

Miisa Nieminen

**MIKSI VAKUUTAMME TERVEYTTÄMME –
SYYT YKSITYISEN
SAIRAUSKULUVAKUUTTAMISEN
TAUSTALLA**

Johtamisen ja talouden tiedekunta
Kandidaatintutkielma
Helmikuu 2022

TIIVISTELMÄ

Miisa Nieminen: Miksi vakuutamme terveyttämme – syyt yksityisen sairauskuluvakuuttamisen taustalla
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Kauppatieteiden tutkinto-ohjelma
Vakuutus ja riskienhallinta
Helmikuu 2022

Suomalainen yhteiskunta tarjoaa laajat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joiden piiriin pääseminen ei edellytä yksityistä sairauskuluvakuutusta. Tästä huolimatta yksityisten sairauskuluvakuutusten määrä on lisääntynyt jo useiden vuosien ajan tuoden yksityisten hoitolaitosten tarjoamat terveyspalvelut vaihtoehdoksi yhä useammalle suomalaiselle aikuiselle. Selitystä sairauskuluvakuutusmarkkinan kasvulle on etsitty muun muassa ihmisten muuttuneista kulutustottumuksista sekä julkisen terveydenhuollon toiminnassa havaituista ongelmista.

Tämän kandidaatintutkielman tavoitteena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat kuluttajien päätökseen hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus ja mikä rooli julkisen terveydenhuollon toiminnassa tunnistetuilla ongelmilla on vakuuttamis päätöksen taustalla. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, onko sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen johtaneiden tekijöiden ja kuluttajan iän välillä havaittavissa riippuvuutta. Tutkimus on otteeltaan vertaileva kvantitatiivinen tutkimus, jonka empiirinen aineisto kerättiin joulukuussa 2021 suomalaisen vakuutusyhtiön sairauskuluvakuutetuille asiakkaille suoritetun kyselytutkimuksen avulla. Tutkimuksen teoriaosuus muodostuu julkisen terveydenhuollon esittelystä sekä sen asemoitumisesta suhteessa yksityiseen terveydenhuoltoon ja työterveydenhuoltoon. Teoriaosuudessa tarkastellaan myös suomalaista sairauskuluvakuutusmarkkinaa sekä määritetään vakuutustuotteen ostoprosessi ja siihen liittyvän vastuunvalinnan ominaispiirteet.

Tutkimuksesta saadut tulokset osoittivat, että tekijät sairauskuluvakuutuksen hankkimisen taustalla ovat enemmänkin yksilökohtaisia kuin ikäryhmäsidonnaisia, eikä riippuvuutta iän ja vakuutus päätökseen vaikuttavien tekijöiden välillä löydetty. Kaikkia ikäryhmiä tarkastellessa sairauskuluvakuutuksen hankkimisen taustalla vaikuttivat vahvimmin vakuutuksen mahdollistama laajempi valinnanvapaus terveyspalvelun tarjoajan suhteen sekä huoli terveydenhuollon saatavuudesta julkisella sektorilla. Tulosten perusteella vakuutuksen hankkiminen on usein myös henkilökohtainen päätös eikä ulkopuolisilla tekijöillä, kuten läheisen tai vakuutusyhtiön edustajan suosituksella havaittu olevan suurta merkitystä vakuuttamis päätökseen. Tulosten perusteella onkin mahdollista olettaa, että julkisen sektorin toiminnassa ilmenevät ongelmat yhdessä kuluttajan henkilökohtaisten mieltymysten kanssa voivat toimia motivoivana tekijänä yksityisen sairauskuluvakuutuksen hankkimiselle.

Avainsanat: lakisääteinen terveydenhuolto, terveysvakuutus, terveyden riski, sairauskuluvakuutus, vakuutuskelpoisuus, ostoprosessi

