

Selina Sivonen

KANNUSTINPOHJAISEN SAIRAU SVAKUUTUKSEN POTENTIAALI KANSANTAUTIEN VÄHENTÄMISESSÄ

Kauppatieteet
Kandidaatin tutkielma
Joulukuu 2020

TIIVISTELMÄ

Selina Sivonen: Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaali kansantautien vähentämisessä
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Kauppatieteiden tutkinto-ohjelma
Vakuutus ja riskienhallinta
Joulukuu 2020

Terveys ja hyvinvointi koskettaa kaikkia ihmisiä joka päivä sekä mikro- että makrotasolla. Arviolta yli 40 prosenttia suomalaisista sairastaa jotakin pitkäaikaissairautta, ja sairastavuus on yleistynyt kaikissa ikäryhmissä. Erityisesti kansantaudeilla ja niiden yleisyydellä on laaja vaikutus yksilöiden hyvinvointiin sekä yhteiskunnan talouteen. Kansantaudit ovat osin ennaltaehkäistävissä terveellisillä elintavoilla, kuten päihitteettömyydellä, terveellisellä ruokavaliolla sekä liikunnalla. Sekä yhteiskunnan että yksilön tasolla olisi tärkeää saada ihmiset kiinnittämään huomiota terveyskäyttäytymiseen sairastumista ennaltaehkäisevässä mielessä. Sairastumisen riskiin varauduttaessa ja kansanterveyttä edistettäessä tavoitellaan taloudellista turvaa, hallitaan kustannuksia ja edistetään ennaltaehkäisevästi terveyttä ja hyvinvointia. Tutkielman taustalla on ajatus kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen tuomasta mahdollisuudesta motivoida ihmisiä terveellisempään elämään tarjoten samalla kustannussäästöjä ja taloudellista turvaa sairastumisen varalle.

Tutkielma on toteutettu monimenetelmäisenä tutkimuksena, jossa on kaksi erilaista lähestymistapaa tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymykset ovat *1. Millä tavoin taloudellinen kannustin ohjaa yksilön terveyskäyttäytymistä?* ja *2. Millaisia sairauksia korvataan vapaaehtoisesta ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta?* Alatutkimuskysymykset ovat *”Millaiset taloudelliset kannustimet motivoivat yksilöitä tavoitteiden saavuttamisessa?”* ja *”Kuinka suuri osa sairausvakuutuksista korvatuista sairauksista on kansantauteja?”*. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tavoitteena on selvittää taloudellisen kannustimen teoreettista taustaa, ominaisuuksia ja toimivuutta suhteessa yksilön terveyskäyttäytymiseen. Tutkimusmenetelmänä on käytetty integroivaa kirjallisuuskatsausta. Toisella tutkimuskysymyksellä selvitetään, kuinka paljon kansantauteja korvataan lakisääteisestä ja vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta eli kuinka merkittävä osa korvatuista sairauksista on sellaisia, joihin voi omilla elintavoilla vaikuttaa. Toisena tutkimusmenetelmänä on käytetty kuvailevaa tilastoanalyysiä.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset osoittivat, että taloudellisella kannustimella voidaan saada tutkittavat toimimaan tavoitteen mukaisesti, ja vaikuttaa siten heidän terveyskäyttäytymiseensä. Tutkimuksista selvisi, että rahallinen kannustin oli toimiva motivaattori sekä pienempänä ja välittömänä palkkiona tavoitellun suorituksen jälkeen, että suurempana korvauksena pidemmän aikavälin tavoitteen saavutuksesta. Negatiivinen taloudellinen kannustin vaikutti tutkittavien terveyskäyttäytymiseen myös pitkällä aikavälillä ja myös rahallisen panoksen poistumisen jälkeen. Vakuutusyhtiö X:n ja Kelan sairausvakuutustilaston tilastoaineistoa analysoitiin vertailemalla korvattujen sairauksien prosentuaalisia osuuksia. Analyysin tulos oli tutkielman kokonaistavoitteen kannalta merkittävä, sillä vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista noin 50 prosenttia osoittautui kansantaudeiksi ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta vastaava osuus oli noin 70 prosenttia. Tutkimuksessa selvisi myös, että kannustinpohjaiset sairausvakuutukset sisältävät paljon sellaisia ominaisuuksia, jotka ovat perusteltavissa taloudellisen kannustimen toimivuudella. Suomalaisen vakuutusyhtiön sairausvakuutuksesta korvattujen sairauksien diagnoosien perusteella voidaan myös varovaisesti todeta vakuutuskannan olevan soveltuvia kannustinpohjaiselle sairausvakuutukselle. Tutkielmassa tehdyn analyysin konsensusena on, että kannustinpohjaisella sairausvakuutuksella voi olla potentiaalia kansansairauksien vähentämisessä suomalaisen yhteiskunnan kontekstissa tarkasteltuna.

Avainsanat: kansantaudit, sairausvakuutus, kannustinpohjainen vakuutus, taloudellinen kannustin, terveyskäyttäytyminen

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO.....	1
1.1 Tutkimuksen aihepiiri ja merkitys.....	1
1.2 Keskeiset rajaukset ja käsitteet.....	3
1.3 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	6
1.4 Teoreettinen tausta ja aikaisempi tutkimus.....	7
1.5 Tutkimusmenetelmät ja -aineisto.....	8
1.6 Teoreettinen viitekehys ja tutkielman rakenne.....	11
2 SAIRASTUMISEN RISKI JA SEN HALLINTA.....	13
2.1 Sairastuminen riskinä.....	13
2.2 Sairastumisen riskinhallintakeinot.....	14
2.3 Kansantauteihin sairastuminen.....	15
2.3 Terveelliset elämäntavat kansantautien riskinhallintakeinona.....	16
2.4 Vakuuttaminen kansantautien riskienhallintakeinoina.....	18
2.4.1 Lakisääteinen sairausvakuutus.....	19
2.4.2 Vapaaehtoinen sairausvakuutus.....	19
2.5 Kannustinpohjainen sairausvakuutus.....	20
3 TALOUDELLISET KANNUSTIMET JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN.....	22
3.1 Teoriaa taloudellisten kannustimien taustalla.....	22
3.2 Kirjallisuuskatsauksen toteutus.....	23
3.3 Empiiriset tulokset.....	26
3.4 Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalın arviointi taloudellisen kannustimen näkökulmasta.....	29
4 SAIRAUSVAKUUTUKSISTA KORVATUT SAIRAUDET.....	32
4.1 Tilastoanalyysin keskeiset tulokset.....	32
4.2 Tilastoanalyysin tuloksia selittävät tekijät.....	36
4.3 Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalın arviointi korvattujen sairauksien näkökulmasta.....	37
5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO.....	40
5.1 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen ja johtopäätökset.....	40
5.2 Tutkimuksen arviointi.....	42
5.3. Jatkotutkimusehdotukset.....	44
LÄHTEET.....	46
LIITTEET.....	53
Liite 1.....	53

Liite 2.....	54
Liite 3.....	56

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1 Teoreettinen viitekehys.....	11
Kuvio 2 Sairauksien osuudet yleisimpien pääryhmien mukaan.....	32
Kuvio 3 Vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvatut sairaudet maksettujen korvauksien prosenttiosuuksina ilmaistuna	34
Kuvio 4 Lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvatut sairaudet sairauspäivärahojen perusteella prosenttiosuuksina ilmaistuna.....	34
Kuvio 5 Kansantautien osuus korvatuista sairauksista.....	35
Taulukko 1 Tutkimukset taloudellisesta kannustimesta.....	26

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen aihepiiri ja merkitys

Terveys ja hyvinvointi koskettaa kaikkia ihmisiä joka päivä sekä mikro- että makrotasolla. Maailmanlaajuisena ongelmana esiintyy ihmisten omalle terveydelleen sekä koko yhteiskunnalle haitallinen toiminta ja käyttäytyminen. Ihmisten epäterveelliset elämäntavat, kuten tupakointi, alkoholin käyttö, epäterveellinen ruokavalio ja matala aktiivisuustaso, ovat sekä kehittyvissä että kehittyneissä maissa hallitsevia uhkatekijöitä kansanterveydelle. (de Walque, 2020, 1.) Epäterveelliset elintavat ovat merkittävä terveyttä ja hyvinvointia uhkaava riskitekijä myös Suomessa, jossa elävät maailman onnellisimmat ihmiset jo kolmatta vuotta peräkkäin. (Helliwell, Layard, Sachs, & De Neve, 2020, 40).

Erytisesti kansantaudeilla ja niiden yleisyydellä on laaja vaikutus yksilöiden hyvinvointiin sekä yhteiskunnan talouteen (THL, 2020e). Arviolta yli 40 prosenttia suomalaisista sairastaa jotakin pitkäaikaissairautta, ja sairastavuus on yleistynyt kaikissa ikäryhmissä (Thurman, Ruusanen, & Laajasalo, 2016, 22). Kansansairaudet ovat vahvasti yhteydessä ihmisten elintapoihin ja siten pitkälti ennaltaehkäistävissä terveellisillä elintavoilla, kuten päihteettömyydellä, terveellisellä ruokavaliolla sekä liikunnalla (THL, 2020e). Ennaltaehkäisevillä ja terveyttä edistävillä toimilla on merkittäviä kustannusvaikutuksia terveydenhuollon menoihin terveysongelmien vähentyessä (THL, 2020d). Sairauksien ennaltaehkäisy onkin nähty kustannustehokkaimpana keinona edistää kansanterveyttä (Puska, 2009a, 58). Sekä yhteiskunnan että yksilön tasolla olisikin tärkeää saada ihmiset kiinnittämään huomiota terveyskäyttäytymiseen sairastumista ennaltaehkäisevässä mielessä.

Suomalaisessa yhteiskunnassa sosiaali- ja terveydenhuolto on valtion ja kuntien hallinnassa ja vastuulla. Terveydenhuoltoon kuluu merkittävä osuus valtion budjetista ja menot ovat jatkuvassa kasvussa (Matveinen, 2020). Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset rahoitetaan monikanavaisella rahoitusjärjestelmällä, joka nykyisellään sisältää sekä hyötyjä että ongelmakohtia. Kritiikkiä on esitetty muun muassa veropohjaisen rahoitusjärjestelmän tehottomuuteen ja monimutkaisuuteen liittyen. (Pekurinen et al., 2011, 27) Muualla maailmassa, kuten Yhdysvalloissa ja Keski-Euroopassa, vakuutusosalalla on merkittävä asema terveydenhoitoalalla erityisesti rahoituksen näkökulmasta. Terveydenhuollon vakuutus pohjainen rahoitusjärjestelmä on

joustavampi kuin veropohjainen järjestelmä, koska se on ketterä reagoimaan tulevaisuuden muutoksiin sekä se mahdollistaa julkisen ja yksityisen rahoituksen yhdistämisen. (Pekurinen et al., 2011, 50, 51)

Tulevaisuudessa kohtaamme sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitushaasteet yhä voimakkaampina, sillä nykyisellään noin 70 prosenttia kustannuksista rahoitetaan verotuksen kautta (THL, 2020b). Tulevaisuutta ajatellen uusien rahoitusratkaisujen, kuten yksityisen ja julkisen rahoituksen yhteensovittamisen, pohtiminen on ajankohtaista. Tulevaisuuden rahoitushaasteeseen voidaan vastata joko vähentämällä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia tai muokkaamalla rahoitusjärjestelmää tehokkaampaan ja toimivampaan suuntaan esimerkiksi yksityisellä rahoituksella. Nykyisellä hintatasolla mitattuna terveysongelmien vähentymisen taloudelliset vaikutukset olisivat miljardeja euroja (THL, 2020d). Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin voitaisiin vaikuttaa kansanterveyttä edistämällä ja sairastumisen riskiä alentamalla, jotka esimerkiksi laskisivat sairaanhoidon ja työkyvyttömyyden aiheuttamia kustannuksia.

Sairastumisen riskiin varaudutaan Suomessa lakisääteisen ja vapaaehtoisen sairausvakuutuksen turvin (Nieminen, 2019, 1). Vapaaehtoisen sairausvakuutuksen suosio on kasvussa, ja se nähdään hyvänä vaihtoehtoisena lisäturvana lakisääteisen sairausvakuutuksen rinnalla (Tuorila, 2019). Samanaikaisesti kun luottamus julkiseen terveydenhuoltoon on heikentynyt, vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen suosio ja vakuutuksien määrät ovat nousseet huomattavasti (Kajantie, 2019). Vuonna 2019 yli miljoonalla suomalaisella oli vapaaehtoinen sairausvakuutus (Finanssiala ry, 2020a). Voidaan siis nähdä, että vapaaehtoiselle sairauskuluvakuutukselle on kysyntää ainakin nykyisessä muodossaan.

Muutamia vuosia sitten kansainvälisille vakuutusmarkkinoille ilmestyi uudenlaisia henkilövakuutustuotteita, jotka tarjosivat vakuutetuille alennuksia terveyden ja kuntotason mittaamisesta ja asetettuihin hyvinvointiin sidottuihin tavoitteisiin pääsystä. Näitä uusia teknologioita, erilaisia kannustinominaisuuksia ja tavoitteisiin sidottuja palkintoja hyödyntäviä sairausvakuutustuotteita kutsutaan kannustinpohjaisiksi henki- ja sairausvakuutuksiksi. (Henkel, Heck, & Göretz, 2018, 28) Australiassa vaikuttava henkivakuutusyhtiö AIA Group (2020b) uskoo vahvasti kannustinpohjaisten vakuutuksien mahdollisuuteen tarjota ihmisille terveemmän, pidemmän ja paremman elämän. Erilaisilla vakuutustuotteilla ja -palveluilla sekä aktiivisella promootiolla pyritään vaikuttamaan ihmisten terveyteen positiivisesti (AIA Group, 2020b). Kannustinpohjaiset henki- ja sairausvakuutustuotteet ovat yleistyneet erityisesti Australiassa, Yhdysvalloissa ja Saksassa, joissa ei ole käytössä universaalia lakisääteistä sairausvakuutusta. (Henkel et al.,

2018, 28). Suomessa kannustinpohjaisia henkilövakuutuksia tarjoavat tällä hetkellä Nordea ja LähiTapiola.

Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen kautta pyritään vaikuttamaan yksilöiden terveystyötytymiseen ja siten edistää vakuutettujen terveyttä ja hyvinvointia. Tavoiteltu positiivinen kehitys voisi alentaa sairastumisen riskiä kansansairauksiin sekä niistä yksilöille, vakuutusyhtiöille ja yhteiskunnalle koituvia kustannuksia. Kansanterveyttä edistettäessä tavoitellaan taloudellisia säästöjä kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin positiivisen kehityksen kautta. Sairastumisen riskiin varauduttaessa tavoitellaan ensisijaisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä taloudellista turvaa. Tutkielman taustalla on ajatus siitä, voitaisiinko kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen avulla yhdistää nämä tavoitteet. Kannustinpohjainen sairausvakuutus voisi tarjota mahdollisuuden motivoida ihmisiä terveellisempään elämään tarjoten samalla kustannussäästöjä ja taloudellista turvaa sairastumisen varalle.

1.2 Keskeiset rajaukset ja käsitteet

Tutkielmassa on tehty keskeisiä rajauksia koskien erityisesti sairastumisen riskiä, kansantauteja sekä vakuutuksia. Taloudellisen kannustimen toimivuutta ja vaikutuksia terveystyötytymiseen tarkastellaan kansainvälisellä tasolla, ja sen myötä vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen on universaali. Toiseen tutkimukseen vastataan kuitenkin pelkästään suomalaisen tilastoaineiston avulla ja tutkielmassa keskeiset kansantaudit on määritelty kansallisella tasolla. Vaikka tutkielmassa on universaalisti sovellettavia elementtejä taloudellisen kannustimen myötä, linkittyy tutkimus vahvasti Suomeen sekä teorian että empirian osalta. Tehdyistä rajauksista muodostuu siten kokonaisuus, jossa kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalia kansantautien vähentämisessä tutkitaan suomalaisen yhteiskunnan kontekstissa.

Tutkielmassa käytetty kannustinpohjaiseen sairausvakuutukseen ja taloudelliseen kannustimeen liittyvä tieto ja tutkimus on universaalia. Kannustinpohjaiset sairausvakuutukset eivät ole Suomessa vielä yleinen vakuutustuote, joten niihin liittyvä tutkimus ja vakuutus-esimerkit ovat kansainvälisiä. Kannustinpohjaisista sairausvakuutuksista saatavilla oleva ja tutkielmassa käytetty tieto liittyy vapaaehtoiseen sairausvakuutukseen, koska tällä hetkellä kriteerit täyttävät vakuutustuotteet ovat vapaaehtoisia. Taloudellisesta kannustimesta on tehty tutkimusta vain rajallisesti, joten tutkimustiedon maantieteellinen raja Suomessa ei olisi tutkimuksen kannalta järkevää. Käytetyn tutkimustiedon kansainvälisyys ja vakuutustuotteiden ominaisuudet on otettu huomioon johtopäätöksiä rajoittavana tekijänä kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen

potentiaalia arvioitaessa kansantautien vähentämisessä suomalaisen yhteiskunnan kontekstissa. Taloudellisista kannustimista tehty tutkimus on rajattu vuosiin 2015-2020, jotta tutkimustulokset ovat mahdollisimman ajankohtaisia.

Kannustinpohjaiseen sairausvakuutukseen liittyvässä arvioinnissa ja analyysissä on otettu huomioon suomalainen vakuutusjärjestelmä eli lakisääteinen sairausvakuutus ja vapaaehtoiset sairausvakuutukset. Rajaus on tehty nimenomaan suomalaiseen vakuutusjärjestelmään pohjautuen kansantautien rajaukseen ja korvausdatan relevanssiin. Kansantaudit on rajattu koskemaan suomalaisia kansantauteja, jotka Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL, 2020e) on määritellyt suomalaisiksi kroonisiksi kansantaudeiksi. Kansantautien osalta tutkielmassa on keskitytty tarkastelemaan merkittävimpiä kansantauteja lakisääteisestä ja vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta maksettujen korvausten perusteella rajattuna. Tutkielmassa käytetyt sairausvakuutuksien korvausdatat ovat vuodelta 2019, jolloin tehdyn analyysin tulokset heijastavat nykytilannetta. Tutkielmassa on painotettu yksilön näkökulmaa ja yksilön mahdollisuuksia vaikuttaa sairastumisen riskiin ja ennaltaehkäisyyn. Valittu näkökulma ilmenee erityisesti kansansairauksien riskienhallintakeinojen rajauksissa.

Tutkielman keskeisiä käsitteitä ovat sairaus, kansantauti, terveyskäyttäytyminen, sairausvakuutus, kannustinpohjainen vakuutus sekä taloudellinen kannustin.

Lääketieteessä *sairaus* on määritelty psykofyysisen rakenteen tai toiminnan poikkeavuutena, joka aiheuttaa tilapäistä tai pysyvää haittaa, vajaatoimintoja tai vammaisuutta (Duodecim, 2020a). Sairaus voidaan kuvata poikkeavuutena normaalista ja tunnistettavana häiriönä elimistön toiminnassa. Tämä on kuitenkin kiistelty määritelmä, koska normaalin määrittelemineen on osoittautunut lääketieteessä haasteelliseksi. (Huttunen, 2020) Maailman terveysjärjestö World Health Organization (WHO, 2020) on määritellyt terveyden täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Myös tämä määritelmä on saanut kritiikkiä osakseen, sillä määriteltyä täydellistä tilaa on mahdotonta saavuttaa. Sairauden määrittelemineen on osoittautunut lääketieteellisesti haastavaksi muun muassa sen yksilöllisyyden ja suhteellisuuden takia. (Huttunen, 2020) Tässä tutkielmassa sairaudella tarkoitetaan Huttusen (2020) määritelmän mukaista normaalista poikkeavaa tilaa ja tunnistettua elimistön toiminnan häiriötä.

Kansantaudeiksi eli kansansairauksiksi on määritelty THL:n (2020e) mukaan ne sairaudet, joilla on merkittävä vaikutus kansanterveydelle. Kansansairaudet vaikuttavat koko väestön terveydentilaan ja siten myös kansantalouteen. Kansantaudeiksi luokitellaan ne sairaudet, joita

sairastaa vähintään 50 000 suomalaista. (Thurman et al., 2016, 11). THL (2020e) on määritellyt kroonisiksi kansantaudeiksi sydän- ja verisuonitaudit, krooniset keuhkosairaudet, muistisairaudet, syöpäsairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet, diabeteksen, astman ja allergian, sekä mielenterveyden ongelmat.

Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan yksilön tekemiä terveyteen vaikuttavia valintoja ja käyttäytymistä. Valinnat liittyvät esimerkiksi tupakointiin, alkoholinkäyttöön, fyysiseen aktiivisuuteen sekä ruokailutottumuksiin, ja ne ovat usein vakiintuneita ja mahdollisesti tiedostamattomia. Valinnoilla on suuri vaikutus yksilön terveyteen sekä riskiin sairastua tai kuolla. (Duodecim, 2020b.) Terveyskäyttäytyminen voidaan määritellä myös yksilön tekemiksi toimiksi terveyden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi, sairauksien ehkäisyksi ja positiivisen kehonkuvan saavuttamiseksi. Terveyskäyttäytyminen pitää sisällään lisäksi positiiviset toimet kroonisten sairauksien kontrolloimiseksi ja minimoimiseksi. (Cockerham, 2014.)

Sairausvakuutus voi olla joko lakisääteinen tai vapaaehtoinen vakuutus sairastumisen ja työkyvyttömyyden varalle. Suomessa lakisääteinen sairausvakuutus on osana sosiaaliturvaa ja siitä korvataan vakuutuslain mukaisesti sairastumisesta aiheutuneita kuluja tai toimeentulon menetyksiä. Lakisääteistä sairausvakuutusta voi täydentää vapaaehtoisella sairausvakuutuksella, joita tarjoavat yksityiset henki- ja vahinkovakuutusyhtiöt. (Rantala & Kivisaari, 2020, 18.1.)

