuuraha: Saatavilla: <https://www.if.fi/henkiloasiakkaat/vakuutukset/asiakasedut/omavastuuetu> Luettu 23.9.2019
- Kansaneläkelaitos 2017. Kela-korvauksia leikattiin – yksityisten terveystalveluiden käyttö silti lähes ennallaan. Kelan tutkimusblogi 27.6.2017. Saatavilla: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3995> Luettu 18.11.2019
- Kansaneläkelaitos 2019a: Lääkäripalkkiot. Saatavilla: https://www.kela.fi/sairaanhoito_laakarinpalkkiot Luettu 25.5.2019
- Kansaneläkelaitos 2019b: Tutkimus ja hoito. Saatavilla: https://www.kela.fi/sairaanhoito_tutkimus-ja-hoito Luettu 25.5.2019
- Kansaneläkelaitos 2019c: Lääkekorvaukset. Saatavilla: <https://www.kela.fi/laakkeet> Luettu 20.1.2019
- Kansaneläkelaitos 2019d: Matkakorvaukset. Saatavilla: <https://www.kela.fi/matkat> Luettu 20.1.2019
- Kansaneläkelaitos 2019e: Kelan rahoitus vuonna 2017. Saatavilla: <https://www.kela.fi/rahoitus> Luettu 12.1.2019
- LähiTapiola 2019a: Vakavan sairauden turva. Saatavilla: <https://www.lahitapiola.fi/henkilo/vakuutukset-ja-elake/henkilovakuutukset/vakavan-sairauden-vakuutus> Luettu 28.5.2019
- LähiTapiola 2019b: Älyhenkivakuutus. Saatavilla: <https://www.lahitapiola.fi/henkilo/vakuutukset-ja-elake/henkilovakuutukset/henkivakuutus/alyhenkivakuutus> Luettu 17.10.2019
- OP Vakuutus Oy 2019: Terveys selvitys. Saatavilla: <https://www.op.fi/henkiloasiakkaat/vakuutukset/terveys selvitys> Luettu 29.3.2019
- SAS 2019. The State of Insurance Fraud Technology: https://www.sas.com/fi_fi/insights/articles/risk-fraud/the-state-of-insurance-fraud-technology.html#/ Luettu 17.10.2019
- Sosiaali- ja terveystministeriö. 2019: Sosiaalivakuutusmaksut <https://stm.fi/sosiaalivakuutusmaksut> Luettu 16.1.2019
- Swiss Re 2017. Technology and Insurance: themes and challenges. Saatavilla: <https://www.swissre.com/dam/jcr:85c4ccde-50b7-41cf-a2df->

[d365cc35a6f4/expertise_publication_technology_and_insurance_themes_and_challenges.pdf](https://www.talanx.com/newsroom/aktuellethemen/2012/unisex.aspx?sc_lang=en) Luettu 23.2.2019

Talanx 2019. Unisex tariffs: What's the point of Unisex? https://www.talanx.com/newsroom/aktuellethemen/2012/unisex.aspx?sc_lang=en Luettu 23.9.2019

Verisk 2019. About ISO. Saatavilla <https://www.verisk.com/insurance/brands/iso/about/> Luettu 22.9.2019

Yle.fi. Näin tehdään vakuutuspetos – ja jäädään siitä kiinni. Saatavilla: <https://yle.fi/uutiset/3-9770043> Luettu 14.9.2019

Muut painetut lähteet:

Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224

Vakuutusopimuslaki 28.6.1994/543

Henkilölähteet

Aho, Juha. (2019). Palvelujohtaja, Keskinäinen Vakuutusyhtiö Turva. Haastattelu 12.12.2019.

Lehto, Tiina. (2019). Vakuutusasiantuntija, Keskinäinen Vakuutusyhtiö Turva. Haastattelu 12.12.2019.

Luukkanen, Pekka. (2020). Kuluttajat eivät ole innostuneet tekoälyä hyödyntävistä vakuutuksista – henkivakuutusjohtaja: "Osa ajattelee, että personointi on väärin". Yle Uutiset 2.2.2020. Saatavilla: <https://yle.fi/uutiset/3-11183815> Luettu 1.3.2020

Tiainen, Milja. (2019). Asiantuntija, Sosiaali- ja terveysministeriö. Haastattelu 25.10.2019.

Vaissalo, Antti. (2019). Vakuutuspäällikkö, Pohjola Vakuutus Oy. Haastattelu 11.11.2019.