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	1
1.1 Tutkimuksen aihepiiri ja merkitys.....	1
1.2 Tutkimusongelmat ja keskeiset rajaukset.....	2
1.3 Keskeiset käsitteet.....	4
1.4 Tutkimusmenetelmät ja aineistot sekä aikaisempi tutkimus.....	6
1.5 Teoreettinen viitekehys.....	8
1.6 Tutkielman rakenne.....	9
2 TERVEYDENHUOLTO SUOMESSA	11
2.1 Lakisääteinen julkinen terveydenhuolto.....	11
2.2 Yksityinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto.....	13
2.3 Terveydenhuollon toimijoiden suhde toisiinsa.....	14
3 YKSITYINEN SAIRAUSKULUVAKUUTTAMINEN SUOMESSA	17
3.1 Yksityinen terveystakuuttaminen Suomessa.....	17
3.2 Yksityiset sairauskuluvakuutukset Suomessa.....	18
3.2.1 Kattavuus.....	20
3.2.2 Rahoitus ja vahinkosuhte.....	22
4 VAKUUTUSTUOTTEEN OSTOPROSESSI	24
4.1 Vakuutustuotteen ostoprosessi.....	24
4.2 Vastuunvalinta osana sairauskuluvakuutuksen ostoprosessia.....	27
5 TULOKSET	29
5.1 Aineiston kerääminen, käsittely ja analysointi.....	29
5.2 Aineiston analyysi.....	31
5.3 Hypoteesien testaaminen.....	34
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO	37
6.1 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen ja yhteenveto.....	37
6.2 Tutkimuksen arviointia ja jatkotutkimusehdotuksia.....	39
LÄHTEET	42
LIITTEET	47

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen aihepiiri ja merkitys

Yksityisten sairauskuluvakuutusten määrä oli Suomessa korkeimmillaan kuin kertaakaan aiemmin kesäkuussa 2021. Sekä yritysten että yksityishenkilöiden hankkimien sairauskuluvakuutusten määrä on ollut nousussa, ja kesällä 2021 yhteensä yli 1,26 miljoonaa suomalaista oli vakuutettuna yksityisellä sairauskuluvakuutuksella. Näistä vakuutuksista yli 537 000 oli yksityishenkilöiden hankkimia aikuisten sairauskuluvakuutuksia. (Finanssiala, 2021a.)

Suomessa on kattava sosiaaliturvajärjestelmä, jonka lähtökohtana on taata kaikille saavutettavissa ja saatavissa olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Julkisen terveydenhuollon palvelut ovat kaikkien Suomessa vakinaisesti asuvien henkilöiden käytettävissä (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013), joten terveydenhuollon piiriin pääseminen ja hoidon saaminen ei edellytä yksityistä sairauskuluvakuutusta. Tästä huolimatta sairauskuluvakuutusten määrä on noussut jo useiden vuosien ajan.

Sairauskuluvakuuttamisen kasvavalle trendille on esitetty useita eri selityksiä (Tynkkynen, Alexandersen, Kaarbøe, Anell, Lehto & Vrangbæk, 2018, 486) liittyen esimerkiksi kuluttajien muuttuneisiin asenteisiin ja kulutustottumuksiin (Tuorila, 2019, 32; Viitattu Tynkkynen ym., 2018). Muuttuneiden kulutustottumusten lisäksi sairauskuluvakuutusten suosioon vaikuttavat myös julkisella sektorilla esiintyvät ongelmat hoidon saatavuudessa ja saavutettavuudessa (Valtonen, Kempers & Karttunen, 2014, 6). Julkisen sektorin ongelmat lisäävät ihmisten halukkuutta hakeutua hoitoon yksityisiin hoitolaitoksiin, mutta yksityisten hoitolaitosten korkeammat asiakasmaksut eivät ole kaikille taloudellisesti mahdollisia. Yksityinen sairauskuluvakuutus korvaa julkisen sektorin asiakasmaksujen lisäksi myös yksityisellä sektorilla annettujen hoitojen ja tutkimuksien kustannuksia, mikä mahdollistaa yksityisen sektorin palvelujen käyttämisen yhä useammalle nopeaa hoitoon pääsemistä arvostavalle, mutta hintojen kanssa kamppailevalle.

Vakuutusyhtiöt ovat sairauskuluvakuutusmarkkinan kasvaessa alkaneet kasvattamaan toimintaansa pelkkien perinteisten vakuutus tuotteiden tarjoamisesta monipuolisemmin hyvinvointia tukevien ja ennaltaehkäisevien terveysvakuutuskokonaisuuksien tarjoamiseen (Tuorila, 2019, 34). Monipuolistuneen tuotetarjonnan sekä vakuutusyhtiöiden ja yksityisten

hoitolaitosten välisen yhteistyön lisääntyessä vakuutusyhtiöt ovat mukana terveydenhuollon prosesseissa yhä vahvempana vaihtoehtona julkiselle terveydenhuollolle. (Tuorila, 2019, 10–11.) Jotta sekä uudet että vanhat vakuutustuotteet ja niiden sisältö vastaisivat mahdollisimman hyvin kasvavaa vakuutettujen joukkoa, on tärkeää ymmärtää, millaisia tarpeita eri asiakasryhmät pyrkivät vakuutuksen avulla tyydyttämään, ja mitkä tekijät saavat kuluttajan hankkimaan sairauskuluvakuutuksen.