Kannustinpohjainen vakuutus voidaan määritellä vakuutuksena, jossa vakuutettu voi valinnoillaan ja käyttäytymisellään vaikuttaa vakuutusmaksuun tai muihin etuuksiin. Kannustinpohjaisesta vakuutuksesta käytetään myös usein nimitystä äly vakuutus (smart insurance). (Voutilainen & Koskinen, 2017, 30.) Kannustinpohjaiset vakuutukset eivät ole vakuutuslajista riippuvaisia ja ne ovat yleistyneet erityisesti ajoneuvovakuutuksissa ja teknologian kehittyessä esimerkiksi henki- ja sairausvakuutuksissa älyhenkivakuutuksina (Voutilainen et al. 2017, 31). Suomessa kannustinpohjaiseksi vakuutukseksi tunnistettavia henki- ja sairausvakuutuksia tarjoavat tällä hetkellä vain Nordea ja LähiTapiola (Nordea 2020a, LähiTapiola 2020b). Tässä tutkielmassa kannustinpohjaista sairausvakuutusta kuvataan soveltuvana sekä vapaaehtoisen että lakisääteiseen sairausvakuutukseen.

Taloudellinen kannustin on jokin asia, yleensä rahaa tai palkinto, jota tarjotaan, jotta saadaan henkilö käyttäytymään tietyllä tavalla (Cambridge Dictionary, 2020). Taloudelliset kannustimet voivat sisältää sekä positiivisia että negatiivisia kannustinominaisuuksia. Kannustimilla voidaan vaikuttaa toivottuihin ja ei-toivottuihin tapoihin ja sitä kautta muokata käyttäytymistä.

(Gneezy, Kajackaite, & Meier, 2020) Taloudellisen palkkion eli kannustimen saaminen riippuu suorituksen toteutuksesta. Kannustin voi motivoida yksilöä saavuttamaan asetetun tavoitteen ja positiiviset kannustimet auttavat ihmisiä esimerkiksi urheilemaan ja syömään terveellisesti. (Oxford University Press, 2016)

1.3 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkielman taustalla on ajatus siitä, voitaisiinko kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen avulla vaikuttaa vakuutettujen elintapoihin ja siten vähentää kansantauteja. Tutkielman päätutkimusongelmana on selvittää kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalia kansantautien vähentämisessä Suomessa. Kannustinpohjaisten sairausvakuutuksien tavoitteena on ohjata vakuutettujen terveyskäyttäytymistä toivottuun suuntaan taloudellisten kannustimien avulla. Tutkielmassa selvitetään ensinnäkin taloudellisen kannustimen ominaisuuksia ja niiden toimivuutta elintapojen muuttamisessa. Kansantautien vähentämisen näkökulmasta on toisaalta oleellista selvittää, kuinka paljon kansantaudeiksi luettavissa olevia sairauksia todellisuudessa korvataan eli ovatko sairausvakuutuksista korvatut sairaudet sellaisia, joita voidaan omilla elintavoilla ehkäistä.

Tutkielman päätutkimusongelmaa lähestytään kahdesta eri näkökulmasta kahden erilaisen tutkimuskysymyksen kautta. Jotta päätutkimusongelma voidaan ratkaista, on molempiin tutkimuskysymyksiin saatava vastaukset. Kumpaakin tutkimuskysymystä täydentävät alakysymykset, joilla syvennetään tutkimuskysymysten antamia vastauksia.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millä tavoin taloudellinen kannustin ohjaa yksilön terveyskäyttäytymistä?

Alakysymys:

Millaiset taloudelliset kannustimet motivoivat yksilöitä tavoitteiden saavuttamisessa?

2. Millaisia sairauksia korvataan vapaaehtoisesta ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta?

Alakysymys:

Kuinka suuri osa sairausvakuutuksista korvatuista sairauksista on kansantauteja?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen avulla selvitetään taloudellisen kannustimen toimivuutta elintapojen muuttamisessa. Tutkimalla taloudellisen kannustimen vaikutuksia terveyskäyttäytymiseen voidaan selvittää, millaisella taloudellisella kannustimella elintapoja voidaan

muuttaa, ja millaisia muutoksia voidaan saavuttaa. Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä ja sitä täydentävällä alakysymyksellä kartoitetaan siten kannustinpohjaiseen sairausvakuutukseen sisältyvän taloudellisen kannustimen ominaisuuksia ja toimivuutta. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyvä aineisto esitellään kolmannessa luvussa, jossa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla valikoidaan taloudelliseen kannustimeen liittyvät tutkimukset ja esitellään niistä tehdyt keskeiset havainnot.

Toisen tutkimuskysymyksen ja sitä täydentävän alakysymyksen avulla selvitetään, millaisia sairauksia sairausvakuutuksista on korvattu, ja kuinka suuri osa niistä on kansantauteja. Toinen tutkimuskysymys ja sen antamat vastaukset ovat keskiössä, kun arvioidaan kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalia kansantautien vähentämisessä. Vaikka taloudellisella kannustimella olisi mahdollista muuttaa terveyskäyttäytymistä merkittävässäkin määrin, ei sillä olisi vaikutusta kansantautien vähentymiseen, mikäli sairausvakuutuksista korvatut sairaudet olisivat sellaisia, joihin omilla elintavoilla ei voi vaikuttaa. Kuvailevan tilastoanalyysin avulla arvioidaan, ovatko korvatut sairaudet sellaisia, joita voi ehkäistä omilla elintavoilla ja toimilla. Toiseen tutkimuskysymykseen liittyvä aineisto esitellään neljännessä luvussa, jossa vapaaehtoisesta ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta maksettuja korvauksia analysoidaan Vakuutusyhtiö X:n korvaustilaston ja Kelan sairausvakuutustilaston (2020) pohjalta (liite 2, liite 3).

1.4 Teoreettinen tausta ja aikaisempi tutkimus

Terveyspsykologiassa on tutkittu enenemissä määrin terveyskäyttäytymistä sekä siihen vaikuttamista kroonisten sairauksien yleistyttyä ja sairauksien ennaltaehkäisyn merkityksen valjettua (Cohn, 2014, 1, 2). Suomessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2020a) seuraa, tilastoi ja tutkii väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa. Tilastotiedon avulla pyritään parantamaan kansanterveyttä, ja sitä hyödynnetään esimerkiksi julkisen päätöksenteon tukena. Kansansairauksiin sairastuminen on laajasti tutkittu aihe lääketieteen saralla sen yhteiskunnallisen merkityksellisyyden takia. Tutkimustulokset ovat osoittaneet terveellisten elintapojen merkityksen kansantautien ennaltaehkäisyssä ja epäterveellisten elintapojen aiheuttaman riskin kansantauteihin sairastumisessa. (Puska, 2009b, 37)

Myös kannustimet on laajalti tutkittu aihe, ja niistä on tehty tutkimusta sekä psykologian että taloustieteen saralla (Thaler, 2016, 1577). Käyttäytymistaloustieteen teoriat vaikuttavat useiden kannustimiin ja erityisesti taloudellisiin kannustimiin liittyvien teorioiden ja sovellusten taustalla. Käyttäytymistaloustieteen urauurtavia teorioita ja teoreetikkoja ovat esimerkiksi

rationaalisen valinnan teorian luoja Gary Becker (1976); Daniel Kahneman ja Amos Tversky (1979), jotka tunnetaan prospektiteorian kehittämistä; Richard Thaler, joka on kehittänyt teoriaa epäjohtonmukaisesta, mutta ennustettavasta päätöksenteosta (1980; 1981; 1985) sekä David Laibson (1997), joka tunnetaan hyperbolisen diskonttauksen teorian sovelluksista.

Rationaalisen valinnan teoriassa uskotaan ihmisten valintojen olevan rationaalisia ja ajatellaan, että toimia ohjaa hyödyn maksimoinnin tavoittelu. Rationaalisen valinnan teoria on mallinnus sosiaalisen ja taloudellisen käyttäytymisestä, jota on käytetty pohjana monissa käyttäytymisteorioiden sovelluksissa (Becker, 1976). Vastakkaisen näkemyksen päätöksenteon teoreettiseen taustaan on tarjonnut prospektiteoria, jossa uskotaan päätösten optimaalisuuden vaihtelevan ja riskienottohalukkuuden riippuvan vaihtoehtojen asettelusta. Teorian mukaan ihmisten valintoihin vaikuttavat enemmän tappiot kuin samankokoiset voitot, ja sitä on hyödynnetty useiden kannustinjärjestelmien pohjana. (Tversky & Kahneman, 1982) Valintatilanteissa puntaroidaan usein pienemmän välittömän palkkion ja suuremman myöhemmän palkkion välillä. Hyperbolisen diskonttauksen teorian mukaan ihmiset suosivat usein nopeammin saatavia pienempiä palkkiota, mikäli odotusaika olisi suuremman palkkion osalta liian pitkä. (Laibson, 1997) Teoriaa epäjohtonmukaisesta valinnasta sovelletaan usein terveystyökalujen tutkimuksissa, joissa selvitetään, miksi ihmiset tekevät terveydelleen haitallisia päätöksiä saavuttaakseen hetkellisen hyödyn.

Taloudellisia kannustimia ja niiden vaikutuksia terveystyökaluun on tutkittu paljon viime vuosina eri näkökulmista ja erilaisin tutkimusasetelmin (Finkelstein, Bilger, & Baid, 2019, 341). Tutkimusta on tehty erityisesti julkisen terveydenhuollon kautta sekä työpaikkojen hyvinvointiohjelmiin yhdistettynä (Einav, Lee, & Levin, 2019, 261, 262). Tutkimuksissa on pyritty selvittämään taloudellisen kannustimen vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin ja sitä kautta esimerkiksi terveystyökalujen kustannuksiin. Tässä tutkielmassa taloudellinen kannustin ja siihen liittyvä tutkimus on yhdistetty kannustinpohjaiseen sairausvakuutukseen ja sitä kautta terveystyökaluun. Mielenkiintoinen ja ajankohtainen tutkimusaukko löytyy juuri kansanterveyden analyysin ja käyttäytymistaloustieteen sovellusten yhdistelmästä.

1.5 Tutkimusmenetelmät ja -aineisto

Tutkielma on toteutettu monimenetelmäisenä tutkimuksena, jossa on kaksi erilaista lähestymistapaa tutkimuskysymyksiin. Ensimmäistä tutkimuskysymystä lähestytään kvalitatiivisella menetelmällä, jossa tutkitaan taloudellisen kannustimen vaikutuksia terveystyökaluun.

Toista tutkimuskysymystä lähestytään puolestaan kvantitatiivisella menetelmällä, ja tarkoituksena on selvittää tilastoaineiston pohjalta, millaisia sairauksia vapaaehtoisesta ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta on korvattu. Eri tutkimusmenetelmät yhdessä muodostavat monimenetelmäisen tutkimuksen. Monimenetelmällisellä tutkimuksella saadaan esimerkiksi yhdistettyä kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen vahvuudet ja minimoitua niiden heikkoudet (Johnson & Onwuegbuzie, 2004, 14, 15). Monimenetelmällinen tutkimus mahdollistaa useiden menetelmien käytön ja siten erilaisiin tutkimuskysymyksiin vastaamisen niille parhaiten soveltuvia menetelmiä käyttämällä.

Ensimmäisenä tutkimusmenetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, jonka avulla kartoitetaan taloudellisen kannustimen vaikutuksia yksilön terveystäytymiseen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus mahdollistaa tutkittavan ilmiön kuvaamisen laaja-alaisesti. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jaetaan analyysimenetelmällisesti narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen, joista jälkimmäinen on aineiston valintametoiltaan systemaattisempi. (Salminen, 2011, 6) Tutkielmassa käytettäväksi analyysimenetelmäksi on valittu integroiva kirjallisuuskatsaus, koska sen avulla saadaan monipuolinen käsitys tutkittavasta ilmiöstä kriittisen ja systemaattisen arvioinnin avulla (Salminen, 2011, 8). Vaikka integroivan kirjallisuuskatsauksen toteutukselle ei ole asetettu tiukkoja metodisia kriteerejä, ohjaa raportointia tietyt yleisesti hyväksytyt käytännöt. Kirjallisuuskatsauksen teosta raportoidaan muun muassa, kuinka kirjallisuus oli identifioitu, analysoitu, syntesioitu sekä raportoitu. (Torraco, 2005, 360)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaprosessi ja analyysimenetelmät eivät ole vaikiintuneita, mutta niiden tulee olla aineistolähtöistä ja keskittyä tutkimuskysymyksen ympärille. Aineistolle asetettuja laatukriteerejä ovat muun muassa ajankohtaisuus ja relevanssi tutkimuskysymyksen näkökulmasta. Aineisto voidaan valita implisiittisellä tai eksplisiittisellä valinnalla, joista eksplisiittinen valinta noudattaa menetelmiltään enemmän systemaattista kirjallisuuskatsausta ja vastaa integroitua kirjallisuuskatsausta. Eksplisiittisessä aineiston valinnassa hakuprosessi tehdään manuaalisesti eri tietokantoja hyödyntäen ja hakuprosessi ja sen tulokset raportoidaan. Valitun aineiston keskeisimmät kriteerit perustuvat sisällölliseen valintaan suhteessa muuhun valittuun aineistoon sekä aineiston reflektioon suhteessa tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi et al., 2013, 295, 296)

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyvän aineiston muodostaa integroivalla kirjallisuuskatsauksella kerätty aineisto eli tieteelliset artikkelit taloudellisesta kannustimesta terveystäytymisen ja elintapamuutosten kontekstissa. Artikkelit on valittu eksplisiittisellä valinnalla,

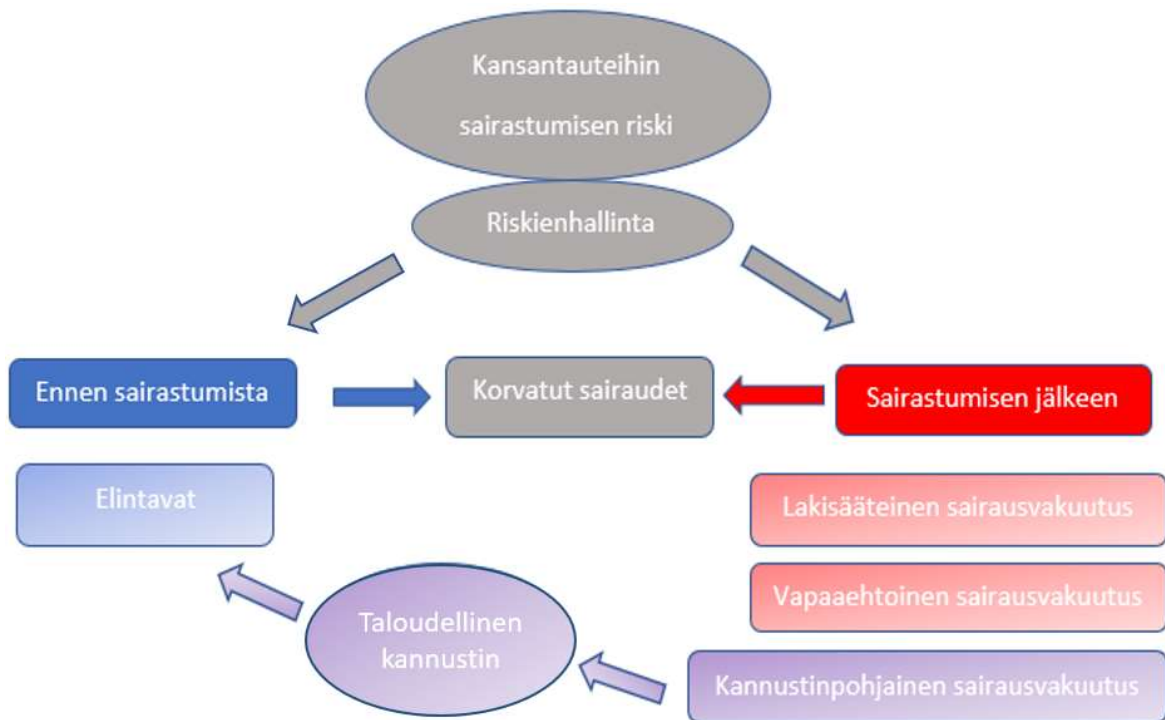
koska sen avulla voidaan varmistaa ja osoittaa aineiston valinnan luotettavuus ja perusteltavuus tiiviissä ja selkeässä muodossa kriittisen analyysin avulla. Tieteellisten artikkeleiden osoittama tutkimustietoa taloudellisista kannustimista sovelletaan teoriaan kannustinpohjaisista sairausvakuutuksista.

Toiseen tutkimuskysymykseen liittyvä aineisto muodostuu Vakuutusyhtiö X:ltä saadusta tilastosta vapaaehtoisesta sairauskuluvakuutuksesta korvatuista sairauksista vuodelta 2019 sekä Kelan Sairausvakuutustilastosta vuodelta 2019 (liite 2, liite 3). Vakuutusyhtiö X:ltä saatu aineisto on pyydetty yhtiöltä puhelinkeskustelussa, ja aineisto on luovutettu tutkielman tekijälle paperisena versiona tietosuojasyistä. Edellytyksenä aineiston saamiselle Vakuutusyhtiö X on halunnut pysyä nimettömänä. Vakuutusyhtiö X:ltä saatu aineisto edustaa tutkimuksessa vapaaehtoisia sairausvakuutuksia ja aineiston rajallisuus on otettu huomioon tutkimustuloksia arvioitaessa. Kelan sairausvakuutustilastosta on valikoitu tutkimukselle relevanteimmat tilastot, jotka ovat taulukko 4. Alkaneet sairauspäiväraha-kaudet yleisimpien sairauspäryhmien mukaan 2004–2019 sekä taulukko 14. Maksetut sairauspäivärahat sairausryhmittäin sukupuolen ja iän mukaan 2019 (Kela, 2020). Kelan sairausvakuutustilasto tarjoaa laajan aineiston, joka kattaa kaikki lakisääteisen sairausvakuutuksen piiriin kuuluvat henkilöt.

Toisena tutkimusmenetelmänä on käytetty kuvailevaa tilastoanalyysiä, joka perustuu vapaaehtoisen ja lakisääteisen sairausvakuutuksen korvausdataan. Kuvaileva tilastoanalyysi on määrällinen analyysimenetelmä, jossa valikoitua dataa analysoidaan siten, että se muodostaa validin ja merkityksellisen yhteenvedon tarkasteltavasta aineistosta (Mishra et al., 2019, 71). Kuvailevan tilastoanalyysin pohjalta yksinään ei voida tehdä koko dataa koskevia laajoja johtopäätöksiä, mutta se mahdollistaa tilastoaineiston esittämisen yksinkertaisessa ja selkeässä muodossa, mikä helpottaa suurelkin aineiston tulkintaa. (Lund Research Ltd., 2018). Kuvailevan tilastoanalyysin avulla aineisto voidaan esittää informatiivisesti ja ytimekkäästi esimerkiksi kuvaajan avulla, joka havainnollistaa aineiston ominaisuuksia (Nick, 2007, 33). Tutkielmassa lakisääteisestä ja vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvattuja sairauksia vertaillaan niistä maksettujen euromääräisten korvausten perusteella. Kuvailevan tilastoanalyysin avulla aineistosta saadaan nostettua esille ne sairaudet, joista on prosentuaalisesti korvattu eniten. Tilastoanalyysin tuloksia sovelletaan kannustinpohjaisesta sairausvakuutuksesta esitettyyn teoriaan.

1.6 Teoreettinen viitekehys ja tutkielman rakenne

Tutkielman teoreettinen viitekehys havainnollistaa tutkielman rakennetta yhdistäen teorian ja empirian eheäksi kokonaisuudeksi. Tutkielman teoreettinen viitekehys on esitetty alla olevassa kuviossa 1.



Kuvio 1 Teoreettinen viitekehys

Tutkielman teoreettinen pohja muodostuu kansantauteihin sairastumisesta riskinä ja se on esitetty kuvion yläosassa harmaassa soikiössä. Sairastumisen riskiä voidaan hallita erilaisin riskienhallintakeinoin sekä ennaltaehkäisevästi ennen sairastumista sekä sairastumisen jälkeen vaikuttamalla sen seurauksiin. Elintavoilla voidaan ennaltaehkäistä sairastumisen riskitekijöitä ja siten välttää sairastumisen riskin realisoidumisen. Sairausvakuutukset puolestaan kompensoivat sairastumisen seurauksia riskin realisoiduttua. Riskienhallintakeinoja esitellään tutkielman toisessa luvussa.

Riskienhallintakeinoista ennen sairastumista ja sairastumisen jälkeen lähtevät nuolet kohti korvattuja sairauksia. Nuolien suunnat havainnollistavat sitä, missä suhteessa korvatut sairaudet ovat riskienhallintakeinoihin nähden. Ennen sairastumista elintavoilla voidaan ennaltaehkäisevästi vaikuttaa sairastumisen riskiin, jolloin korvattuihin sairauksiin voidaan siten vaikuttaa. Puolestaan sairastumisen jälkeen sairaudesta aiheutuneet kustannukset ja taloudelliset

menetykset kompensoidaan joko lakisääteisestä tai vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta maksetuilla korvauksilla. Riskin realisoiduttua sairaudet vaikuttavat suoraan maksettuihin korvauksiin ja niiden suuruuteen.

Tutkielman empiriaosuudessa analysoidaan tutkimusaineistoa taloudellisista kannustimista ja tilastoaineistoa sairausvakuutuksista korvatuista sairauksista. Kuvion keskellä on esitetty liilassa ympyrässä taloudellinen kannustin, johon osoittaa nuoli oikealta kannustinpohjaisesta sairausvakuutuksesta, ja josta lähtee nuoli vasemmalle kohti elintapoja. Kannustinpohjainen sairausvakuutus esitellään tutkielman toisessa luvussa. Tutkielman kolmannessa luvussa tutkitaan taloudellisten kannustimien ominaisuuksia ja vaikutuksia sekä toimivuutta elintapojen muuttamisessa. Kolmannessa luvussa sovelletaan myös taloudellisesta kannustimesta saatua tietoa kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen ominaisuuksiin. Tutkielman neljännessä luvussa selvitetään ovatko korvatut sairaudet sellaisia, joihin omilla elintavoilla voidaan vaikuttaa. Lisäksi korvattuja sairauksia ja niiden ennaltaehkäistävyttä verrataan kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen ominaisuuksiin.