LIITE 1: Sosiaalivakuutuksen teemahaastattelurunko

Taustatiedot

Mikä on nykyinen työtehtäväsi ja millainen tausta sinulla on?

Miten paljon työsi liittyy epäsymmetrisen informaation ongelmiin tai miten epäsymmetrisen informaatio näkyy työssäsi?

TEEMA 1: Epäsymmetrisen informaatio ilmiönä

1.1 Tapahtuuko sairausvakuutuksessa haitallista valikoitumista ja jos, niin miten se ilmenee?

1.2 Esiintyykö sairausvakuutuksessa moraalikatoa ja jos, niin millaisena käyttäytymisenä se näkyy ja/tai voisi näkyä?

1.3 Esiintyykö epäsymmetrisen informaation ongelmia mielestäsi paljon sairausvakuutuksessa?

1.4 Aiheuttavatko ongelmat kustannuksia sairausvakuutusjärjestelmälle ja jos, kuinka paljon?

1.5 Kuormittaako epäsymmetrisen informaatio sairausvakuutusjärjestelmää muulla tavoin kuin taloudellisesti?

1.6 Vaikuttavatko sairausvakuutuksen (tai koko sosiaalivakuutuksen) ominaispiirteet epäsymmetrisen informaation ongelmiin (vrt. yksityiset vakuutukset)?

TEEMA 2: Torjuntakeinot

2.1 Millaisia torjuntakeinoja käytätte sosiaalivakuutuksessa epäsymmetrisen informaation ongelmien estämiseksi ja vähentämiseksi? Miksi?

2.2 Kuinka paljon mielestäsi epäsymmetrisen informaation torjuminen on ristiriidassa muiden sosiaalivakuutuksen periaatteiden kanssa? Miten tärkeää sosiaalivakuutuksessa on torjua epäsymmetristä informaatiota?

2.3 Onko mielestänne sosiaalivakuutuksella paremmat keinot torjua epäsymmetristä informaatiota kuin yksityisillä vakuuttajilla?

2.4 Mitä haasteita tai ongelmia löytyy epäsymmetrisen informaation torjunnassa tai torjuntakeinoissa? Entä mahdollisuuksia?

LIITE 2: Vakuutusyhtiöiden teemahaastattelurunko

Taustatiedot

Mikä on nykyinen työtehtäväsi, tittelisi ja millainen tausta sinulla on?

Miten paljon työsi liittyy epäsymmetrisen informaation ongelmiin tai miten epäsymmetrisen informaatio näkyy työssäsi?

TEEMA 1: Epäsymmetrisen informaatio ilmiönä

1.1 Tapahtuuko yksityisissä terveystakuuksissa haitallista valikoitumista ja jos, niin miten se ilmenee?

1.2 Esiintyykö yksityisissä terveystakuuksissa moraalikatoa ja jos, niin millaisena käyttäytymisenä se näkyy ja/tai voisi näkyä?

1.3 Esiintyykö epäsymmetrisen informaation ongelmia mielestäsi paljon terveystakuuksissa?

1.4 Aiheuttavatko ongelmat kustannuksia vakuutusyhtiölle ja jos, kuinka paljon?

1.5 Kuormittaako epäsymmetrisen informaatio vakuutusyhtiöitä muulla tavoin kuin taloudellisesti?

1.6 Vaikuttavatko vapaaehtoisen vakuutuksen ominaispiirteet epäsymmetrisen informaation ongelmiin (vrt. sosiaalivakuutus)?

TEEMA 2: Torjuntakeinot

2.1 Millaisia torjuntakeinoja yksityisissä terveystakuuksissa käytätte epäsymmetrisen informaation ongelmien estämiseksi ja vähentämiseksi? Miksi?

2.2 Teettekö hoitolaitosten kanssa yhteistyötä esim. sopimuskumppanuuden kautta? Onko sillä jokin rooli epäsymmetrisen informaation torjumisessa? (Vain Pohjola Vakuutus): Onko omien hoitolaitospalveluiden järjestämisellä ollut vaikutusta epäsymmetrisen informaation ongelmiin?)

2.3 Onko mielestänne yksityisillä vakuuttajilla sosiaalivakuutusta paremmat keinot torjua epäsymmetristä informaatiota?

2.4 Mitä haasteita tai ongelmia löytyy epäsymmetrisen informaation torjunnassa tai torjuntakeinoissa? Entä mahdollisuuksia?