Empiriaa sovelletaan teoriaan arvioitaessa kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalia kansantautien vähentämisessä sekä taloudellisen kannustimen että korvattujen sairauksien näkökulmasta. Teoria ja empiria nivoutuvat yhteen viidennessä luvussa, jossa esitellään tehdyt johtopäätökset, vastataan tutkimuskysymyksiin ja arvioidaan tutkielman onnistumista. Tutkielman teoreettinen viitekehys osaltaan havainnollistaa tutkimuskysymyksien ja päätutkimusongelman välisiä riippuvuuksia ja yhteyksiä. Tutkimuskysymysten avulla voidaan ratkaista tutkielman päätutkimusongelma ja esittää siihen liittyviä arvioita, johtopäätöksiä ja mahdollisia jatkotutkimusehdotuksia.

2 SAIRASTUMISEN RISKI JA SEN HALLINTA

2.1 Sairastuminen riskinä

Sosiaalinen riski voidaan määritellä terveyteen ja elämään liittyväksi riskiksi, jolla on realisoituessaan taloudellisia vaikutuksia (Havakka, 2018, 124). Sosiaaliset riskit ovat läsnä yksilön elinkaaren eri vaiheissa ja niiden realisoituminen vaikuttaa mikrotasolla yksilön ja hänen lähipiirinsä hyvinvointiin ja toimeentuloon. Negatiiviset vaikutukset ylettyvät kuitenkin laajalti myös makrotasolle, jossa ne koskettavat koko yhteiskuntaa. Sosiaaliset riskit voidaan jakaa hyvinvointivaltion kontekstissa perinteisiin ja uusiin sosiaalisiin riskeihin. Sairastumisen riski on yksi perinteisistä sosiaalisista riskeistä, joita ovat myös työkyvyttömyys, työtaturma ja ammattitauti, työttömyys, vanhuus sekä kuolema. (Havakka, 2018, 125.)

Sairastuminen vaikuttaa yksilön fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen tilaan (WHO, 2020), mikä puolestaan voi johtaa toiminta- ja työkyvyn lyhytaikaiseen tai pitkäaikaiseen heikentymiseen. Pitkäaikainen työkyvyn heikentyminen tai työkyvyttömyys aiheuttaa yksilötasolla toimeentulon menetyksen. (Havakka, 2018, 144.) Taloudellisia tappioita syntyy myös sairauden tutkimus- ja hoitokustannuksista, kuten lääkärikäynneistä ja lääkkeistä (Jokela, Lammi, Lohi, & Silvola, 2013, 3.2.3). Havakan (2018, 144) sanoin ”Sairauden riski on siis toimeentuloriski ja myös riski sairauden aiheuttamien kustannusten hallinnasta”. Sairastuminen aiheuttaa laajan taloudellisen riskin, johon yksilön on syytä varautua.

Sairastuminen aiheuttaa myös yhteiskunnalle erinäisiä kustannuksia, jotka ilmenevät esimerkiksi työkyvyn heikentymisen seurauksena työpanoksen menettämisessä (Havakka, 2018, 144). Suomessa kattava sosiaaliturva huolehtii yksilön hyvinvoinnista ja toimeentulosta erilaisten palvelujen ja etuuksien muodossa (Sosiaali- ja terveysministeriö, n.d.). Sairastuminen lisää siten sosiaaliturvan kustannuksia, jotka rahoitetaan erityisesti valtion, kuntien ja työnantajien toimesta (THL, 2020c, 5). Vuonna 2018 Suomen sosiaaliturvan menot olivat 70.2 miljardia ja niistä suurin osa maksettiin vanhuuteen liittyvinä eläkkeinä ja palveluina (42,4 prosenttia) sekä sairauden ja terveyden menoryhmälle (22,2 prosenttia) (THL, 2020c, 2). Yhden ihmisen terveyteen ja toimintakykyyn liittyvä tragedia voi ylettyä siten koko yhteiskunnan tasolle.

Sairastumisen riski voidaan nähdä sekä terveyteen että toimeentuloon liittyvänä riskinä, joka koskettaa kaikkia ihmisiä ja on läsnä eri elinkaaren vaiheissa. Sairastuminen voi olla lyhyt- tai

pitkäaikainen haaste, joka saattaa aiheuttaa jopa elinikäisiä seurauksia. (Havakka, 2018, 144.) Riski sairastua vaihtelee yksilökohtaisesti ja riippuu eri tekijöistä, kuten iästä, sukupuolesta ja asuinpaikasta (Kela, 2020) sekä työstä ja toimeentulosta (THL, 2018, 21). Lisäksi riskin suuruus ja sen seuraukset vaihtelevat sairauskohtaisesti ja ne voivat ilmentyä joko mikrotasolla yksilön sairastuessa tai makrotasolla laajan pandemian levitessä (Havakka, 2018, 144). Sairastumisen seuraukset voivat siis ylettyä laajalle ja ilmentyä riskin suuruuden mukaan eri volyymeilla. Sairastumisen riski on tärkeää tiedostaa sen merkittävyyden takia, ja sairastumiseen tulee varautua moninaisin keinoin.

2.2 Sairastumisen riskinhallintakeinot

Sairastumisen riskiä ja sen hallintaa voidaan lähestyä yleistä riskienhallintateoriaa soveltamalla. Perinteisiä riskienhallintakeinoja sovelletaan sekä yksilöiden, yritysten että yhteiskunnan valinnoissa ja päätöksenteossa epävarmuuden vallitessa. Erilaisin riskienhallintakeinoin pyritään varautumaan epätietoisuuteen tulevien tapahtumien seurauksista, jotka voivat kuitenkin olla sekä positiivisia että negatiivisia. (Kuusela & Ollikainen, 2005, 15) Riskienhallinnassa keskeistä on arvioida riskin toteutumisen todennäköisyys ja vaikutukset. Arvioinnin perusteella voidaan valita tilanteeseen sopivimmat riskienhallintakeinot. (Holzmann & Jørgensen, 2001, 539; Suominen, 2003, 12, 13) Kuuselan et al. (2005, 16) esittämän riskienhallintateorian mukaan riskejä voidaan hallita välttämällä riskialtista toimintaa, ennakoimalla ja rajoittamalla riskin seurauksia, siirtämällä riski muualle vakuutuksen avulla sekä ottamalla tietoinen riski ja pitämällä se itsellä. Perinteiset riskienhallintakeinot ovat sovellettavissa sairastumisen riskiin, ja ne voidaan tiivistää riskin välttämiseen, pienentämiseen, siirtämiseen ja pitämiseen.

Riskienhallintakeinot voidaan jakaa preventiiviseen eli ennakoivaan riskienhallintaan ja reaktiiviseen eli riskin realisoidumisen jälkeen toteutuvaan riskienhallintaan (Kulmala, 2018, 201). Riskin välttämällä tavoitellaan tilannetta, jossa riski ei ollenkaan realisoidu tai se saadaan poistettua kokonaan. Riskin välttäminen ja poistaminen liittyvät olennaisesti ennakoiviin riskienhallintatoimenpiteisiin ja sairastumisen kontekstissa sairastumista ehkäiseviin toimenpiteisiin. Riskin pienentämisellä pyritään rajoittamaan riskin realisoidumisesta aiheutuneita seurauksia ennakoimalla ja varautumalla. Riskienhallinta keskittyy realisoiduneen riskin seurauksien hallintaan, joka sairastumisen kontekstissa voi olla esimerkiksi sosiaalisista ja taloudellisista resursseista huolehtimista. Riskin siirtämisellä vastuu riskin realisoidumisesta aiheutuneista seurauksista siirretään muualle. Yleisimmin siirrettävä riski vakuutetaan ja vastuu siirretään vakuutusyhtiölle, jolloin vakuutusyhtiö kompensoi aiheutuneita seurauksia. Suomalaiset ovat

vakuutettuina lakisääteisellä sairausvakuutuksella, mutta halutessaan lisäturvaa saa vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta. Riskin pitäminen itsellä tarkoittaa riskin tietoista ottamista, ja sen realisoitumisen mahdollisuuden tiedostamista. (Suominen, 2003)

Sairastumisen riski on perinteinen sosiaalinen riski, ja sitä voidaan lähestyä sosiaalisten riskien hallinnan kautta. Sosiaalisten riskien hallinnalla tarkoitetaan julkisia ja yksityisiä ennakoivia ja riskin realisoitumista kompensoivia toimenpiteitä, joilla hallitaan yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kohtaamia sosiaalisia riskejä. (Kulmala, 2018, 194, 195) Sairastumisen riskiä voidaan hallita soveltamalla sosiaalisten riskien hallintastrategiaa, joka jakautuu ennaltaehkäisyyn, lieventämiseen ja sopeutumiseen. Hallintastrategia sisältää preventiivisen ennaltaehkäisyyn perustuvan puolen sekä reaktiivisen, riskin seurauksien lieventämiseen ja niihin sopeutumiseen liittyvän puolen. Sosiaalisten riskien hallintastrategiaa voidaan toteuttaa epävirallisin, markkinapohjaisin ja julkisin riskienhallintakeinoin. (Kulmala, 2018, 198.)

Ennaltaehkäisyllä pyritään pienentämään sairastumisen todennäköisyyttä tai estämään se kokonaan ehkäisevillä toimilla, joita ovat esimerkiksi terveellisiä elämäntapoja ja hygieniaa edesauttavat toimet ja palvelut. Sairastumisen seurauksia voidaan lieventää investoimalla inhimilliseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen pääomaan esimerkiksi luomalla sosiaalisia verkostoja, laajentamalla omaa työkompetenssia ja varautumalla taloudellisiin menetyksiin vakuutuksilla. Sopeutumisella pyritään selviytymään sairastumisen aiheuttamista seurauksista, joihin ei välttämättä osattu varautua. (Kulmala, 2018, 198-201.) Sosiaalisten riskien hallintastrategia tarjoaa kattavan preventiiviset ja reaktiiviset toimet huomioivan riskienhallintatyökalun sairastumisen riskin hallintaan.

2.3 Kansantauteihin sairastuminen

Kroonisia kansansairauksia ovat THL:n (2020e) määritelmän mukaan sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet sekä mielenterveyden ongelmat. Kansantauteille ominaista ovat niiden yhteiskunnallinen merkittävyys ja vaikutukset koko väestön terveydentilaan. (Thurman et al., 2016, 11). THL (2020e) on määritellyt kansantauteihin sairastumiselle altistaviksi riskitekijöiksi epäterveellisen ruokavalion, vähäisen liikunnan, tupakoinnin, runsaan alkoholinkäytön sekä lihavuuden. Riskitekijät eivät välttämättä ole taudin aiheuttajia, mutta ne altistavat sairauksille ja lisäävät sairastumisen todennäköisyyttä. (Thurman et al., 2016, 57)

Kansantauteihin sairastumisessa on kyse useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Sairastumisen riskiin vaikuttavat yhdessä esimerkiksi ikä, elintavat, ympäristö- ja perintötekijät, psyykkiset ja fyysiset tekijät sekä sairastumiselle altistavat riskitekijät. (Thurman et al., 2016, 53) Kansantaudit yleistyvät iän myötä, koska niiden kehittyminen kestää usein pidemmän aikaa ja riskitekijöille on altistuttava useiden vuosien ajan ennen sairauden puhkeamista. Esimerkiksi verenkiertoelinten sairaudet yleistyvät reilusti yli 50-vuoden iässä ja diabeteksen ja hengityselinten sairauksien yleisyys on suurimmillaan iäkkäämmillä ihmisillä. (THL, 2018, 62, 66, 75) Kaikki kansantaudit eivät kuitenkaan ole yhteydessä pelkästään ikääntymiseen ja pitkään kehittymisaikaan, vaan esimerkiksi elinympäristöllä, perintötekijöillä ja työympäristöllä voi olla merkittävä vaikutus kansantauteihin sairastumisessa. (THL, 2018, 71, 89)

Kansantautien riskitekijät sekä suojakeinot, jotka vaikuttavat sairastumisen riskiin, ovat pitkälti samoja eri kansantautien välillä. Esimerkiksi liikunnalla voidaan ehkäistä lähes kaikkia sairastumisen riskitekijöitä, kun taas tupakointi lisää riskiä sairastua muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin, syöpiin ja muistisairauksiin. Suojakeinot ovat yksinkertaisimmillaan riskitekijöiden vastakohtia, kuten terveellinen ruokavalio ja tupakoimattomuus. (THL, 2020e.) Kansantauteihin sairastumisen riskiin vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden lisäksi siis myös elintavat ja tottumukset sekä positiivisesti että negatiivisesti.

2.3 Terveelliset elämäntavat kansantautien riskinhallintakeinona

Kansantauteihin sairastumisen riskienhallintakeinot on rajattu tutkielmassa terveellisten elintapojen noudattamiseen ennaltaehkäisevänä toimintana sekä vakuuttamiseen sairastumisen seurauksiin varautumisena. Ne ovat riskienhallintakeinoja, joihin yksilö voi omilla toimillaan ja valinnoillaan vaikuttaa. Terveellisen elämäntyylin omaksuminen ja sen noudattaminen on sekä yksilön että yhteiskunnan vastuulla, koska yksilöt tekevät omat henkilökohtaiset valintansa, mutta ympäristön vaikutus niihin on suuri (Puska, 2009a, 57). Terveiden edistämiseksi yksilöille tarjotaan tietoa ja tukea sekä lainsäädännön avulla varmistetaan terveystalouden saatavuus ja tasapuolisuus. (Thurman et al., 2016, 22.)

Kansantauteihin sairastumisen riskiä voi alentaa ennaltaehkäisevästi välttämällä epäterveellisiä ja noudattamalla terveellisiä elintapoja. WHO on luonut globaalin strategian ja tavoitteet tarttumattomien sairauksien ehkäisystä ja hoidosta, ja myös Suomi on sitoutunut niihin. Tavoitteena on vähentää kroonisiin kansantauteihin liittyvää ennenaikaista kuolleisuutta 25 prosenttia vuoteen 2025 mennessä muun muassa vähentämällä epäterveellisiä elintapoja, kuten alkoholin

ja suolan käyttöä sekä tupakointia ja lisäämällä terveyttä edistäviä toimia, kuten terveystiikunnan määrää. Strategian painopiste on vahvasti preventiossa eli kansantautien vähentämisessä ennaltaehkäisevin keinoin. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia, 2017, 6, 7.) Kansantauteja voidaan ehkäistä primaari- tai sekundaariprevention keinoin. Sairauksien ensisijaisella ehkäisyllä eli primaaripreventiolla estetään terveydelle haitallisille riskitekijöille altistuminen ja siten niiden terveydelle negatiiviset vaikutukset ennen sairastumista. Sekundääripreventio puolestaan on sairauden hoitoa. Siinä sairauden etenemistä tai pahenemista pyritään hillitsemään poistamalla tai pienentämällä sairauteen liittyvät riskitekijät. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim et al., 2017, 8.)

Kansantauteihin sairastumisen riskiä voidaan yksilötasolla ehkäistä huolehtimalla riittävästä unen ja fyysisen aktiivisuuden määrästä sekä terveellisen ruokavalion noudattamisesta. Unen laadulla ja määrällä on vaikutuksia yksilön fyysiseen ja henkiseen hyvinvointiin ja unen puutos voi altistaa useille mielenterveydenhäiriöille (Hardy & Gray, 2012, 41). Aikuiselle (18-64 –vuotias) riittävä unen määrä on Käypä hoito -suosituksen (2016) mukaisesti 7-9 tuntia. Aikuisen yönien pituus vaihtelee keskimäärin 6-9 tunnin välillä (Riittävä Uni: Käypä hoito -suositus, 2016), mutta tarpeeksi nukkuvien osuus aikuisväestöstä on vähentynyt viime vuosien aikana (THL, 2018, 42).

Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan terveysvaikutukset ovat olleet jo pitkään tiedossa ja tieteellisen tutkimuksen vahvistamia (Biddle, Fox, & Boutcher, 2000, 1). Liikunnalla ja aktiivisella elämäntyyllillä voidaan edistää painonhallintaa ja siten ehkäistä monia sairauksia, joille ylipaino altistaa. (Puska, 2009a, 57.) Liikunnalla on myös positiivisia vaikutuksia yksilön henkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen (Biddle et al., 2000, 4). Fyysisen aktiivisuuden osalta voimassa oleva Käypä hoito -suositus (2016) aikuiselle on kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa ainakin 150 minuuttia viikossa tai raskasta liikuntaa 75 minuuttia viikossa. Sen lisäksi aikuisen tulisi ainakin kahtena päivänä viikossa harjoittaa lihaskuntoa ja kestävyysliikuntaa. Terveellinen ruokavalio yhdessä fyysisen aktiivisuuden kanssa auttaa painonhallinnassa ja sairauksien ehkäisemisessä. Suomalaisten ravitsemussuositusten mukaan ruokavalion tulisi olla monipuolinen ja ateriarhythmin säännöllinen. Ravitsemussuositusten avulla tavoitellaan optimaalista ruokavaliota, joka edistää energiatasapainoa ja terveyttä. (VRN, 2014, 18-24)

Epäterveellisiä elintapoja, jotka lisäävät sairastumisen riskiä ovat esimerkiksi tupakointi, alkoholin käyttö ja epäterveellinen ruokavalio. Kun tavoitteena on sairastumisen riskin alentaminen terveellisiä elintapoja noudattamalla, tulisi välttää edellä mainittuja riskitekijöitä. Tupakoinnin

määrä sekä humalajuominen eli yli kuuden alkoholiannoksen nauttiminen kerralla, ovat vähentyneet työikäisessä väestössä viime vuosina. Toisaalta tupakoiminen on pysynyt samana ja humalajuominen on yleistynyt eläkeikäisessä väestössä. Esimerkiksi tupakointi ja epäterveellinen ruokavalio, joka sisältää liiallisissa määrin tyydyttyneitä rasvoja ja suolaa, voi aiheuttaa kohonnutta verenpainetta ja kolesterolitasoja, mikä puolestaan voi johtaa sydän- ja verisuonisairauksiin (Borodulin et al., 2014).

Terveelliset elintavat ja niihin liittyvät suositukset eivät tällä hetkellä toteudu Suomessa aikuisväestön keskuudessa, mutta kehityksen suunta on ollut pääsääntöisesti positiivinen. THL:n FinTerveys -tutkimuksen (2018, 38) mukaan vain puolet tutkimukseen osallistuneista saavutti kestävyysliikuntasuosituksen ja vajaa kolmannes ilmoitti harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa. Aikuisten ruokatottumukset eivät myöskään noudata annettuja suosituksia, ja ruokailutottumukset ovat huonontuneet erityisesti rasvojen, kasvien, hedelmien ja marjojen osalta viime vuosien aikana (THL, 2018, 33-37). Merkittävää positiivisen kehityssuunnan toteutumisen kannalta on kuitenkin se, että yhteiskunnan tasolla ollaan tietoisia ja kiinnostuneita terveellisten elintapojen merkityksestä ja niiden implementoinnista yksilötasolle.

2.4 Vakuuttaminen kansantautien riskienhallintakeinoina

Sairastumisen riskiä voidaan hallita preventiivisten riskienhallintakeinojen lisäksi ja reaktiivisilla eli riskin realisoitumisen seurauksia kompensoivilla riskienhallintakeinoilla (Kulmala, 2018, 201). Sairastumisen riski voidaan vakuuttaa, jolloin vastuu riskin realisoitumisen aiheuttamista seurauksista siirtyy vakuutusyhtiölle (Kuusela et al., 2005, 16). Sairausvakuutuksella voidaan varautua sairastumisen aiheuttamiin taloudellisiin riskeihin, jotka voivat realisoitua sekä kustannusten että toimeentulon menetyksen muodossa.

Suomessa lakisääteinen sairausvakuutus luo taloudellisen turvan kaikille sen piiriin kuuluville (Sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 1 §). Lakisääteinen sairausvakuutus tarjoaa minimitason turvan, ja sitä voidaan täydentää vapaaehtoisella sairausvakuutuksella. Mikäli yksilö kaipaa lisäturvaa sairastumisen varalle, voi lakisääteistä turvaa laajentaa henki- ja vahinkovakuutusyhtiöiden tarjoamalla vapaaehtoisella sairausvakuutuksella, joka mahdollistaa esimerkiksi vaikutusmahdollisuudet hoidon tarjoajaan sekä hoidon nopeuteen ja sijaintiin (Jokela et al., 2013, 6.2.6.2).

2.4.1 Lakisääteinen sairausvakuutus

Lakisääteinen sairausvakuutus korvaa vakuutettujen tarpeellisen sairauden hoidon kustannukset sekä ansionmenetykset, jotka johtuvat joko lyhytaikaisesta työkyvyttömyydestä, raskaudesta tai lapsen hoidosta (Sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 1 §). Lakisääteinen sairausvakuutus on osana suomalaista sosiaaliturvaa ja sen piiriin kuuluvat Suomessa vakinaisesti asuvat henkilöt sekä heihin rinnastettavissa olevat Suomessa työskentelevät ja yritystoimintaa harjoittavat henkilöt vakinaisesta asuinpaikasta riippumatta. (Rantala et al., 2020, 18.1) Lakisääteisen sairausvakuutuksen tuoma taloudellinen turva on merkittävä sairastumisen aiheuttaman taloudellisen riskin kannalta.

Lakisääteisen sairausvakuutuksen toimeenpanosta vastaa Kela, joka myös seuraa ja valvoo sairausvakuutuslain noudattamista ja toteuttamista (Sairausvakuutuslaki, 1224/2004, 3 §). Lakisääteinen sairausvakuutusjärjestelmä rahoitetaan sairausvakuutusrahaston kautta (Rantala et al., 2020, 18.3). Sairausvakuutusrahaston taustalla on monikanavainen rahoitusjärjestelmä, jossa rahoitus muodostuu valtion ja kuntien verotuloista, pakollisista ja vapaaehtoisista vakuutusmaksuista sekä työnantaja- ja asiakasmaksuista (Pekurinen et al., 2011, 14).

2.4.2 Vapaaehtoinen sairausvakuutus

Sairastumisen riskiin voi varautua myös lisäturvan avulla eli vapaaehtoisella sairausvakuutuksella. Vapaaehtoisen sairausvakuutuksen voi ostaa henki- tai vahinkovakuutusyhtiöltä ja vakuutus perustuu vakuutus sopimukseen. Vapaaehtoisen sairausvakuutuksen saaminen edellyttää yleensä terveys selvityksen tekemistä, jonka perusteella vakuutusyhtiö toteuttaa riskinvalintaa ja myöntää vakuutuksia. (Jokela et al., 2013, 8.3.1.) Suomessa vapaaehtoiset sairausvakuutukset ovat tavallisimmin all risk – tyyppisiä vakuutuksia, jotka korvaavat lähtökohtaisesti kaikkien sairauksien ja tapaturmien aiheuttamia kuluja, mikäli niitä ei ole rajoitusehdoin rajattu korvauksen ulkopuolelle. Sairausvakuutukset voivat olla myös hyvin rajattuja vakuutuksia, kuten esimerkiksi vakuutuksia vakavan sairauden varalle, jotka koskevat vain tiettyjä vakavia sairauksia, kuten syöpäsairauksia tai sokeutumista. (Jokela et al., 2013, 6.2.6.2.)

Myös vapaaehtoisen sairausvakuutuksen ytimessä on ajatus taloudellisen riskin hallinnasta, jonka sairastuminen voi aiheuttaa sekä lisääntyneiden kustannusten että alentuneiden tulojen seurauksena. Ominaista vapaaehtoisille sairausvakuutuksille on se, että ne korvaavat konkreettisia vahinkoja, eli vakuutuksenottajan on todennettava todelliset taloudelliset menetykset

(Jokela et al., 2013, 6.2.6.1). Taloudelliset menetykset voivat olla esimerkiksi hoitoon tai lääkitykseen liittyviä kustannuksia tai työkyvyttömyydestä johtuva ansionmenetyks.

2.5 Kannustinpohjainen sairausvakuutus

Kannustinpohjaisten vakuutuksien perusideana on asetettujen tavoitteiden saavuttaminen ja ennalta määritellyt toimet edellytyksenä vakuutukseen sidotuille taloudellisille hyödyille. Kannustinpohjaiseen sairausvakuutukseen sovellettuna se tarkoittaisi esimerkiksi tiettyä aktiivitasoa ja terveellisten elintapojen noudattamista edellytyksenä taloudellisille hyödyille. (Voutilainen et al., 2017, 30, 31) Kannustinpohjaiset sairausvakuutukset ovat usein vapaaehtoisia sairausvakuutuksia, mutta kannustinominaisuudet vakuutustuotteessa eivät ole sidoksissa nimenomaan yksityiseen vakuutusentartajaan.

Vakuutustuotteeseen liittyviä kannustinominaisuuksia ovat muun muassa alennukset vakuutusmaksuihin ja vakuutusmäärän muutokset, jotka ovat usein sidottuina esimerkiksi vakuutetun aktiivisuustasoon (Voutilainen et al., 2017, 31, 32). Sairausvakuutukset perustuvat yleensä vuoden pituiseen vakuutuskauteen, joka jatkuu automaattisesti, mikäli vakuutettu maksaa vakuutusmaksun eikä vakuutusta irtisanota. Vakuutusmaksut ja esimerkiksi vakuutusmäärä määrittyvät siten aina vuodeksi kerrallaan. (Jokela et al., 2013, 8.5.2) Perinteisiin sairausvakuutuksiin perustuen kannustinpohjaisten sairausvakuutuksien mahdolliset taloudelliset edut vaikuttavat myös vuositasolla, mutta ne voivat jatkua seuraaville vakuutuskausille muuttumattomina. Mikäli taloudellisen kannustimen edellyttämät tavoitteet eivät kuitenkaan täyty, saattavat jo saavutetut etuudet poistua esimerkiksi vakuutuskauden vaihtuessa.

Nordea tarjoaa MyLife -henkivakuutuksen, jossa liikuntaa lisäämällä voi nostaa omaa vakuutusmäärää. Henkivakuutukseen voi liittää MyLife Go -ominaisuuden, joka mittaa päivittäistä aktiivisuustasoa ja nostaa sitä kautta vakuutusmäärää maksimissaan 25 prosenttia. Päivittäistä aktiivisuutta voi seurata Fjuul -mobiiliapplikaatiosta, jossa aktiivisuus ilmaistaan Fjuul-pisteinä sadan päivän liukuvana keskiarvona. Asiakkuustaso pohjautuu Fjuul-pisteisiin, joten aktiivisuustaso on suoraan yhteydessä vakuutusmäärään. (Nordea, 2020a.) Mikäli aktiivisuustaso laskee viimeisen sadan päivän aikana, vaikuttaa se vakuutusmäärään negatiivisesti (Nordea, 2020b). Nordean MyLife -vakuutustuote sisältää siten negatiivisen kannustinominaisuuden.

Kannustinpohjaiselle sairausvakuutukselle ominaisia elementtejä voidaan tunnistaa markkinoilla olevista vakuutustuotteista. Keskiössä ovat mobiiliapplikaatiot, joiden avulla toteutetaan esimerkiksi aktiivisuustason mittaus, lääkäripalvelut sekä viestintä (Henkel et al., 2018, 28).

Vakuutetuille tarjotaan monikanavaisesti terveystalvveluita ja neuvontaa, erilaisia tarjouksia ja alennuksia sekä ohjeita ja haasteita, jotka ohjaavat kohti aktiivista ja terveellistä elämää. (Vitality, 2020) Aktiivisen viestinnän kautta pyritään sitouttamaan vakuutetut asetettuihin tavoitteisiin. LähiTapiola tarjoaa Älyhenkivakuutusta, jossa yhdistyvät taloudellinen turva ja terveyden edistäminen. Taloudellinen turva muodostuu henkivakuutuksesta, työkyvyttömyysvakuutuksesta tai vakavan sairauden vakuutuksesta ja hyvinvointipalvelut saa HyvinvointiHelpin ja TerveysHelppi -mobiiliapplikaation kautta. Vakuutuksen kautta voi asettaa itselle tavoitteita, seurata omaa kehitystä sekä saada neuvoja ja erialaisia tehtäviä hyvinvoinnin eri osa-alueille. (LähiTapiola, 2020b.)

Kannustinpohjaisiin henki- ja sairausvakuutustuotteisiin on usein liitetty joitakin lisäpalveluita, kuten terveystarkastuksia ja -raportteja tai lisätuotteita, joilla esimerkiksi mitataan vakuutetun aktiivisuustasoa ja unta. Lisäpalveluiden- ja tuotteiden avulla vakuutetuille voidaan tarjota palkkioita sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiseksi. Erilaiset lisäpalvelut ja -tuotteet, kuten kumppanien tarjoamat alennukset, eivät itsessään välttämättä toimi kannustimena, mutta ne osaltaan edistävät kannustimeen sidottuihin tavoitteisiin pääsyä. (LähiTapiola, 2020b; AIA Group, 2020c). Markkinoilta löytyy kuitenkin vakuutustuotteita, joissa tarjottu lisätuote toimii osaltaan taloudellisen kannustimena. AIA Vitality -vakuutusohjelma sisältää kannustinominaisuuden, jossa saavuttamalla viikoittaiset aktiivisuustavoitteet, voi saada rahoituksen vakuutuksen kautta ostettuun Applen älykelloon. Mahdollisuus rahoituksen saamiseen eli taloudellinen kannustin on voimassa 24 kuukauden ajan ja aktiivisuustasosta riippuvat maksut erääntyvät kuukausittain. (AIA Vitality, 2020)

Monen ulkomaisen kannustinpohjaisia henki- ja sairausvakuutuksia tarjoavan vakuutusyhtiön, kuten AIA Group:in (2020a) ja Discovery:n (2020), kannustinpohjaisten vakuutuksien taustalla on Vitality -yhtiön tuote. Vitality tarjoaa dataan pohjautuvaa personointia sekä kehittyneiden ja uniikkien kannustimien kautta mahdollisuuksia terveellisempään elämään. Ihmisten terveyttä ja hyvinvointia parannetaan palkitsemalla heitä terveellisistä valinnoista ja edistämällä pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamista. Vitality:n palveluissa keskeisenä ovat erilaiset kannustimet, applikaatiot, asiakkuustasot, yhteistyökumppanit, laajat ja laadukkaat terveydenhoitoverkostot sekä aktiivinen viestintä. Erityisesti vakuutusyhtiöt lukuisten muiden organisaatioiden ohella ovat hyödyntäneet (Vitality, 2020.) Vitality:n tarjoamissa tuotteissa ja palveluissa yhdistyvät monet kannustinpohjaiselle vakuutukselle ominaiset elementit.

3 TALOUDELLISET KANNUSTIMET JA TERVEYSKÄYT- TÄYTYMINEN

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään vastaamaan tutkielman ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: ”Millä tavoin taloudellinen kannustin ohjaa yksilön terveystyöskäytymistä?”, ja sen alakysymykseen: ”Millaiset taloudelliset kannustimet motivoivat yksilöitä tavoitteiden saavuttamisessa?”. Tutkimuskysymys ohjaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa, ja kerätty aineisto analysoidaan peilaten sitä tutkimuskysymykseen (Kangasniemi et al., 2013, s. 295). Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään ymmärtämään taloudellisen kannustimen teoreettista taustaa sekä selvittämään sen ominaisuuksia ja toimivuutta.

3.1 Teoriaa taloudellisten kannustimien taustalla

Banduran (1986) näkemyksen mukaisesti sovellettaessa taloudellisia kannustimia terveystyöskäytymiseen, olisi keskeisenä tavoitteena ihmisten sitouttaminen terveellisiin elintapoihin. Mikäli ihmiset eivät usko mahdollisuuksiinsa saavuttaa terveellisiä elintapoja tai usko pystyvänsä sitoutumaan niihin, on epätodennäköistä, että he silloin näkisivät tarvittavaa vaivaa tai omistautuisivat asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Sitouttamista voidaan kuitenkin tehostaa valikoimalla oikeanlaiset kannustimet ja esimerkiksi yhdistämällä taloudelliseen kannustimeen personoitua viestintää ja muistutuksia (Szrek, Gyster, Darnowsky, & Farias, 2019, 294). Ihmisten tavoitteita tukevaa päätöksentekoa ja suotuisia valintoja rajoittavat myös erilaiset ennakkoluulot, harhat ja epärationaalisuus. Ihmiset toimivat usein tavoitteiden vastaisesti sekä tietoisesti että tiedostamattaan. (Tversky & Kahneman, 1982.) Taloudellisella kannustimella voitaisiin vaikuttaa erilaisiin tavoitteisiin pääsyä hankaloittaviin tai estäviin psykologisiin tekijöihin (Cawley & Price, 2013, 794, 795).

Kannustinmallit, joissa ehdollisella rahallisella palkkiolla kannustetaan toivottuun toimintaan, ovat yhä suosituimpia niiden tuloksellisuuden ansiosta. Niissä keskeisenä on rahallisen palkkion ehdollisuus, jolloin rahalliseen palkkioon on oikeutettu vain tiettyjen toimien jälkeen ja ehtojen täytyessä. (de Walque, 2020, 1.) Rahallisilla palkkioilla on perinteisesti ollut positiivisia toivottuja vaikutuksia käyttäytymiseen, ja muutoksia on ollut verrattain helppo saavuttaa, arvioida ja todentaa (de Walque, 2020, 2). Ehdollisten taloudellisten kannustimien toimivuutta on perusteltu kolmella pääkohdalla. Rahallisen korvauksen uskotaan pienentävän taloudellista

kynnystä tavoiteltujen toimien omaksumisessa. Sen uskotaan tarjoavan tukea ja kannustusta toivottujen tapojen omaksumiseen erityisesti silloin, kun muutokselle ei nähdä muita riittäviä perusteluita. Lisäksi sen uskotaan auttavan valintojen teossa erityisesti silloin, kuin inhimilliset kognitiiviset harhat ja rajoitteet estävät asetetun tavoitteen kannalta rationaaliset valinnat. (de Walque, 2020, 1.) Rahallisella palkkiolla voidaan siten poistaa tavoitteiden saavuttamisen ja toivottujen tapojen omaksumisen esteenä olevia tekijöitä.

Tutkimukset taloudellisista kannustimista ja niiden vaikutuksista terveystietäytymiseen ovat osoittaneet taloudellisen kannustimen tehoavan lyhyellä aikavälillä. Pitkällä aikavälillä vaikutukset ovat kuitenkin olleet heikkoja, ja uusia kannustinmuotoja kehitetään, jotta vaikutukset saataisiin jatkumaan myös kannustimen päätyttyä. (Royer, Stehr, & Sydnor, 2015, 52.) Taloudellisen kannustimen lyhyen- ja pitkän aikavälin tehokkuuden voidaan aikaisemman tutkimuksen pohjalta olettaa liittyvän tavoitteisiin ja niiden saavuttamiseen, valintojen optimaalisuuteen sekä uusiin tapoihin sitoutumisen onnistumiseen. Käyttäytymistaloustieteellinen tutkimus on osoittanut hyvän informaation ja ytimekkään palautteen olevan apuna optimaalisten valintojen teossa (Thaler, R. & Sunstein, 2009). Taloudellisesta kannustimesta tehty tutkimus on osoittanut personoidun viestinnän sitouttavan asetettuihin tavoitteisiin ja toimiin niiden saavuttamiseksi (Szrek et al., 2019).

Viimeaikainen tutkimus on osoittanut negatiivisen kannustimen toimivan fyysisen harjoittelun lisäämisessä. Kannustinasetelma, jossa rahallisen panoksen menettäminen riippuu liikuntasuorituksista, kannustaa ihmisiä liikkumaan tavoitteen mukaisesti, ja vaikutukset näkyvät myös pitkällä aikavälillä aktiivisuuden lisääntymisenä. (Royer et al., 2015, 81, 82.) Behavioraalisen tutkimuksen mukaan kannustimet ovat tehokkaampia hyödyntäessään teoreettista mallia tappion kaihtamisesta (Kahneman & Tversky, 1979). Tappion kaihtaminen on suoraan sovellettavissa kannustinjärjestelmiin, joissa taloudellinen menetys riippuu esimerkiksi aktiivisuustason tai muun tavoitteen saavuttamisesta. Taloudellisen kannustimen toimivuuden arvioinnin yhteydessä on esitetty teoriaa ajallisesta epäjohdonmukaisuudesta ja oman itsehillinnän heikkouden tiedostamisesta. Myös ne vaikuttavat negatiivisen kannustimen tehokkuuteen lisäten sen vaikutusta. (Royer et al., 2015, 52)

3.2 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Kirjallisuuskatsauksen yleisenä tavoitteena on kriittisesti arvioida ja yhdistää tutkimusaiheesta jo olemassa olevaa tutkimustietoa sekä tunnistaa tutkimusaukkoja (Carnwell & Daly, 2001, 57).

Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella on valittu tutkimuksia, joiden pohjalta on määritelty taloudellisen kannustimen ominaisuuksia ja toimivuutta, kun tarkastelun kohteena ovat terveyskäyttäytyminen ja elintapojen muuttaminen taloudellisella kannustimella. Kirjallisuuskatsauksen aineiston valintastrategia on esitelty ja kuvailtu noudattaen Torracon (2005) asettamia metodisia kriteerejä koskien integroitua kirjallisuuskatsausta. Aineiston valinnassa on oleellisesti huomioitu taloudellisen kannustimen teoreettinen tausta sekä tutkielman ensimmäinen tutkimuskysymys. Niiden valossa on analysoitu valikoitujen tutkimuksien esittämiä taloudellisen kannustimen ominaisuuksia ja toimivuutta.

Aineistoa haettiin ABI/INFORM Collection Proquest, EBSCOhost, Emerald insights SAGE Journals, ScienceDirect (Elsevier) sekä Wiley Online Library tietokannoista, koska ne ovat kansainvälisesti tunnustettuja, laajoja ja luotettavia tietokantoja ja siten kirjallisuuskatsaukseen soveltuvia. Kaikki tehdyt tietokantahaut löytyivät numeroituna liitteessä 1, josta ilmenee käytetty tietokanta ja hakusanat, ajallinen raja, muu raja ja hakutulosten määrä. Tietokantahaut toteutettiin ajalla 17.11.- 25.11.2020 ja kaikki haut rajattiin englanninkielisiin ja vertaisarvioituihin julkaisuihin. Aineistoa rajattiin hakuvaiheessa ajallisesti vuosiin 2015-2020, koska mitä uudempaa tutkimus on, sitä ajankohtaisempia tutkimustuloksetkin ovat. Käytetyt hakusanat olivat englanniksi, koska aiheesta on tehty tutkimusta kansainvälisesti ja tutkimuksia on enemmän englanniksi kuin esimerkiksi suomeksi, joka olisi ollut toinen vaihtoehto tutkijan kielitaidon puitteissa.

Hakusanat noudattivat tutkielman keskeisiä avainsanoja, ja niitä hyödyntämällä saatiin rajattua hakutulokset teoriaan soveltuvaksi. Tietokantahaut aloitettiin ABI/INFORM Collection Proquest tietokannasta, josta hakuprosessi aloitettiin testaamalla hakusanat ”economic incentive” ja ”financial incentive” (liite 1). Haut tuottivat molemmat noin tuhat hakutulosta, kun aikaraja oli 2015-2020, ja hakusanalla ”financial incentive” löytyi tutkimusaiheeseen soveltuvampaa aineistoa. ABI/INFORM Collection Proquest tietokannasta tehtyjen hakujen perusteella päätettiin käyttää hakusanaa ”financial incentive” ja sen sovelluksia kaikissa tehdyissä hauissa. Hakusana tuotti kaikista eri tietokannoista, paitsi Emerald insights:sta, noin tuhat hakutulosta. Emerald insights rajattiin käytettävistä tietokannoista pois, koska se tuotti hakutuloksia yli 15 000, eikä hakusanojen tarkennus rajannut hakutulosten määrää riittävästi. Hakusanojen sovelluksista sopivimmiksi valikoituivat ”financial incentive AND health” ja ”financial incentive AND health behaviour”, ja niiden erilaiset muotoilut lainausmerkeillä. (liite 1) Valittujen hakusanojen avulla voitiin rajata aineisto ensimmäisen tutkimuskysymyksen mukaiseksi.

Aineistoa rajattiin tietokantahakujen yhteydessä laajuudeltaan kohtuullisemmaksi ja tarkemmaksi. Edellä esitetyillä hakusanoilla saatiin rajattua kaikki hakutulokset alle sataan ja suurin osa myös alle kymmeneen. ABI/INFORM Collection Proquest tietokannassa tehdyissä hauissa käytettiin lisäksi aiheajasta ”incentive” ja Wiley Online Library tietokannassa tehdyissä hauissa aiheajasta ”economics”, jotta hauista saatiin mahdollisimman relevanttia aineistoa. (liite 1) Hauissa ei tehty systemaattisia rajauksia tutkimusmenetelmään ja -asetelmaan perustuen, mutta lopullisia tutkimuksia valikoitaessa kirjallisuuskatsaukset rajattiin pois. Lopulliset kuusi tutkielmaa valikoituivat hauista 13, 14, 26, 27, 50 ja 61 (liite 1).

Valikoitujen tutkimusten validiteetti ja autenttisuus pyrittiin varmistamaan tehdyillä rajauksilla ja niissä käytetyillä kriteereillä. Tehtyjen rajauksien ja käytettyjen hakusanojen avulla valikoitunut aineisto käytiin läpi lukemalla tutkimuksen nimi, tiivistelmä ja avainsanat. Niiden perusteella rajattiin pois ne tutkimukset, jotka eivät vastanneet valittuja kriteereitä. Tutkimusten valinnassa kriteereinä olivat tutkimusten laatu, tutkittavien ikä, kannustimen ominaisuudet sekä tutkimustulokset. Laatuksiteerit täyttäneet valitut tutkimukset ovat julkaistu luotettavissa ja arvostetuissa tieteellisissä lehdissä ja ne ovat kaikki vertaisarvioituja. Tutkittavien ikärajaus tehtiin yli 18-vuotiaisiin ja mukaan valikoitui ainoastaan tutkimuksia, joissa otoshenkilöt ovat aikuisia. Aikuiset eli noin 18 – 64 -vuotiaat sopivat tutkielman tutkimusasetelmaan, kun huomioidaan yksilöiden omat vaikutusmahdollisuudet elintapoihin ja valintoihin sekä tyypillinen kansantauteihin sairastumisikä.

Jotta valikoitujen tutkimusten analysointi tuottaisi relevanttia ja autenttista informaatiota taloudellisen kannustimen toimivuudesta, tutkimustulosten kriteereinä olivat tutkimustulosten selkeys ja informatiivisuus. Tutkimukset jaoteltiin taloudellisen kannustimen ominaisuuksien ja tutkimusasetelman perusteella. Sen jälkeen tutkimuksia pyrittiin valitsemaan jokaisesta kategoriasta tutkimustulosten analyysin riittävän laajuuden varmistamiseksi. Taloudelliset kannustimet jaoteltiin lyhyen ja pitkän aikavälin kannustimiin, rahallisiin palkkioihin ja alennuksiin sekä positiivisiin ja negatiivisiin kannustimiin. Tutkimusasetelman osalta pyrittiin valikoimaan tutkimuksia, joissa mittauksen kohteena oli kansantautien riskitekijöitä eli fyysinen aktiivisuus, ruokavalio, ylipaino ja päihteet (THL, 2020e). Valinta tehtiin esitettyjen kriteereiden perusteella ja tutkimuksia valikoitui yhteensä kuusi. Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin valittua tutkimukset, jotka lähestyivät terveystyötyymistä eri näkökulmista, ja joissa oli hyödynnetty erilaisia taloudellisia kannustimia.

3.3 Empiiriset tulokset

Kirjallisuuskatsauksen perusteella on luotu taulukko (taulukko 1) tutkimuksista, joiden avulla määritellään taloudellisen kannustimen ominaisuudet ja toimivuus elintapojen muuttamisessa. Kirjallisuuskatsauksen avulla valikoitujen tutkimusten tulosten synteesi antaa vastauksen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Tutkimustulosten synteesiä sovelletaan teoriaan kannustinpohjaisesta sairausvakuutuksesta.

Taulukko 1 Tutkimukset taloudellisesta kannustimesta

Tieteellinen artikkeli	Julkaistu	Tekijät	Taloudellinen kannustin	Tutkittavat	Tulos
Messaging, monetary incentives, and participation in wellness programs 14 (liite 1)	International Journal of Workplace Health Management; Bingley Vol 12 (5), 2019, 289-297	Szrek Helena, Gyster Vlad, Darnowsky Phil, Farias Ana Rita	Viikoittainen SMS tai sähköposti muistutus kahden eri terveyttä edistävän tehtävän suorittamisesta sekä yhteensä 400 \$ palkkio tehtävien suorittamisesta.	Yhteensä 654 suuren Yhdysvaltalaisen teollisuusyrityksen työntekijää, jotka osallistui hyvinvointiohjelmaan.	Viestillä oli merkittävä vaikutus työntekijöiden hyvinvointiohjelman suorittamiseen. Säännöllisen viestinnän ja muistutusten avulla voidaan sitouttaa ihmisiä tehokkaasti rahallisen kannustimen sisältävään hyvinvointiohjelmaan.
The effect of primary care visits on other health care utilization: A randomized controlled trial of cash incentives offered to low income, uninsured adults in Virginia 26 (liite 1)	Journal of Health Economics Vol 62, November, 2018, 121-133	Bradley Cathy, Neumark David, Walkerd Lauryn Saxe	0 \$, 25 \$ tai 50 \$ palkkio lääkärissä käynnistä eli perusterveydenhuollon palveluiden käytöstä kuuden kuukauden aikana tutkimuksen alkamisesta.	Yhteensä 1228 Yhdysvaltalaisia matalan tulotason aikuista, joilla ei ollut sairausvakuutusta.	Kannustimen saaneet kävivät lääkärissä huomattavasti todennäköisemmin, kuin kontrolliryhmä. Kannustimella oli suurempi vaikutus lääkärikäynteihin sairaampien tutkittavien osalta verrattaessa terveempiin.
Financial Incentives Increase Purchases Of Fruit And Vegetables Among Lower-Income Households	Health Affairs; Chevy Chase Vol 38 (9), September, 2019 1557–1566	Moran Alyssa, Thorndike Anne, Franckle Rebecca, Boulos Rebecca, Doran Heather, et al.	Ruokaostoksista 50 % alennus koskien tuoreita, pakastettuja ja säilöttyjä hedelmiä, kasviksia ja vihanneksia.	Yhteensä 605 matalan tulotason kotitaloutta, joissa oli vähintään yksi lapsi.	Tuoreiden hedelmien, kasvien ja vihannesten osto kasvoi 27 % taloudellisella kannustimella.

With Children 27 (liite 1)					
Incentives, Commitments, and Habit Formation in Exercise: Evidence from a Field Experiment with Workers at a Fortune-500 Company 13 (liite 1)	American Economic Journal. Applied Economics Vol. 7 (3), July, 2015 51–84	Royer Heather, Stehr Mark, Sydnor Justin	Ensin 10 \$ kerta-palkkio maksimissaan kolme kertaa viikossa kuntosaliharjoittelusta neljän viikon ajan. Sen jälkeen mahdollisuus tehdä sopimus ja asettaa itselle rahallinen panos, jonka menettää, mikäli tavoitemäärä kuntosaliharjoittelua ei toteudu.	Yhteensä 1000 työntekijää Yhdysvaltojen 500:sta suurimmasta yhtiöstä.	Kannustin kaksinkertaisti kuntosaliharjoittelun määrän verrattaessa kontrolliryhmään. Sopimuksen tehneiden kuntosaliharjoittelun määrä oli sopimuksen voimassaoloajan merkittävästi korkeampi kuin muiden. Lisääntynyt kuntosaliharjoittelu jatkui myös sopimuksen päätyttyä.
Adding Financial Incentives to Online Group-Based Behavioral Weight Control: An RCT 61 (liite 1)	American Journal of Preventive Medicine Vol 59 (2), August, 2020, 237-246	West Delia, Krukowski Rebecca, Finkelstein Eric, Stansbury Melissa, et al.	Online-valmennukseen kuuluva verkossa toteutettu viikoittainen chat-tilaisuus sekä rahallinen palkkio painonhallintaa edistäviä toimia ja painonpudotus tavoitteisiin pääsyä vastaan. Rahallinen kannustin 15 \$ tai 10 \$ viikossa riippuen raportoinnin suorittamisesta ja tavoitteisiin pääsystä.	Yhteensä 418 ylipainoista ja lihavuudesta kärsivää aikuista, joista oli 91 % naisia.	Taloudellinen kannustin yhdistettynä valmennukseen lisäsi painonpudotusta sekä painoa pudottaneiden määrää verrattuna kontrolliryhmään. Taloudellinen kannustin lisäsi sitoutumista valmennukseen sekä välitavoitteiden saavuttamista.
The impact of financial incentives on health and health care: Evidence from a large wellness program 50 (liite 1)	Health Economics Vol 28 (2), February, 2019, 261-279	Einav Liran, Lee Stephanie, Levin Jonathan	Maksimissaan 1000 \$ palkkio vakuutusmaksujen alennuksen muodossa, mikäli täytti hyvinvointiohjelman terveystarkastuksen tavoitetulokset.	Yli 20 000 työntekijää osallistujana 4 vuoden ajan.	Taloudellinen kannustin johti terveempään ja tehokkaampaan työvoimaan, mutta ei osoittanut suoria taloudellisia säästöjä terveydenhoidossa.

Tutkimustulosten analyysin pohjalta voidaan luoda synteesi taloudellisen kannustimen luonteesta ja toimivuudesta verrattaen lyhyellä aikavälillä. Jokaisessa kirjallisuuskatsauksella valitussa tutkimuksessa taloudellisella kannustimella saatiin tutkittavat toimimaan tavoitteen mukaisesti ainakin taloudellisen kannustimen vaikutusajan. Tutkimustuloksia vertailemalla voidaan löytää yhteyksiä erilaisten tutkimuksissa käytettyjen kannustimien välillä.

Royer et al. (2015) tutkivat, saadaanko hyvinvointiohjelmaan osallistuneet työntekijät teemmään useammin kuntosaliharjoittelua, jos heille maksetaan siitä 10 \$ per kerta maksimissaan kolme kertaa viikossa. Taloudellinen kannustin kaksinkertaisti kuntosaliharjoittelukertojen määrän. Saman suuntainen tutkimustulos saatiin West, et al. (2020) tekemässä tutkimuksessa, jossa rahallisen palkkion saaneet tutkittavat sitoutuivat paremmin valmennukseen ja saavuttivat välitavoitteet todennäköisemmin kuin ne, keille rahallista palkkiota ei maksettu. Tutkimukset osoittavat taloudellisen kannustimen toimivuuden tilanteissa, joissa rahallinen palkkio maksettiin heti toivotun toiminnan jälkeen. Taloudellisen kannustimen toimivuus pystyttiin osoittamaan palkkiojärjestelmän voimassaolon ajan.

Einav et al. (2019) osoittivat tutkimuksessaan merkittävän taloudellisen kannustimen vaikuttavan positiivisesti tutkittavien terveydentilaan perustuen hyvinvointimittausten tuloksiin. Hyvinvointimittaus koostui BMI:stä, verenpaineesta, kolesterolin ja glukoositasosta sekä tupakoinnista, joilla on vaikutuksia yksilön terveydentilaan. Taloudellinen kannustin realisoitui vuoden jälkeen maksimissaan 1000 \$ alennuksena sairausvakuutusmaksuissa, mikäli mittauksen tulokset olivat tavoitetasolla. Myös Szrek et al. (2019) tutkimuksessa taloudellisena kannustimena toimivat kaksi 200 \$:n palkkiota maksettiin vasta, kun hyvinvointiohjelma oli suoritettu siihen oikeuttavalla tavalla. Tutkimukset osoittivat taloudellisen kannustimen toimivan myös ilman välipalkkioita kokonaistavoitteen saavuttamisessa. Lisäksi Einav et al. (2019) osoittivat taloudellisen kannustimen toimivan myös alennuksen muodossa, mikä oli yhteneväinen havainto Moran et al. (2019) tekemän tutkimuksen tutkimustuloksien kanssa.

Szrek, et al. (2019) osoittivat tutkimuksessaan taloudellisen kannustimen vaikutuksen tehostuvan, kun siihen lisätään personoitua viestintää ja muistutuksia tavoitteen saavuttamisesta ja siihen liittyvästä palkkiosta. Personoidulla viestinnällä voidaan tehostaa ihmisten sitoutumista hyvinvointiohjelmiin ja nostaa osallistumisprosenttia. Puolestaan West, et al. (2020) tutkivat taloudellisen kannustimen yhdistämistä interaktiiviseen online-valmennukseen tavoitteena lisätä osallistuneiden sitoutumista valmennukseen ja sen kautta painonpudotusta. Taloudellinen kannustin lisäsi merkittävästi sekä painonpudotusta että painoa pudottaneiden määrää. Taloudellinen kannustin myös lisäsi osallistuneiden sitoutumista valmennukseen. Näiden tutkimuksien pohjalta voidaan todeta taloudellisella kannustimella ja aktiivisella viestinnällä olevan tehokas yhteisvaikutus sekä osissa että kerralla maksettavan palkkion tilanteissa.

Moran et al. (2019) sekä Bradley et al. (2018) tutkivat verrattaen pienen rahallisen palkkion (maksimissaan 50 \$) vaikutusta matalalla tulotasolla elävien aikuisten ja lapsiperheiden

terveyskäyttäytymiseen. Kumpikin tutkimus osoitti taloudellisen kannustimen edistävän toivottuja terveydelle hyödyllisiä toimia kannustimen voimassaoloajalla. Moran et al. (2019) tutkimuksessa selvisi, että tarjoamalla tutkittaville 50 prosentin alennus hedelmien, vihannesten ja kasvien ostosta, niiden kulutusta voitiin nostaa 27 prosenttia. Tutkimuksessa kuitenkin ilmeni, ettei taloudellinen kannustin ei yksinään riittäisi koko ruokavalion muutokseen ja pidemmällä aikavälillä tarvittaisiin myös muita toimia, kuten terveystiedotusta. Bradley et al. (2018) puolestaan osoittivat rahallisen palkkion vaikuttavan sairaalakäyntien määrään positiivisesti erityisesti sairaiden potilaiden osalta. Tutkimuksien taustalla oli ajatus alemman tulotason vaikutuksesta terveydestä huolehtimiseen ja sen laiminlyöntiin taloudellisten tekijöiden vaikutuksesta. Taloudellinen kannustin rahallisena palkkiona lisäsi terveyttä edistäviä toimia sekä taloudellisen tuen muodossa että motivaattorina.

Royer et al. (2015) tekemässä tutkimuksessa kannustinjakson jälkeen tutkittavista puolelle tarjottiin mahdollisuutta asettaa itselle harjoittelutavoite sekä rahallinen panos, jonka menettäisi, mikäli tavoitteeseen ei pääsisi. Sopimuksen tehneiden kuntosaliharjoittelun määrä oli sopimuksen voimassaoloajan merkittävästi korkeampi kuin muiden. Teoria tappion kaihtamisesta tukee tutkimustulosta ja sen voidaan tulkita toimivan tehokkaana motivaation lähteenä tukien tavoitteeseen pääsyä. Positiiviset muutokset kuntosaliharjoittelun määrässä jatkuivat myös tutkimuksen päätyttyä ja tutkimus osoitti rahallisen panoksen mahdollisesti vaikuttavan myös elintapojen pysyvään muutokseen. Saman suuntaisia tutkimustuloksia ei ilmennyt muissa tutkimuksissa, joten nimenomaan tappion kaihtamisen ja itse asetetun rahallisen panoksen voidaan tulkita lisäävän motivaatiota pitkäaikaiseen elintapamuutokseen enemmän kuin vaihtoehtoiset taloudelliset kannustimet.

3.4 Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalinen arviointi taloudellisen kannustimen näkökulmasta

Kirjallisuuskatsauksen avulla valitut tutkimukset osoittivat taloudellisen kannustimen mahdollisuuden vaikuttaa tutkittavien terveyskäyttäytymiseen, mikä on olennainen tutkimustulos kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalia arvioitaessa. Mikäli taloudellisen kannustimen toimivuutta ei olisi tieteellisesti tutkittu ja todennettu, veisi se osaltaan pohjan kannustinpohjaisen vakuutuksen ideologialta. Vakuutustuotteen näkökulmasta on mielekästä, että niissä hyödynnetyt kannustinominaisuudet todella toimivat. Kannustinpohjaisissa sairausvakuutuksissa keskeisiä kannustinelementtejä ovat lyhyen ja pitkän aikavälin rahalliset palkkiot, alennukset ja tarjoukset sekä positiiviset ja negatiiviset kannustinjärjestelmät (Voutilainen et al., 2017,

31,32). Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalia kansansairauksien vähentämisessä voidaan arvioida vertailemalla kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen keskeisiä kannustinominaisuuksia ja niiden toimivuutta kirjallisuuskatsauksen tarjoaman informaation valossa.

Esimerkiksi Royer et al. (2015) ja Liran et al. (2019) osoittivat tutkimuksissaan erilaisten rahallisten kannustimien nostavan aktiivisuustasoa ja lisäävän aktiivisuustavoitteisiin pääsyn todennäköisyyttä. Kannustinpohjaisissa sairausvakuutuksissa vakuutuksenottajalla on mahdollisuus omilla toimillaan ja esimerkiksi aktiivisuustasollaan vaikuttaa esimerkiksi vakuutusmaksuihin tai vakuutusmäärään. (Voutilainen et al., 2017, 30; Nordea, 2020a) Mikäli kannustinpohjaisissa sairausvakuutussopimuksissa noudatettaisiin sairausvakuutuksille yleistä automaattisesti jatkuvaa vuoden mittaista vakuutuskautta, voitaisiin kannustinjärjestelmät sitoa esimerkiksi vakuutuskauteen (Jokela et al., 2013, 8.5.2). Jatkuva sopimusmalli mahdollistaisi taloudellisen kannustimen jatkuvuuden ja kehittymisen esimerkiksi useiden vuosien ajan.

Tutkimukset osoittivat onnistuneesti erilaisten taloudellisten kannustimien toimivuuden niiden voimassaolon ajan. Muun muassa Royer et al. (2015) osoittivat tutkimuksessaan rahallisen välittömän palkkion kannustavan liikuntaharjoitteisiin kannustimen voimassaolon ajan. Myös West et al. (2020) osoittivat taloudellisen kannustimen lisänneen sitoutumista määräaikaiseen valmennukseen sekä asetettujen välitavoitteiden saavuttamiseen. Kannustinpohjaiseen sairausvakuutukseen rakennetulla kannustinjärjestelmällä voitaisiin mahdollisesti jatkaa kannustimen tuomien positiivisten muutosten kestoa. Esimerkiksi sitomalla taloudellinen kannustin vuositasolla vakuutuskauteen, saataisiin ihmisiä mahdollisesti kannustettua pysyvämpiin elämäntapamuutoksiin. Kansansairauksien ennaltaehkäisy onnistumisessa on kyse nimenomaan pitkän aikavälin toimista ja niiden ennaltaehkäisevistä terveysvaikutuksista.

Szrek et al. (2019) osoittivat tutkimuksellaan taloudellisen kannustimen tehokkuuden nousseen, kun rahalliseen palkkioon yhdistettiin personoitua viestintää ja muistutuksia tarvittavista toimista tavoitteen saavuttamiseksi. Kannustinpohjaisille sairausvakuutuksille ominaiset applikaatiot ja aktiivinen viestintä voidaan siten nähdä merkittävinä tavoitteisiin sitouttavina ominaisuuksina. Myös West et al. (2020) tekemässä tutkimuksessa taloudellisen kannustimen yhdistäminen vuorovaikutteiseen verkkovalmennukseen lisäsi valmennukseen sitoutumista ja paransi tuloksia. Kannustinpohjaisissa vakuutuksissa tarjotut valmennukset ja vakuutetun aktiivisuustasoon perustuvat etuudet ovat siten perusteltuja motivaation lisääjiä ja terveyttä edistäviä ominaisuuksia.

Royer et al. (2020) tekemässä tutkimuksessa itse asetettu tavoite negatiivisena taloudellisena kannustimena osoitti merkittäviä vaikutuksia tutkittavien elintapojen kehityksessä pitkälläkin aikavälillä ja myös rahallisen panoksen poistumisen jälkeen. Kannustinpohjaisille sairausvakuutuksille on ominaista hyvinvointia edistävien henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen ja niihin tähtääminen (LähiTapiola, 2020b). Kannustinpohjaisissa sairausvakuutuksissa hyödynnetty etuustasot, jotka edellyttävät esimerkiksi tiettyä aktiivisuustasoa, kannustavat ihmisiä saavuttamaan asetetut tavoitteet (AIA Group, 2020a; Nordea, 2020b). Tietyn aktiivitason ylläpitämiseen ja siihen motivoitumiseen liittyy taloudellisen sanktion uhka etuustason alentuessa, mikäli aktiivisuustavoitetta ei saavuteta. Negatiivinen kannustin voi toimia siten tuloksellisesti kannustinpohjaisessa vakuutuksessa.

Kannustinpohjaisissa vakuutuksissa hyödynnetään paljon erilaisia kumppanuuksia ja niiden tuomia tarjouksia ja etuuksia vakuutetuille. Esimerkiksi Liran et al. (2019) tutkimus osoitti vakuutusmaksuihin tarjotun alennuksen lisäävän todennäköisyyttä saavuttaa hyvinvointiohjelman terveystarkastuksen tavoitetulokset. Moran et al. (2019) tekemä tutkimus osoitti hedelmien, kasvien ja vihannesten oston yhteydessä tarjotun alennuksen lisäävän merkittävästi niiden ostoa edistämisen siten terveellisen ruokavalion noudattamista. Bradley et al. (2018) tekemässä tutkimuksessa rahallisella palkkiolla saatiin tutkittavat kannustettua käymään lääkärissä. Kannustinpohjaisille sairausvakuutuksille on ominaista, että vakuutetuille tarjotaan lääkäripalveluita ja heitä kannustetaan käymään terveystarkastuksissa ja huolehtimaan terveydestään ammattilaisten avulla. Erilaiset alennukset ja tarjoukset, joita kannustinpohjaiset sairausvakuutukset sisältävät, voivat edistää terveellisiä elintapoja vähentäen samalla kansantauteihin sairastumisen riskitekijöitä.

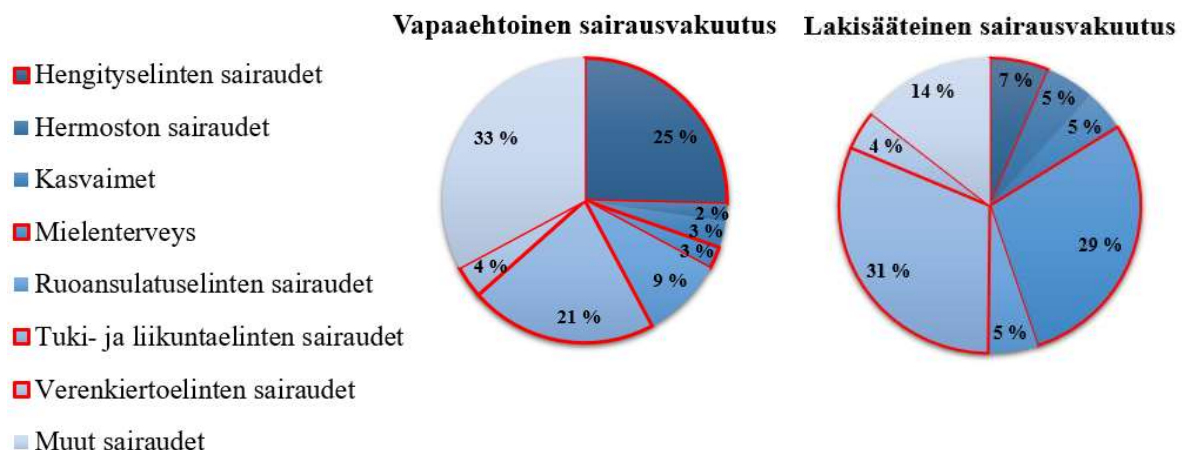
Taloudellisella kannustimella voidaan edellä mainitun mukaisesti vaikuttaa ihmisten terveyskäyttäytymiseen kannustinjärjestelmän voimassa ollessa eli on mahdollista esimerkiksi lisätä aktiivisuutta, sitouttaa harjoitteluohjelmaan, edistää painonpudotusta ja ohjata ruokaostoksia terveellisempään suuntaan. Kannustinpohjaisella sairausvakuutuksella voitaisiin siten mahdollisesti ohjata vakuutettuja elämään terveellisemmin esimerkiksi ohjeistamalla ja kannustamalla liikkumaan sekä syömään terveellisesti. Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen sisältämät sekä lyhyen että pitkän aikavälin ehdolliset rahalliset palkkiot tehostaisivat terveellisten elintapojen omaksumista ja sitouttaisivat asetettuihin terveyttä edistäviin tavoitteisiin. Nämä terveyttä edistävät toimet voisivat samalla alentaa sairastumisen riskiä kansantauteihin.

4 SAIRAUSVAKUUTUKSISTA KORVATUT SAIRAUDET

4.1 Tilastoanalyysin keskeiset tulokset

Tutkielman toiseen tutkimuskysymykseen liittyvä aineisto muodostuu Vakuutusyhtiö X:ltä saadusta tilastosta vapaaehtoisesta sairauskuluvakuutuksesta korvatuista sairauksista vuodelta 2019 (liite 2) sekä Kelan Sairausvakuutustilastosta vuodelta 2019 (liite 3). Tilastot ovat kokonaisuudessaan liitteissä kaksi ja kolme. Tilastoaineistoja vapaaehtoisesta ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista on analysoitu kuvailevan tilastoanalyysin avulla. Tilastoanalyysin keskeiset tulokset on esitetty havainnollistavilla kuvioilla.

Piirakkadiagrammilla on esitetty vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta vuonna 2019 korvattujen sairauksien prosentuaaliset osuudet yleisimpien sairausryhmien mukaan sekä lakisääteisen sairausvakuutuksen piirissä vuonna 2019 alkaneet sairauspäiväraha-kaudet yleisimpien sairausryhmien mukaan. Yleisimpiä sairausryhmiä on yhteensä kahdeksan. Muut sairaudet -ryhmä koostuu sairauksista, jotka eivät ICD-10 -koodiston mukaisesti kuulu mihinkään erikseen mainituista pääryhmistä. Korvatut sairaudet pääryhmittäin on esitetty kuvion vasemmassa laidassa, ja niiden prosentuaaliset osuudet havainnollistuvat piirakkadiagrammissa myötävään edetessä.



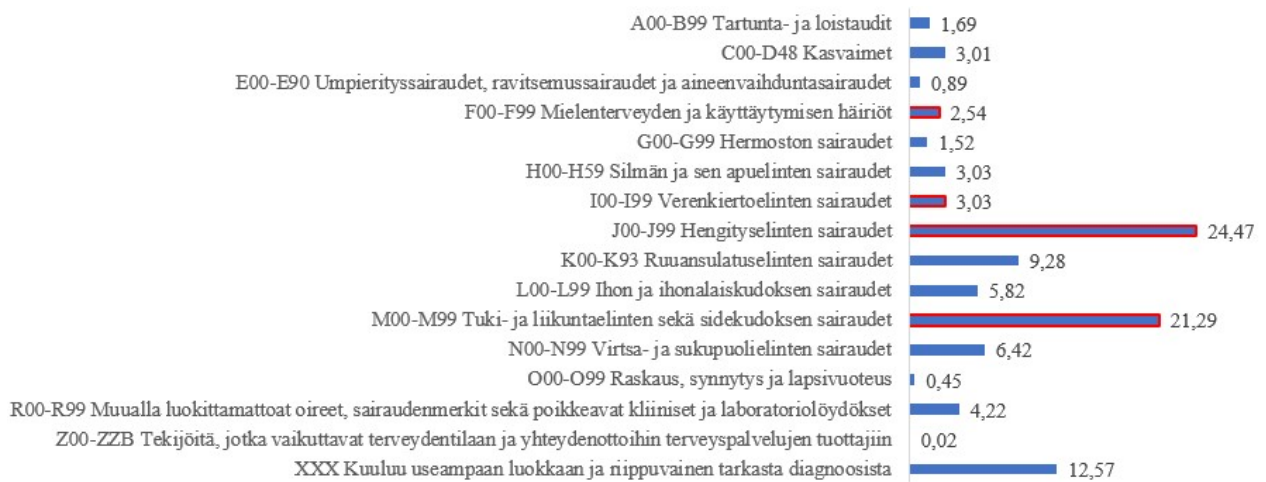
Kuvio 2 Sairauksien osuudet yleisimpien pääryhmien mukaan

Vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista suurimpia ryhmiä ovat muut sairaudet (33 %), hengityselinten sairaudet (25 %), tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (21 %) sekä

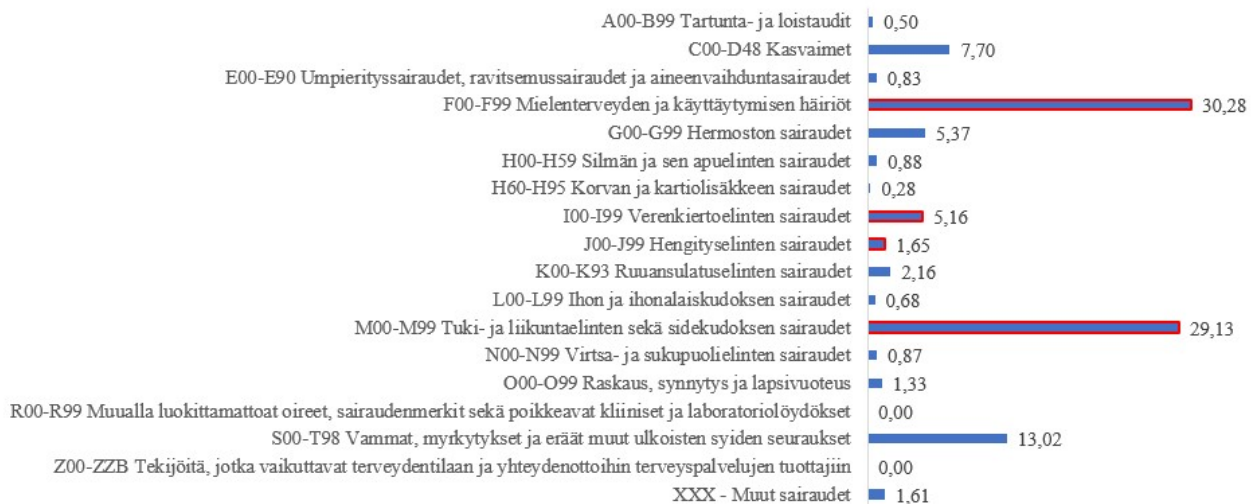
ruuansulatuselinten sairaudet (9 %). Lakisääteisen sairausvakuutuksen piirissä alkaneista sairauspäiväraha-kausista puolestaan merkittävimpinä ryhminä ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (31 %), mielenterveys (29 %) ja muut sairaudet (14 %). (kuvio 2) Kroonisiin kansantauteihin luettavissa olevat ryhmät THL:n (2020e) määritelmän mukaisesti ovat hengityselinten sairaudet, mielenterveyden ongelmat, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä vedenkiertoelinten sairaudet. Nämä ryhmät on merkitty kuvioon 2 punaisella värillä. Tutkimustulosten realistisen analyysin kannalta on tärkeää huomata, etteivät kaikki edellä mainittuihin sairauspääryhmiin sisältyvät erilliset sairaudet välttämättä ole kansantauteja.

Pääryhmien prosentuaalisia osuuksia vertaillessa voidaan huomata niiden suuruuden vaihtelevan suhteellisen paljon vapaaehtoisen ja lakisääteisen sairausvakuutuksen välillä. Merkittävimmät erot vapaaehtoisen ja lakisääteiden sairausvakuutuksen osalta ilmenevät hengityselinten sairauksien, mielenterveyden sekä muiden sairauksien osuuksissa. Vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvattujen hengityselinten sairauksien osuus on lähes nelinkertainen verrattuna vastaavaan osuuteen lakisääteisestä sairausvakuutuksesta. Puolestaan lakisääteisen sairausvakuutuksen piirissä alkaneista sairauspäiväraha-kausista lähes kymmenkertaisesti suurempi osuus liittyy mielenterveyteen, kun verrataan vastaavaa osuutta vapaaehtoisen sairausvakuutuksen korvauksiin. (kuvio 2)

Sairaudet voidaan luokitella tarkemmin ICD-10 -tautiluokituksen mukaan. Vapaaehtoisesta ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta vuonna 2019 korvattujen sairauksien prosentuaaliset osuudet ICD-10 -koodiston mukaan luokiteltuna on havainnollistettu palkkikaavioilla kuvioissa 3 ja 4. Vapaaehtoisen ja lakisääteisen sairausvakuutuksen luokitellussa on muutamia eroavaisuuksia, mutta pääpiirteittäin sairaudet on luokiteltu toisiaan vastaavalla tavalla. Tilasto lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista sisältää sairausluokat H60-H99 Korvan ja kartiolisäkkeen sairaudet ja S00-T98 Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset, jotka eivät sisälly vapaaehtoista sairausvakuutusta koskevaan tilastoon. Vapaaehtoisen sairausvakuutuksen tilastossa luokka XXX sisältää ne sairaudet, jotka kuuluvat useampaan luokkaan ja ovat riippuvaisia tarkasta diagnoosista, kun taas lakisääteisen sairausvakuutuksen tilastossa luokka XXX sisältää muut sairaudet. (kuvio 3, kuvio 4) Nämä eroavaisuudet eivät vaikuta merkittävästi tilastojen antamaan informaatioon korvatuista kansantaudeista, mutta ne ovat tärkeää huomioida tilastojen prosentiosuuksia vertailtaessa.



Kuvio 3 Vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvatut sairaudet maksettujen korvauksien prosenttiosuuksina ilmaistuna

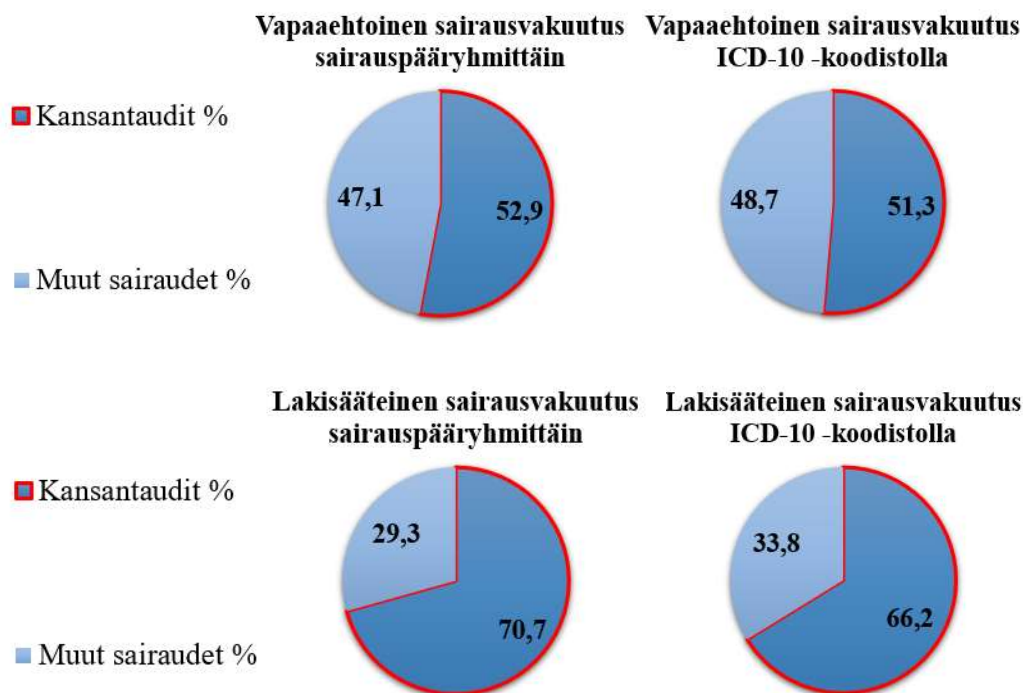


Kuvio 4 Lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvatut sairaudet sairauspäivärahojen perusteella prosenttiosuuksina ilmaistuna

Vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista suurimmat ryhmät ovat hengityselinten sairaudet (24,47 %), tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet (21,29 %), sairaudet, jotka kuuluvat useampaan luokkaan ja ovat riippuvaisia tarkasta diagnoosista (12,57 %) sekä ruuansulatuselinten sairaudet (9,28 %) (kuvio 3). Lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvattujen sairauspäivärahojen perusteella merkittävimmät sairausryhmät ovat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (30,28 %), tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet (29,13 %), vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset (13,02 %) sekä kasvaimet (7,70 %) (kuvio 4).

Kroonisiksi kansantaudeiksi on määritelty THL:n (2020e) määritelmän mukaisesti F00-F99 Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, I00-I99 Verenkiertoelinten sairaudet, J00-J99 Hengityselinten sairaudet ja M00-M99 Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet. Ne ovat merkitty kuvioihin 3 ja 4 punaisella värillä. Tutkimustulosten realistisen analyysin kannalta on tärkeää huomata, etteivät kaikki edellä mainittuihin luokkiin sisältyvät erilliset sairaudet välttämättä ole kansantauteja. Kansantaudeiksi luokiteltavia ryhmiä on haastava yksiselitteisesti eritellä ICD-10 -koodiston mukaisesta tilastosta ja ICD-10 -koodiston luokat sisältävät useita eri diagnooseja, joista esimerkiksi osa viittaa kroonisiin kansantauteihin ja osa perinnöllisiin sairauksiin.

Kun verrataan ICD-10 -koodiston mukaisia korvaustilastoja vapaaehtoisesta ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta kovatuista sairauksista, voidaan huomata suurimpien luokkien olevan pääosin erilaiset vakuutuksien välillä. Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet muodostavat molempien vakuutuksien korvauksista kuitenkin merkittävän suuret osuudet. Myös ICD-10 -koodistoon perustuvassa luokittelussa ilmenee merkittävä ero vapaaehtoisen ja lakisääteisen sairausvakuutuksen osalta mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden osuuksissa. Lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvattujen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden osuus on ICD-10 -tautiluokituksellakin yli kymmenkertainen verrattuna vapaaehtoiseen sairausvakuutukseen. (kuvio 3, kuvio 4)



Kuvio 5 Kansantautien osuus korvatuista sairauksista

Kansantautien merkittävän suuret osuudet korvatuista sairauksista on havainnollistettu piirakadiagrammeilla kuviossa 5, jossa kansantaudeiksi luokiteltujen ryhmien osuus on korostettu punaisella värillä. Sairauspääryhmittäin jaoteltuna vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista yhteensä 52,9 prosenttia on kansantauteja. Vastaavasti ICD-10 -tautiluokituksen mukaiset vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvattujen kansantautien osuudet mukaan muodostavat yhteensä 51,3 prosenttia korvausmäärästä. Sairauspääryhmittäin luokiteltuna lakisääteisen sairausvakuutuksen piirissä alkaneiden sairauspäiväraha-kausien taustalla vaikuttavista sairauksista 70,7 prosenttia on kansantauteja. ICD-10 -tautiluokituksen mukaisesti lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvattujen sairauksien vastaava osuus on 66,2 prosenttia. (kuvio 5)

4.2 Tilastoanalyysin tuloksia selittävät tekijät

Kuvailevan tilastoanalyysin avulla selvisi, millaisia sairauksia vapaaehtoisesta ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta on korvattu. Korvattujen sairauksien osuudet vaihtelivat lakisääteisen ja vapaaehtoisen sairausvakuutuksen osalta, mutta myös yhteneväisyyksiä oli huomattavissa. Keskeisenä havaintona nousi kansantautien merkittävän suuri osuus sekä vapaaehtoisesta että lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista (kuvio 5). Molemmista sairausvakuutuksista tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairauksien osuudet olivat suurimpien joukossa (kuvio 2, kuvio, 3, kuvio 4). Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat Suomessa sairausryhmistä suurimpia ja yli miljoona suomalaista sairastaa jotakin pitkäaikaista tuki- ja liikuntaelintöiden sairautta. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat suuri kustannuserä yhteiskunnalle ja yleisin syy työpoissaoloihin ja lääkärissä käyntiin. (TULE ry, 2020.) Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairauksien yleisyys selittää siten osaltaan niiden suurta osuutta korvatuista sairauksista.

Vapaaehtoisen sairausvakuutuksen korvauksista luokittelemattomien tai muiden sairauksien osuus oli merkittävästi suurempi kuin lakisääteisen sairausvakuutuksen vastaavat osuudet (kuvio 2, kuvio, 3, kuvio 4) Noin 10 prosentin eroja selittää ainakin tieto, että Vakuutusyhtiö X:n laatimat tilastot on muodostettu Kelan Sairausvakuutustilaston (2020) luokituksen mukaisesti, eivätkä vakuutusyhtiön tilastot täysin vastaa Kelan luokittelua. Mikäli tilastot olisi alun perin laadittu täysin vastaaviksi, voitaisiin niitä verrata toisiinsa paremmin. Silloin korvattujen sairauksien luokitukset olisivat yhteneväisempiä ja osuudet tarkempia ja paremmin vertailtavissa. Korvattujen sairauksien eroja vapaaehtoisen ja lakisääteisen sairausvakuutuksen välillä selittää vakuutuskantojen erilaisuus. Lakisääteinen sairausvakuutus kattaa kaikki suomalaiset, kun taas

vapaaehtoinen sairausvakuutus kattaa vain ne henkilöt, joille vakuutus on myönnetty. Vastuunvalinnan kautta vakuutusyhtiöt pyrkivät hallitsemaan vakuutuskannan riskipitoisuutta ja valikoivat vakuutetut sen pohjalta. (Jokela et al., 2013, 8.3.1) Vapaaehtoisen sairausvakuutuksen osalta vastuunvalintaa tehdään terveys selvityksellä, jossa vakuutuksenottajan on kerrottava aikaisemmasta terveydentilastaan. Terveys selvitys vaikuttaa vakuutuksen saantiin, sen rajoitusehtoihin ja hintaan. (FINE, 2020.) Vapaaehtoisella sairausvakuutuksella vakuutetut ihmiset ovat keskimääräistä terveempiä, koska heidän sairastumisen riskinsä on vastuunvalinnan näkökulmasta tarpeeksi alhainen. Joka viides kotitalous kuuluu vapaaehtoisen sairausvakuutuksen piiriin, ja vakuutetuista suurin osa kuuluu ylempiin tuloluokkiin. Vapaaehtoisella sairausvakuutuksella vakuutetut henkilöt myös hakeutuvat hoitoon tavallista helpommin, koska ovat lähtökohtaisesti kaivanneet lisäturvaa ja mahdollisuutta päästä hoitoon vakuutusta ottaessaan (Kajantie, 2019).

Selvänä erona tilastojen välillä nousi lakisääteisen sairausvakuutuksen lähes kymmenkertaisesti suuremmat osuudet mielenterveyden korvauksista. Vapaaehtoisen sairausvakuutuksen osalta mielenterveyteen liittyvien korvauksien osuus oli pienimpien joukossa ja keskimäärin kolmen prosentin tasolla. Vastaava osuus lakisääteisestä sairausvakuutuksesta oli noin 30 prosenttia ja siten yksi suurimmista osuuksista. (kuvio 2, kuvio 3, kuvio 4) Suurta eroa selittävät muun muassa vapaaehtoisten sairausvakuutusten terveys selvitykset vakuutusta myönnettäessä sekä rajoitusehdot vakuutuksen voimassaollessa. Vaikka sairausvakuutus on myönnetty, saattavat rajoitusehdot kuitenkin rajata mielenterveyteen liittyvät korvaukset vakuutuksen ulkopuolelle juuri terveyshistorian vuoksi. Vakuutusyhtiön näkökulmasta psyykkisten sairauksien korvausmenojen kuluriskiä ei voida rajoitusehdoin täysin hallita, joten on kannattavampaa olla myöntämättä vakuutusta kuin kantaa riski (Ristola, 1995). Vastaavanlaisia rajoituksia ei ole lakisääteisessä sairausvakuutuksessa, koska se kattaa kaikki vakuutuksen piiriin kuuluvat suomalaiset terveydentilaan katsomatta.

4.3 Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalinen arviointi korvattujen sairauksien näkökulmasta

Arvioitaessa kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalia kansansairauksien vähentämisessä keskeisenä on sen perusidean ja ominaisuuksien ymmärtäminen ja soveltaminen. Potentiaaliin vaikuttaa olennaisesti se, ovatko korvatut sairaudet sellaisia, joita voi ennaltaehkäistä omilla toimilla ja valinnoilla. Kannustinpohjaisille sairausvakuutuksille ominaisia ovat esimerkiksi erilaiset vakuutetun terveydentilaan perustuvat etuustasot ja sitä kautta muodostuvat

alennus- ja bonusjärjestelmät. Etuustasojen tavoitteena on usein vakuutettujen terveydentilan ja hyvinvoinnin edistäminen, ja ne voivat olla yhteydessä esimerkiksi vakuutusmaksuihin tai vakuutusmäärään. (Voutilainen et al., 2017, 30, 31) Kannustinpohjaisilla sairausvakuutuksilla pyritään siis ennaltaehkäisemään sairastumisia kannustamalla ja ohjaamalla ihmisiä kohti terveellisempää elämää.

Vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista yli 50 prosenttia on luokiteltavissa kansantaudeiksi ja vastaava osuus lakisääteisestä sairausvakuutuksesta on lähes 70 prosenttia (kuvio 5). Kansantaudit ovat vahvasti yhteydessä ihmisten elintapoihin ja siten pitkälti ennaltaehkäistävissä terveellisillä elintavoilla (THL, 2020e). Sekä vapaaehtoisesta että lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista merkittävä osuus voisi siis olla ennaltaehkäistävissä vakuutettujen omilla toimilla ja valinnoilla. Kannustinpohjaisella sairausvakuutuksella voitaisiin mahdollisesti tehostaa ennaltaehkäisyä vaikuttamalla ihmisten terveyskäyttäytymiseen.

Kannustinpohjaisten sairausvakuutuksien idea sairauksien ennaltaehkäisystä ja siten terveyden edistämisestä on yhteneväinen kansanterveydellisten tavoitteiden kanssa. Kansanterveyden edistämisessä painopiste on vahvasti preventiossa eli kansansairauksien ennaltaehkäisyssä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim et al., 2017, 7). Vakuutusyhtiöiden liiketoiminnan ja kustannustenhallinnan kannalta on tavoiteltavaa, että vakuutuskanta ei ole liian riskipitoinen, koska muutoin korvausmenot voisivat kasvaa liian suuriksi suhteessa maksutuloon (Jokela et al., 2013, 8.3.1). Yhtä lailla lakisääteisen sairausvakuutuksen kustannustenhallinnan tavoitteena on maksettujen korvausten ja etuuksien vähentäminen. Kansantautien ennaltaehkäisystä ja sairastumisen riskin alentumisesta hyötyisivät siten jokainen osapuoli.

Vakuutusyhtiöiden vastuunvalinnan seurauksena vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta vakuutuskanta on terveydentilan ja sairastumisen riskin perusteella valikoitua, ja siten lähtökohtaisesti terveempää kuin lakisääteisen sairausvakuutuksen vakuutuskanta. Vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta maksetaan kuitenkin vuosittain merkittäviä korvauksia sairastumisten seurauksena (Finanssiala ry, 2020b, 6). Koska vakuutetut eivät ole vakuutuksen alkaessa todennäköisesti sairastaneet kyseisiä sairauksia, ovat ne mahdollisesti muodostuneet vakuutuksen voimassaolon aikana. Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen näkökulmasta kriittisen ryhmän muodostavat ne vakuutetut, joille on maksettu korvauksia kansantauteihin sairastumiseen liittyen. Sairastumiset olisi voitu mahdollisesti ehkäistä vakuutuksen voimassaolon aikana ennaltaehkäisevillä toimilla, joita kannustinpohjainen sairausvakuutus pystyisi tehostamaan. Vastaavaa

ajattelumallia ei voida suoraan soveltaa lakisääteiseen sairausvakuutukseen, koska vakuutetut kuuluvat vakuutuksen piiriin koko elämänsä ajan

Kansantauteja on pyritty ehkäisemään erilaisin julkisen hallinnon keinoin, kuten verotuksella ja sääntelyllä (Kiiskinen et al., 2008, 116). Keinot, joilla ihmisiä on pyritty ohjaamaan ja sitouttamaan terveellisiin elintapoihin ja elämäntapamuutokseen ovat samansuuntaisia, kuin kannustinpohjaiselle sairausvakuutukselle ominaiset kannustinomaisuudet. Julkinen hallinto esimerkiksi Yhdysvalloissa on myöntänyt työnantajille oikeuksia luoda kannustinjärjestelmiä terveyden edistämiseksi, joissa terveelliset elintavat ja terveyskäyttäytyminen on sidottuna taloudellisiin palkkioihin ja sanktioihin (Royer et al., 2015, 52). Erilaiset julkisen hallinnon toteuttamat terveyden edistämistä ja kansantautien vähentämistä tavoittelevat interventiot ovat käyttäneet kannustimina vero- ja hintapolitiikan sekä kauppa- ja teollisuuspolitiikan keinoja (Kiiskinen et al., 2008, 122). Erityisesti kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen sovelluksissa lakisääteiseen sairausvakuutukseen olisi keskeistä huomioida nykyiset kannustinjärjestelmät ja pyrkiä tehostamaan niitä kansantautien ehkäisymahdollisuuksien valossa.

Kansansairauksien näkökulmasta elintapojen muutoksen tulisi olla pitkäaikaista, jotta ne todella vaikuttaisivat sairastumisen riskiin. Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen mahdollisuudet terveellisempien elintapojen saavuttamisessa ja ylläpitämisessä havainnollistuvat LähiTapiolan Älyhenkivakuutuksen asiakaskyselyssä, jossa vastanneista 68 prosenttia koki Älyhenkivakuutuksen auttaneen tekemään elämäntapamuutoksia ja 72 prosenttia koki muutoksen jääneen pysyväksi (LähiTapiola, 2020b). Mikäli kannustinpohjaisella sairausvakuutuksella voitaisiin edistää vakuutettujen terveyttä ja hyvinvointia myös pitkällä aikavälillä, voitaisiin kansantauteihin sairastumisen riskiä mahdollisesti alentaa. Kannustinpohjaisten ominaisuuksien yhdistämisellä lakisääteiseen sairausvakuutukseen voitaisiin ainakin varmistaa vakuutuksen voimassaolo läpi vakuutettujen elinkaaren. Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen terveysvaikutuksista ja niiden pysyvyydestä pitkällä aikavälillä ei kuitenkaan ole tarpeeksi tutkimustietoa realistista arvioinnin toteuttamiseksi.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO

5.1 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen ja johtopäätökset

Tutkielman tavoitteena oli selvittää taloudellisen kannustimen vaikutusmahdollisuuksia terveyskäyttäytymiseen sekä analysoida kansantautien osuutta vapaaehtoisesta ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista. Saatujen tutkimustulosten valossa voidaan arvioida kannustinperusteisen sairausvakuutuksen potentiaalia kansantautien vähentämisessä Suomessa ja vastata siten tutkielman päätutkimusongelmaan.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Millä tavoin taloudellinen kannustin ohjaa yksilön terveyskäyttäytymistä?

Alakysymys:

Millaiset taloudelliset kannustimet motivoivat yksilöitä tavoitteiden saavuttamisessa?

2. Millaisia sairauksia korvataan vapaaehtoisesta ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta?

Alakysymys:

Kuinka suuri osa sairausvakuutuksista korvatuista sairauksista on kansantauteja?

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ja sen alakysymykseen vastattiin kolmannessa luvussa, jossa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla selvitettiin taloudellisen kannustimen ominaisuuksia ja toimivuutta elintapojen muuttamisessa. Kirjallisuuskatsauksen avulla valikoiduista tutkimuksista saatiin muodostettua kattava kuva siitä, kuinka taloudelliset kannustimet motivoivat yksilöä ja toimivat elintapojen muuttamisessa. Tutkimuksien yleinen konsensus oli, että taloudellisella kannustimella voidaan positiivisesti vaikuttaa yksilöiden terveyskäyttäytymiseen ja saada tutkittavat toimimaan asetetun tavoitteen mukaisesti. Terveyskäyttäytymiseen ja tavoitteisiin sitoutumiseen oli mahdollista vaikuttaa taloudellisen kannustimen voimassaollessa. Kannustimen poistuttua tutkimukset eivät osoittaneet vaikutuksien jatkumista tai sitä ei oltu ollenkaan tutkittu. Valikoitujen tutkimuksien perusteella ei siten voida arvioida taloudellisen kannustimen toimivuutta ja vaikutuksia pitkällä aikavälillä.

Tutkimuksista selvisi, että rahallinen kannustin oli toimiva motivaattori sekä pienempänä ja välittömänä palkkiona tavoitellun suorituksen jälkeen, että suurempana korvauksena pidemmän aikavälin tavoitteen saavutuksesta. Taloudellinen kannustin vaikutti ihmisten

terveyskäyttäytymiseen positiivisesti sekä alennuksen muodossa että maksettuna palkkiona. Taloudellisen kannustimen tehokkuus nousi, kun rahalliseen palkkioon yhdistettiin personoitua viestintää ja muistutuksia tarvittavista toimista tavoitteen saavuttamiseksi. Negatiivinen taloudellinen kannustin osoitti positiivisia vaikutuksia tutkittavien elintapojen kehityksessä myös pitkällä aikavälillä ja lisäksi rahallisen panoksen poistumisen jälkeen. Kaikki muut tutkitut taloudelliset kannustimet osoittivat muutoksia terveyskäyttäytymisessä vain kannustimen voimaolon ajalla.

Toiseen tutkimuskysymykseen ja sen alakysymykseen vastattiin neljännessä luvussa, jossa kuvailevan tilastoanalyysin avulla selvitettiin, millaisia sairauksia vapaaehtoisesta ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta on korvattu. Vakuutusyhtiö X:n ja Kelan sairausvakuutustilaston (2020) korvausdatoja analysoitiin vertailemalla korvattujen sairauksien prosentuaalisia osuuksia. Osuuksissa oli havaittavissa sekä yhteneväisyyksiä että eroavaisuuksia. Molemmista sairausvakuutuksista tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairauksien osuudet olivat suurimpien joukossa. Merkittävin ero tilastojen välillä ilmeni lakisääteisen sairausvakuutuksen lähes kymmenkertaisesti suurempana osuutena mielenterveyden korvauksista. (kuvio 2, kuvio 3, kuvio 4) Analyysin tulokset olivat tutkielman kokonaistavoitteen kannalta merkittäviä, sillä vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista noin 50 prosenttia oli THL:n (2020e) luokituksen mukaisia kansantauteja ja lakisääteisestä sairausvakuutuksesta vastaava osuus oli noin 70 prosenttia (kuvio 5). Korvauksien merkittävän suuri kansantautien osuus ei kuitenkaan ole täysin yllättävää, kun tiedetään kansantautien yleisyys suomalaisten keskuudessa.

Teoria ja empiria nivoutuivat yhteen tutkielman alaluvuissa 3.4 ja 4.3, jossa arvioitiin kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalia kansantautien vähentämisessä taloudellisen kannustimen toimivuuden näkökulmasta sekä korvattujen sairauksien diagnoosin ja ennaltaehkäisytävyyden näkökulmasta. Yhdistämällä arvioiden lopputulemat voidaan vastata tutkielman pää-tutkimusongelmaan. Kannustinpohjaisista sairausvakuutuksista tunnistetut keskeiset ominaisuudet sisälsivät samanlaisia taloudellisia kannustimia, kuin mitä kirjallisuuskatsauksella valikoidut tutkimukset osoittivat toimiviksi terveyskäyttäytymiseen vaikuttamisessa. Vaikka taloudellisten kannustimien positiivinen vaikutus terveyskäyttäytymiseen pystyttiin tutkimuksessa osoittamaan, ei sen perusteella voida vielä tehdä johtopäätöksiä kansantauteihin sairastumiseen vaikuttamisesta.

Tilastoanalyysi osoitti merkittävän osan sekä vapaaehtoisesta että lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista olevan kansantauteja eli sellaisia sairauksia, joihin sairastumisen riskiin voi omilla elintavoilla ja toimilla vaikuttaa. Sen perusteella voidaan arvioida vakuutuskannan olevan soveltuva kannustinpohjaiselle sairausvakuutukselle. Tutkielmassa tehdyn analyysin konsensusena siten on, että kannustinpohjaisella sairausvakuutuksella voi olla potentiaalia kansansairauksien vähentämisessä erityisesti vakuutuskannan soveltuvuuden näkökulmasta. Kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen mahdollisuuksia kansantautien ehkäisemisessä ja siten vähentämisessä ei kuitenkaan pystytty suoraan osoittamaan.

5.2 Tutkimuksen arviointi

Tutkimusta voidaan pitää onnistuneena, mikäli sen avulla saadaan luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin (Heikkilä, 2017, 27). Tutkielmassa saatiin vastaukset molempiin tutkimuskysymyksiin ja niitä sovellettiin laajempaan, molemmat tutkimuskysymykset kattavaan, päätutkimusongelmaan. Tutkimuskysymyksiä vastaukset saatiin empirian kautta tieteellisiä menetelmiä käyttäen ja monimenetelmätutkimus laajensi tutkielmassa käytettävän aineiston mahdollisuuksia. Tutkielmassa vältettiin tutkimusaineistoon nähden liian laajoja johtopäätöksiä ja aineiston pohjalta tehdyt päätelmät perusteltiin esitettyyn teoriaan pohjautuen.

Kvalitatiivisen tutkimuksen perusvaatimuksia sekä hyvän ja eettisen tutkimuksen edellytyksiä ovat reliabiliteetin, validiteetin, objektiivisuuden, tehokkuuden, taloudellisuuden, tietosuojan, avoimuuden, hyödyllisyyden sekä käyttökelpoisuuden varmistaminen (Heikkilä, 2017, 27-30). Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan erityisesti reliabiliteetin ja validiteetin avulla (Ojasalo, Moilanen, & Ritalahti, 2015, 105) Monimenetelmätutkimuksessa on tärkeää huomioida sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen kriteerit. Tutkimusmenetelmien ja aineiston huolellisella valinnalla pyrittiin varmistamaan tutkielman validiteetti ja reliabiliteetti. Tutkielmassa vältettiin tekemästä liian kapeita rajauksia, jotta tutkimustulokset olisivat mahdollisimman hyödyllisiä ja käyttökelpoisia. Objektiivisyys pyrittiin varmistamaan tekemällä rajauksia ja johtopäätöksiä vain tieteellisin, todennettavin ja läpinäkyvin perusteluin.

Ensimmäinen tutkimusmenetelmä, integroiva kirjallisuuskatsaus, oli soveltuva vastaamaan ensimmäiseen tutkimuskysymykseen tutkielman tavoite ja rajoitteet huomioiden. Tutkimusmenetelmänä se kuitenkin mahdollisti tutkijan omien valintojen tekemisen, mikä heikensi tutkimuksen objektiivisuutta. Tutkimuksien valinnassa rajaukset olivat perusteltuja, mutta niihin vaikutti tutkijan tavoite selvittää taloudellisten kannustimien soveltuvuus kannustinpohjaiseen

sairausvakuutukseen. Kirjallisuuskatsauksen tulokset eivät myöskään ole täysin sovellettavissa kannustinpohjaisen vakuutuksen ominaisuuksien arviointiin, koska tutkimuksien tutkimusasetelmat eivät vastanneet kannustinpohjaista sairausvakuutusta ja sen vakuutettuja. Valitut tutkimukset oli myös pääsääntöisesti toteutettu Yhdysvalloissa, joten tutkimustulokset eivät ole sellaisenaan sovellettavissa Suomeen esimerkiksi täysin erilaisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän takia. Sovellettaessa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen saatuja vastauksia päätetkimusongelmaan on oltava kriittinen ja huomioitava tutkimukseen sisältyvät rajoitukset.

Toiseen tutkimuskysymyksen vastattiin kuvailevan tilastoanalyysin avulla. Tutkimusmenetelmä oli soveltuva itsessään yksinkertaisen tilastoaineiston analysointiin ja selkeään havainnollistukseen. Myös käytetyt aineistot olivat luotettavia ja kattavia eivätkä ne sisältäneet vastauspuutteita tai harhoja, mitä voidaan pitää rekisteridatan vahvuutena. Vakuutusyhtiö X:n vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvatuista sairauksista ei kuitenkaan voida tehdä kaikkia vapaaehtoisia sairausvakuutuksia koskevia yleistyksiä tai johtopäätöksiä, koska kyseessä oli vain yhden vakuutusyhtiön korvausdata. Tutkielman kannalta keskeisenä tarkastelun kohteena olevat kansantaudit eivät ole yksiselitteisesti tunnistettavissa korvausdatasta. Vapaaehtoisien ja lakisääteisen sairausvakuutuksen tilastoissa kansantaudeiksi luokitellut sairausluokat sisältävät myös diagnooseja, jotka eivät ole suoraan tulkittavissa kansansairauksiksi (liite 2, liite 3). Se vaikeuttaa tutkimusaineiston analyysiä ja voi vääristää tutkimustuloksia. Tilastojen rajoitteet on tiedostettu analyysissä ja tutkimustuloksia on arvioitu suuntaa antavina korvausosuuksina.

Tutkimuksen onnistumista voidaan arvioida lisäksi sen yhteiskunnallisen merkityksen kautta. Tutkielmassa arvioidaan vielä toistaiseksi uuden vakuutustuotteen mahdollisuuksia vähentää kansantauteja vaikuttamalla ennaltaehkäisevästi terveyskäyttäytymiseen. Terveystuotteen tulevaisuuden menoihin voidaan merkittävästi vaikuttaa edistämällä kansalaisten hyvinvointia ja terveyttä sekä kaventamalla terveyseroja. Mikäli terveyden ja hyvinvoinnin taso pysyy entisellään, kasvavat terveydenhuollon menot jatkuvasti. (THL, 2020d) Tutkielman tutkimustulokset osoittivat kansantautien merkittävän suuren osuuden sairausvakuutuksista korvatuista sairauksista sekä taloudellisen kannustimen positiiviset vaikutukset terveyskäyttäytymiseen. Kansanterveyden positiivinen kehitys on yhteiskunnallisesti merkittävä tavoite, jonka saavuttamiseen kannustinpohjainen sairausvakuutus voisi positiivisesti vaikuttaa.

5.3. Jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa on keskitytty arvioimaan kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen potentiaalia kansantautien vähentämisessä ensinnäkin siitä näkökulmasta, voidaanko taloudellisten kannustimien avulla muuttaa yksilöiden terveystyytymistä parempaan suuntaan. Tähän tutkimus antaa suhteellisen selvän positiivisen vastauksen. Toisaalta tutkimus paljasti myös, että kansantauteja korvataan merkittävän paljon sekä vapaaehtoisesta että lakisääteisestä sairausvakuutuksesta. Myös tästä näkökulmasta kannustinpohjaisella vakuutuksella on potentiaali vähentää kansantauteja Suomessa. Kun pohditaan vastausta tutkimuksen päätutkimusongelmaan, on kuitenkin huomioitava myös muutamia muita näkökulmia, joita olisi tarpeen tutkia tulevaisuudessa tarkemmin. Tutkielman aihepiirin merkityksellisyyden takia jatkotutkimus olisi mielekästä ja kannattavaa.

Tutkielmassa käsiteltiin suhteellisen kapealla katsauksella vapaaehtoisen ja lakisääteisen sairausvakuutuksen vakuutuskantojen yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tutkimalla vakuutuskantoja laajemmin saataisiin parempi näkemys ja ymmärrys esimerkiksi vakuutuskantojen riskipitoisuudesta. Tutkimalla vapaaehtoisen sairausvakuutuksen vakuutuskantaa saataisiin selvitettyä, millä perusteella vapaaehtoinen sairausvakuutus otetaan lisäturvaksi ja ketkä todennäköisemmin ottaisivat kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen vapaaehtoisena vakuutustuotteena. Mikäli kannustinpohjaisuus yhdistettäisiin myös lakisääteiseen sairausvakuutukseen, eivät vakuutuksen ottamiseen liittyvät tekijät olisi silloin yhtä keskiössä. Jatkotutkimusmahdollisuutena vakuutuskannan tarkempi tutkiminen olisi mielekästä ja suotavaa esimerkiksi yhdistettynä laajempaan tutkimukseen kannustinpohjaisesta sairausvakuutuksesta.

Tutkielmassa käytettiin vain yhden vakuutusyhtiön korvausdataa vapaaehtoisen sairausvakuutuksen osalta. Se asettaa tutkimustuloksille tiettyjä rajoituksia, joiden mukaisesti tutkimustuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkia vapaaehtoisia sairausvakuutuksia. Mikäli haluttaisiin tutkimustuloksia, jotka voisi yleistää koskemaan vapaaehtoisia sairausvakuutuksia yleisesti, tarvittaisiin tutkimusaineistoksi korvausdataa kaikista Suomessa toimivista vakuutusyhtiöistä. Jatkotutkimusmahdollisuutena voisi olla tutkimuksen toteuttaminen analysoimalla laajempia ja tarkempia tilastoja erityisesti vapaaehtoisen sairausvakuutuksen osalta. Silloin tutkimustulokset olisivat paremmin yleistettävissä.

Kannustinpohjaiseen sairausvakuutukseen liittyy olennaisesti vakuutettujen fyysisen aktiivisuuden ja terveyden mittaaminen ja seuraaminen (Voutilainen et al., 2017, 31). Jotta voidaan

selvittää kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen todellisia vaikutuksia vakuutettujen terveyteen, on kannustimen toimivuudesta ja elintapojen mitattavuudesta varmistuttava. Jatkotutkimuksilla voisi selvittää, voidaanko kansantauteja ehkäistä mitattavissa olevalla toiminnalla, ja miten mittaamisen luotettavuudesta varmistuttaisiin. Esimerkiksi unen ja fyysisen aktiivisuuden mittaaminen on mahdollista ja jo yleistynyt erilaisten teknologia ratkaisujen avulla (Henkel et al., 2018, 28). Aikaisemmissa tutkimuksissa ja kannustimeen liittyvissä sovelluksissa epäterveellisiä elintapoja on kartoitettu terveystarkastuksien ja lääketieteellisten mittausten avulla (Einav et al., 2019, 262). Päihteiden käyttöä ja epäterveellistä ruokavaliota on kuitenkin lähtökohtaisesti vaikea mitata ja seurata. Lisäksi tuotteen mahdolliset väärinkäytökset mittamisen osalta vaikeuttavat sen terveysvaikutuksien realistista arviointia. Jos ei pystytä varmistamaan, että vakuutettu henkilökohtaisesti käyttää tuotetta, on tuotteen terveysvaikutuksien arviointi lähes mahdotonta.

Kun halutaan selvittää kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen mahdollisuuksia kansantautien vähentämisessä, on kannustinominaisuuksien vaikutuksia kansansairauksiin tutkittava pidemmällä aikavälillä. Tässä tutkielmassa se ei ollut mahdollista kyseessä olevan uuden vakuutus- tuotteen ja saatavilla olevan korvausdatan rajallisuuden takia. Jatkotutkimukset mahdollistuvat, kun uusia kannustinpohjaisia sairausvakuutustuotteita on ollut markkinoilla jonkin aikaa. Sekä kannustinpohjaisen että tavallisen sairausvakuutuksen korvausdatojen vertailun mahdollistuksessa voidaan tutkia, ovatko kannustinpohjaiset sairausvakuutukset vaikuttaneet terveyskäyttäytymiseen ja vähentäneet kansantauteja.

Terveyskäyttäytymistä voisi lisäksi tutkia pitkittäistutkimuksella, jossa kannustinpohjaisen sairausvakuutuksen hankkineiden ihmisten terveyskäyttäytymistä ja sen kehitystä seurattaisiin tutkimuksen ajan. Seurannan ajallisesta kestosta riippuen voisi saada tietoa vakuutettujen terveyskäyttäytymisestä sekä mahdollisesti myös kansansairauksista, jotka kehittyvät yleensä huomattavasti pidemmän ajanjakson aikana. Esitetyt jatkotutkimusehdotukset voisivat siten mahdollistaa tutkielman päätutkimusongelmaan vastaamisen esimerkiksi laajemman tutkimusaineiston ja syvemmän tutkimuksen pohjalta.

LÄHTEET

Kirjalliset lähteet:

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Becker, G. S. (1976). *The economic approach to human behavior*. Chicago: University of Chicago Press.
- Biddle, S. J. H., Fox, K., & Boutcher, S. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge. doi:10.4324/9780203468326
- Borodulin, K., Vartiainen, E., Peltonen, M., Jousilahti, P., Juolevi, A., Laatikainen, T., . . . Puska, P. (2014). Forty-year trends in cardiovascular risk factors in finland. *European Journal of Public Health; Eur J Public Health*, 25(3), 539-546. doi:10.1093/eurpub/cku174
- Bradley, C. J., Neumark, D., & Walker, L. S. (2018). The effect of primary care visits on other health care utilization: A randomized controlled trial of cash incentives offered to low income, uninsured adults in virginia. *Journal of Health Economics; J Health Econ*, 62, 121-133. doi:10.1016/j.jhealeco.2018.07.006
- Carnwell, R., & Daly, W. (2001). Strategies for the construction of a critical review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 1(2), 57-63. doi:<https://doi.org/10.1054/nepr.2001.0008>
- Cawley, J., & Price, J. A. (2013). A case study of a workplace wellness program that offers financial incentives for weight loss. *Journal of Health Economics; J Health Econ*, 32(5), 794-803. doi:10.1016/j.jhealeco.2013.04.005
- Cockerham, W. C. (2014). *Health behavior* doi:<https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs296>
- Cohn, S. (2014). *From health behaviours to health practices : Critical perspectives*. West Sussex, England ;: Wiley-Blackwell.
- de Walque, D. (2020). The use of financial incentives to prevent unhealthy behaviors: A review. *Social Science & Medicine*, 261, 113236. doi:<https://doi-org.lib-proxy.tuni.fi/10.1016/j.socscimed.2020.113236>
- Einav, L., Lee, S., & Levin, J. (2019). The impact of financial incentives on health and health care: Evidence from a large wellness program: The impact of financial incentives on health and healthcare. *Health Economics*, 28(2), 261-279. doi:10.1002/hec.3840
- Finkelstein, E. A., Bilger, M., & Baid, D. (2019). Effectiveness and cost-effectiveness of incentives as a tool for prevention of non-communicable diseases: A systematic review.

Social Science & Medicine, 232, 340-350. doi:<https://doi-org.lib-proxy.tuni.fi/10.1016/j.socscimed.2019.05.018>

Gneezy, U., Kajackaite, A., & Meier, S. (2020). Incentive-based interventions. In M. S. Hagger, L. D. Cameron, K. Hamilton, N. Hankonen & T. Lintunen (Eds.), *The handbook of behavior change* (pp. 523-536). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108677318.036 Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/books/handbook-of-behavior-change/incentivebased-interventions/93A7C2781C74B898E58520EA6B7E3A73>

Hardy, S., & Gray, R. (2012). *The primary care guide to mental health*. Cumbria, U.K: M&K Pub.

Havakka, P. (2018). In Ahteensivu A., Koskinen L., Kulmala J. and Havakka P.(Eds.), *Sosiaaliset riskit : Määritelmiä ja merkitys yhteiskunnassa* Tampere University; Tampere University Press. Retrieved from <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-201903011291>

Heikkilä, T. (2017). *Tilastollinen tutkimus* (9th ed.). Helsinki: Edita Publishing.

Helliwell, Layard, Sachs, & De Neve. (2020). *World happiness report 2020*. New York: Sustainable Development Solutions Network.

Henkel, M., Heck, T., & Göretz, J. (2018). *Rewarding fitness Tracking—The communication and promotion of health insurers' bonus programs and the use of self-tracking data*. Cham: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-91485-5_3

Holzmann, R., & Jørgensen, S. (2001). Social risk management: A new conceptual framework for social protection, and beyond. *International Tax and Public Finance*, 8(4), 529-556. doi:10.1023/A:1011247814590

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. doi:10.3102/0013189X033007014

Jokela, T., Lammi, V., Lohi, I., & Silvola, T. (2013). *Vapaaehtoinen henkilövakuutus* (6th ed.). Helsinki: Finanssi- ja vakuutuskustannus Finva.

Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263-291. doi:10.2307/1914185

Kajantie, M. (2019). Yksityisiä sairauskuluvakuutuksia hankitaan yhä enemmän - selvä enemmistö jää tappiolle. *Tieto & Trendit*, (23) Retrieved from <https://finna.fi/Record/tilda.80505>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P., & Liikanen, E. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon/narrative literature review: From a research question to structured knowledge. *Hoitotiede*, 25(4), 291-301. Retrieved from <https://libproxy.tuni.fi/login?url=https://www.proquest.com/docview/1469873650?accountid=14242>

- Kela. (2020). *Kelan sairausvakuutusilasto 2019*. Helsinki: Kela. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10138/317245> URN:NBN:fi-fe2020062345396 <http://www.kela.fi/tilastot>
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., & Natunen, S. (2008). *Terveysten edistämisen mahdollisuudet. vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus* Sosiaali- ja terveysministeriö; STM.
- Kulmala, J. (2018). *Sosiaalisten riskien hallinta : Seurausten minimoinnista kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen* Tampere University Press.
- Kuusela, H., & Ollikainen, R. (2005). *Riskit ja riskienhallinta*. Tampere: Tampere University Press.
- Laibson, D. (1997). Golden eggs and hyperbolic discounting. *The Quarterly Journal of Economics*, 112(2), 443-478. doi:10.1162/003355397555253
- Matveinen, P. (2020). *Terveysthuollon menot ja rahoitus 2018 : Terveysthuollon menot jatkoivat kasvuaan*. Helsinki: THL - Tilastoraportti 23/2020. Retrieved from <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020062345337>
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1), 67.
- Moran, A., Thorndike, A., Franckle, R., Boulos, R., Doran, H., Fulay, A., . . . Polacsek, M. (2019). Financial incentives increase purchases of fruit and vegetables among lower-income households with children. *Health Affairs (Project Hope); Health Aff (Millwood)*, 38(9), 1557-1566. doi:10.1377/hlthaff.2018.05420
- Nick, T. G. (2007). Descriptive statistics. *Topics in biostatistics* (pp. 33-52) Springer.
- Ojasalo, K., Moilanen, T., & Ritalahti, J. (2015). *Kehittämistyön menetelmät : Uudenlaista osaamista liiketoimintaan* (3rd ed.). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Oxford University Press. (2016). *Incentive* (2nd ed.) Oxford University Press.
- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P. M., Keskimäki, I., Kokko, S., . . . Vuorenkoski, L. (2011). *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Puska. (2009a). Commentary on active living: From research to practice? *American Journal of Preventive Medicine*, 36(2, Supplement), S57-S59. doi:<https://doi-org.lib-proxy.tuni.fi/10.1016/j.amepre.2008.10.002>
- Puska. (2009b). Fat and heart disease: Yes we can make a change – the case of north karelia (finland). *Annals of Nutrition and Metabolism; Ann Nutr Metab*, 54(1), 33-38. doi:10.1159/000220825
- Rantala, J., & Kivisaari, E. (2020). *Vakuutusoppi* (13th ed.). Helsinki: FINVA.
- Ristola. (1995). *Yksityiset sairauskuluvakuutukset* LÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSKIRJA DUODECIM.

- Royer, H., Stehr, M., & Sydnor, J. (2015). Incentives, commitments, and habit formation in exercise: Evidence from a field experiment with workers at a fortune-500 company. *American Economic Journal. Applied Economics*, 7(3), 51-84. doi:10.1257/app.20130327
- Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus?* Vaasan yliopisto; University of Vaasa.
- Suominen, A. (2003). *Riskienhallinta* (3rd ed.). Helsinki: WSOY.
- Szrek, H., Gyster, V., Darnowsky, P., & Farias, A. R. (2019). Messaging, monetary incentives, and participation in wellness programs. *International Journal of Workplace Health Management*, 12(5), 289-297. doi:10.1108/IJWHM-11-2018-0148
- Thaler. (2016). Behavioral economics: Past, present, and future. *American Economic Review*, 106(7), 1577-1600. doi:10.1257/aer.106.7.1577
- Thaler, R. (1980). Toward a positive theory of consumer choice. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 1(1), 39-60. doi:[https://doi.org/10.1016/0167-2681\(80\)90051-7](https://doi.org/10.1016/0167-2681(80)90051-7)
- Thaler, R. (1981). Some empirical evidence on dynamic inconsistency. *Economics Letters*, 8(3), 201-207. doi:10.1016/0165-1765(81)90067-7
- Thaler, R. (1985). Mental accounting and consumer choice. *Marketing Science*, 4(3), 199-214.
- Thaler, R., & Sunstein, C. (2009). *Nudge : Improving decisions about health, wealth, and happiness*. London: Penguin Books.
- Thurman, K., Rusanen, S., & Laajasalo, S. (2016). *Tautinen suomi : Kansansairauksien synty ja hoito* (1st ed.). Helsinki: Edita.
- Torraco, R. J. (2005). Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. *Human Resource Development Review*, 4(3), 356-367. doi:10.1177/1534484305278283
- Tuorila. (2019). *Aikuisten vapaaehtoiset sairauksukuluvakuutukset suomalaisilla terveysturva- ja kuluttajavirasto*. Kilpailu- ja kuluttajavirasto.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511809477.002
- Voutilainen, R., & Koskinen, L. (2017). *Customers' opinions on incentive based insurance* University of Tampere.
- West, D. S., Krukowski, R. A., Finkelstein, E. A., Stansbury, M. L., Ogden, D. E., Monroe, C. M., . . . Harvey, J. R. (2020). Adding financial incentives to online group-based behavioral weight control: An RCT. *American Journal of Preventive Medicine; Am J Prev Med*, 59(2), 237-246. doi:10.1016/j.amepre.2020.03.015

Verkkolähteet:

- AIA Group. (2020a). Health Insurance. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 3.12.2020]. Saatavilla: <https://www.aia.com.au/en/individual/aia-vitality.html>
- AIA Group. (2020b). Healthy Living. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 17.12.2020]. Saatavilla: <https://www.aia.com/en/healthy-living.html>
- AIA Group. (2020c). Partners and Rewards. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 18.12.2020]. Saatavilla: <https://www.aia.com.au/en/individual/aia-vitality/partners-and-rewards.html>
- AIA Vitality. (2020). AIA Vitality Apple Watch Benefit. [Viitattu 18.12.2020]. Saatavilla: <https://www.aia.com.au/en/individual/aia-vitality/partners-and-rewards/apple-watch.html>
- Cambridge Dictionary. (2020). Economic incentive. Cambridge University Press (2020). [Verkkojulkaisu] [Viitattu 23.10.2020]. Saatavilla: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/economic-incentive>
- Discovery. (2020). Join Vitality Today. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 3.12.2020]. Saatavilla: <https://www.discovery.co.za/vitality/join-today-activation>
- Duodecim. (2020a). Lääketieteen sanasto. Sairaus. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 15.10.2020]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03007
- Duodecim. (2020b). Lääketieteen sanasto. Terveyskäyttäytyminen. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 12.12.2020]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03441
- Finanssiala ry. (2020a). Sairausvakuutus 2009-2019 tilasto. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 12.12.2020]. Saatavilla: <https://www.finanssiala.fi/tilastot/FA-tilasto-sairauskuluvakuutus-2009-2019.pdf>
- Finanssiala ry. (2020b). Vakuutusvuosi 2019. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 20.12.2020]. Saatavilla: <https://www.finanssiala.fi/materiaalit/FA-Julkaisu-Vakuutusvuosi-2019.pdf>
- FINE. (2020). Sairauskuluvakuutus. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 16.12.2020]. Saatavilla: <https://www.fine.fi/finanssitietoa/vakuutukset-ja-vahingot/sairauskuluvakuutus.html>
- Huttunen, J. (2020). Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 27.12.2020]. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903
- Incentive. (2016). In Food and Fitness: A Dictionary of Diet and Exercise (2nd ed.). Oxford University Press.
- Liikunta. Käypä hoito -suositus. (2016). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2016). [Viitattu 20.10.2020]. Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50075#K1>
- Lund Research Ltd. (2018). Descriptive and Inferential Statistics. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 30.11.2020]. Saatavilla: <https://statistics.laerd.com/statistical-guides/descriptive-inferential-statistics.php>
- LähiTapiola. (2020a) Älyhenkivakuutuksen asiakaskysely 12/2019. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 11.12.2020]. Saatavilla: <https://www.lahitapiola.fi/maatilat/vakuutukset-ja-elake/henkilovakuutukset/alyhenkivakuutus>

- LähiTapiola. (2020b). Älyhenkivakuutus. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 23.10.2020]. Saatavilla: <https://www.lahitapiola.fi/maatilat/vakuutukset-ja-elake/henkilovakuutukset/alyhenkivakuutus>
- Nordea. (2020a). MyLife Go - liikkumalla korkeampi vakuutusturva. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 23.10.2020]. Saatavilla: <https://www.nordea.fi/henkiloasiakkaat/palvelumme/vakuutukset/henkilovakuutukset/mylife-go.html>
- Nordea. (2020b) MyLife Go -säännöt. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 18.12.2020]. Saatavilla: <https://www.nordea.fi/Images/146-263453/mylifego-saannot.pdf>
- Riittävä uni. Käypä hoito -suositus. (2016) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2016) [Viitattu 20.10.2020] Saatavilla: <https://www.kaypahoito.fi/nix02713>
- Sairausvakuutuslaki 1224/ 21.12.2004. 1 §. 3 §. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 5.12.2020]. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d. Lainsäädäntö. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 15.10.2020]. Saatavilla: <https://stm.fi/toimeentulo/lainsaadanto>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia (2017), Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä 2017, Painopiste Prevention [Verkkajulkaisu] [Viitattu 28.11.2020]. Saatavilla: <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf>
- THL. (2018). Koponen P., Gorodulin K., Lundqvist A., Sääksjärvi K. and Koskinen s. (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus*. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 15.10.2020]. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- THL. (2020a) Mikä on THL? [Verkkajulkaisu] [Viitattu 12.12.2020]. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/thl/mika-on-thl>
- THL. (2020b). Rahoitus. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 23.10.2020]. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/kustannukset-ja-vaikuttavuus/rahoitus>
- THL. (2020c). Sosiaaliturvan menot ja rahoitus 2018. Tilastoraportti 10/2020, [Verkkajulkaisu] [Viitattu 15.10.2020]. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139744/Tr10_20.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- THL. (2020d). Vaikuttavuus ja kustannukset. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 13.12.2020]. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikuttavuus-ja-kustannukset>
- THL. (2020e). Yleistietoa kansantaudeista. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 17.10.2020]. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>
- TULE ry. (2020). Tuki- ja liikuntaelinten (TULE) sairaudet [Verkkajulkaisu] [Viitattu 15.12.2020]. Saatavilla: <https://suomentule.fi/tule-terveys/tule-terveyteen-vaikuttavatekijat/tule-sairaudet/>
- VRN. (2018). Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2018). [Viitattu 20.10.2020]. Saatavilla:

https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ravitsemussuositukset_2014_fi_web_versio_5.pdf

Vitality. (2020). Our Mission. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 2.12.2020]. Saatavilla: <https://www.vitalitygroup.com/ourmission/>

WHO. (2020). What is the WHO definition of health? [Verkkajulkaisu] [Viitattu 27.12.2020]. Saatavilla: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

LIITTEET

Liite 1

Kirjallisuuskatsauksen tietokantahaut

numer pvm	hakukone	hakusana	aikarajaus	muu rajaus	tuloksia
1	17.11.2020	ABI/INFORM Collection Proquest	"economic incentive"	2010-2020 engl	108,941
2		ABI/INFORM Collection Proquest	"economic incentive"	2015-2020 engl	868
3		ABI/INFORM Collection Proquest	"economic incentive" AND "health behaviour"	2010-2020 engl	4
4		ABI/INFORM Collection Proquest	"economic incentive" AND behaviour	2010-2020 engl	1,058
5		ABI/INFORM Collection Proquest	"economic incentive" AND health behaviour	2015-2020 subject - incentives, engl	53
6		ABI/INFORM Collection Proquest	"economic incentive" AND health behaviour	2015-2020 subject - incentives, engl	20
7		ABI/INFORM Collection Proquest	financial incentive	2015-2020 engl	48,864
8		ABI/INFORM Collection Proquest	"financial incentive"	2015-2020 engl	1,184
9		ABI/INFORM Collection Proquest	"financial incentive"	2015-2020 subject - incentives, studies, engl	48
10		ABI/INFORM Collection Proquest	"financial incentive" AND behaviour	2015-2020 subject - monetary incentives AND incentives AND financial incentives	10
12		ABI/INFORM Collection Proquest	"financial incentive" AND health behaviour	2015-2020 subject - incentives, engl	92
13		ABI/INFORM Collection Proquest	"financial incentive" AND "health behaviour"	2015-2020 subject - incentives, engl	3
14		ABI/INFORM Collection Proquest	"financial incentive" AND health	2015-2020 subject - incentives, health insurance, engl	11
16		ABI/INFORM Collection Proquest	"financial incentive" AND obesity	2015-2020 engl, subject: incentives	17
17		ABI/INFORM Collection Proquest	financial incentive AND exercise	2015-2021 engl, subject : incentives	44
20		EBSCOhost	financial incentive	2015-2020 engl	1,271
21		EBSCOhost	financial incentive	2015-2020 subject - health behaviour, engl	4
22		EBSCOhost	"financial incentives"	2015-2020 engl	950
23		EBSCOhost	"financial incentives"	2015-2020 engl	96
24		EBSCOhost	"financial incentive" AND health behaviour	2015-2020 engl	1
25		EBSCOhost	financial incentive AND "health behaviour"	2015-2020 engl	0
26		EBSCOhost	financial incentive AND health behaviour	2015-2020 engl	12
27		EBSCOhost	financial incentive AND health AND behaviour	2019-2020 engl	19
28		EBSCOhost	"financial incentive" AND behaviour	2015-2020 engl	21
29		EBSCOhost	"financial incentive" AND health AND behaviour	2015-2020 engl	3
30		Emeral insights	financial incentive	2015-2020	yli 15 000
31		Emeral insights	financial incentive AND behaviour	2015-2020	yli 13 000
32		Emeral insights	financial incentive AND behaviour AND health	2015-2020	yli 6 000
33		Emeral insights	financial incentive AND behaviour AND health	2019-2020	yli 2000
35		SAGE Journals	financial incentive	2015-2020	692
36		SAGE Journals	financial incentive AND behaviour	2015-2020	418
37		SAGE Journals	financial incentive AND health behaviour	2015-2020	350
38		SAGE Journals	"financial incentive" AND "health behaviour"	2015-2020	4
39		SAGE Journals	"financial incentive" AND health behaviour	2015-2020	20
40		SAGE Journals	financial incentive AND "health behaviour"	2015-2020	32
41		SAGE Journals	"financial incentive" AND obesity	2015-2021	6
42		SAGE Journals	"financial incentive" AND exercise	2015-2020	48
43	25.11.2020	Wiley Online Library	"financial incentive"	2015-2020	5,612
44		Wiley Online Library	financial incentive AND behaviour	2015-2020	25,089
45		Wiley Online Library	"financial incentive" AND behaviour	2015-2020	922
46		Wiley Online Library	financial incentive AND health behaviour	2015-2020	14,093
47		Wiley Online Library	"financial incentive" AND health behaviour	2015-2020	686
48		Wiley Online Library	"financial incentive" AND "health behaviour"	2015-2020	45
49		Wiley Online Library	"financial incentive" AND "health behaviour"	2015-2020 subjects: BUSINESS & MANAGEMENT	4
50		Wiley Online Library	"financial incentive" AND "health behaviour"	2015-2020 subjects: ECONOMICS	5
51		Wiley Online Library	"financial incentive" AND "health behaviour"	2015-2020 subjects: HEALTH & HEALTH CARE	18
52		Wiley Online Library	"financial incentive" AND obesity	2015-2021 subject: HEALTH & HEALTH CARE	49
53		Wiley Online Library	financial incentive AND exercise	2015-2020 subject: HEALTH & HEALTH CARE	75
54		ScienceDirect (Elsevier)	financial incentive	2015-2020 Review article	5,356
55		ScienceDirect (Elsevier)	"financial incentive"	2015-2020 Review article	1,525
56		ScienceDirect (Elsevier)	"financial incentive" AND behaviour	2015-2020 Review article	924
57		ScienceDirect (Elsevier)	financial incentive AND health behaviour	2015-2020 Review article	2,230
58		ScienceDirect (Elsevier)	"financial incentive" AND health behaviour	2015-2020 Review article	704
59		ScienceDirect (Elsevier)	"financial incentive" AND "health behaviour"	2015-2020 Review article	91
60		ScienceDirect (Elsevier)	financial incentive AND "health behaviour"	2015-2020 Review article	209
61		ScienceDirect (Elsevier)	"financial incentive" AND "health behaviour"	2020 Research articles	69
62		ScienceDirect (Elsevier)	"financial incentive" AND health behaviour	2020 Research articles	790
63		ScienceDirect (Elsevier)	"financial incentive" AND obesity	2020 Research articles	112
64		ScienceDirect (Elsevier)	financial incentive AND exercise	2020 Research articles	341
65		ScienceDirect (Elsevier)			
66					
67					
68					

Liite 2

Vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvatut sairaudet

Vapaaehtoisesta sairausvakuutuksesta korvatut sairaudet maksettujen korvauksien perusteella 2019

Maksetut korvaukset yleisimpien sairauspääryhmien mukaan 2019

Hengityselinten sairaudet	25,4	%
Hermoston sairaudet	1,93	%
Kasvaimet	3,01	%
Mielenterveys	2,54	%
Ruoansulatuselinten sairaudet	9,28	%
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	21,29	%
Verenkierroelinten sairaudet	3,71	%
Muut sairaudet	32,85	%
Yhteensä	100,01	%

Maksetut korvaukset ICD-10 -tautiluokituksen mukaan 2019

XXX kuuluu useampaan luokkaan ja riippuvainen tarkasta diagnoosista	12,57	%
A00-B99 Tartunta- ja loistaudit	1,69	%
C00-D48 Kasvaimet	3,01	%
E00-E90 Umpierityssairaudet, ravitsemussairaudet ja aineenvaihduntasairaudet	0,89	%
F00-F99 Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	2,54	%
G00-G99 Hermoston sairaudet	1,52	%
H00-H59 Silmän ja sen apuelinten sairaudet	3,03	%
I00-I99 Verenkierroelinten sairaudet	3,03	%
J00-J99 Hengityselinten sairaudet	24,47	%
K00-K93 Ruoansulatuselinten sairaudet	9,28	%
L00-L99 Ihon ja ihonalaiskudoksen sairaudet	5,82	%
M00-M99 Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet	21,29	%
N00-N99 Virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet	6,42	%
O00-O99 Raskaus, synnytys ja lapsivuoteus	0,45	%
R00-R99 Muualla luokitamattomat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeavat kliiniset ja laboratoriolöydökset	4,22	%

Z00-ZZB Tekijöitä, jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveystalvelujen tuottajiin	0,02	%
Yhteensä	100,25	%

Vakuutusyhtiö X, 2020

Liite 3

Lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvatut sairaudet

Lakisääteisestä sairausvakuutuksesta korvatut sairaudet sairauspäivärahojen perusteella 2019

Alkaneet sairauspäiväraha-kaudet yleisimpien sairauspäoryhmien mukaan 2019

		%
Hengityselinten sairaudet	6,35	%
Hermoston sairaudet	5,20	%
Kasvaimet	4,50	%
Mielenterveys	28,82	%
Ruoansulatuselinten sairaudet	5,31	%
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	31,23	%
Verenkierroelinten sairaudet	4,27	%
Muut sairaudet	14,32	%
Yhteensä	100,00	%

Maksetut korvaukset ICD-10 -tautiluokituksen mukaan 2019

XXX Muut sairaudet	1,61	%
A00-B99 Tartunta- ja loistaudit	0,50	%
C00-D48 Kasvaimet	7,70	%
E00-E90 Umpierityssairaudet, ravitsemussairaudet ja aineenvaihduntasairaudet	0,83	%
F00-F99 Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	30,28	%
G00-G99 Hermoston sairaudet	5,37	%
H00-H59 Silmän ja sen apuelinten sairaudet	0,88	%
H60-H95 Korvan ja katiolisäkkeen sairaudet	0,28	%
I00-I99 Verenkierroelinten sairaudet	5,16	%
J00-J99 Hengityselinten sairaudet	1,65	%
K00-K93 Ruuansulatuselinten sairaudet	2,16	%
L00-L99 Ihon ja ihonalaiskudoksen sairaudet	0,68	%
M00-M99 Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet	29,13	%
N00-N99 Virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet	0,87	%

O00-O99 Raskaus, synnytys ja lapsivuoteus	1,33	%
R00-R99 Muualla luokitattavat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeavat kliiniset ja laboratoriolöydökset	0,00	%
Z00-ZZB Tekijöitä, jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveyspalvelujen tuottajiin	0,00	%
S00-T98 Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset	13,02	%
Yhteensä	101,45	%

Kela, 2020