1.2 Tutkimusongelmat ja keskeiset rajaukset

Tutkimuksen keskeinen tavoite ja tutkimusongelma kiteytyvät seuraavissa tutkimuskysymyksissä:

- 1) Mitkä tekijät vaikuttavat kuluttajan päätökseen hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus?
- 2) Mikä merkitys julkisella terveydenhuollolla ja sen epäkohdilla on kuluttajan valintaan hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus?
- 3) Miten ikä vaikuttaa vakuutuksen hankintapäätökseen?

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä tutkitaan syitä, jotka ovat vaikuttaneet kuluttajan sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen johtaneen päätöksen taustalla. Toisessa tutkimuskysymyksessä puolestaan kartoitetaan julkisen terveydenhuollon toiminnassa havaittujen ongelmien merkitystä sekä kuluttajan vakuuttamispäätökselle, että laajemmin koko sairauskuluvakuutusmarkkinalle. Kolmannessa tutkimuskysymyksessä kuluttajien vakuutus päätökseen vaikuttaneita tekijöitä tarkastellaan vertailevasta näkökulmasta ja selvitetään, voidaanko iällä nähdä olevan merkitystä vakuutuksen hankintapäätökseen johtaneiden suhteen. Ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen keskitytään vastaamaan erityisesti tutkimuksen empiirisestä osuudesta saatujen tulosten avulla. Toiseen tutkimuskysymykseen vastataan puolestaan erityisesti aiemman kirjallisuuden ja teorian avulla, mistä johtuen toinen tutkimuskysymys toimii osin myös taustoittavana kysymyksenä ensimmäiselle tutkimuskysymykselle.

Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä asettaa hypoteeseja tutkimuksesta saatujen tulosten testaamiseksi. Myös tälle tutkimukselle on asetettu hypoteesit, joita tilastollisesti

testaamalla on tutkittu aineistossa mahdollisesti ilmenevä riippuvuussuhteita iän sekä vakuutuksen hankkimiseen johtaneiden tekijöiden välillä. Tutkimukselle on asetettu seuraavat hypoteesit:

H_0 = Iällä ei ole merkitystä sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen johtaneissa tekijöissä

H_1 = Iällä on merkitystä sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen johtavissa tekijöissä

Yllä esitettyihin tutkimuskysymyksiin ja tutkimusongelmiin vastaamiseksi on tutkielmassa tehtävä tiettyjä rajauksia. Tässä tutkielmassa keskeisimmät rajaukset keskittyvät tutkimuksen empiiriseen osuuteen ja sen osana suoritettavaan kvantitatiiviseen kyselytutkimukseen. Tämän lisäksi rajauksia on tehty tutkielman teorioiden sekä taustatietojen laajuuteen liittyen.

Tässä tutkimuksessa keskitytään tutkimaan ainoastaan niitä syitä, miksi kuluttaja on päättänyt lähteä ostoprosessiin sairauskuluvakuutuksen hankkimiseksi. Tutkimuksessa ei tutkita niitä syitä, jotka ovat saaneet asiakkaan perääntymään vakuutustuotteen ostoprosessista ja vakuutustuotteen hankkimisesta. Tutkielmassa kyseinen rajaus näkyy siten, että kyselytutkimus on kohdistettu ainoastaan sellaisille kuluttajille, joilla on yksityinen sairauskuluvakuutus kyselyyn osallistumisen hetkellä.

Toinen keskeinen tutkielmaa koskeva rajaus liittyy tarkasteltavan vakuutuslajin valintaan. Suomen vakuutusmarkkinoilla on tarjolla useita vakuutuksia, joilla eri ikäisten on mahdollista varautua terveyteen kohdistuviin riskeihin. Tässä tutkielmassa keskitytään ainoastaan aikuisten yksityisiin sairauskuluvakuutuksiin, eikä tarkastelu koske muita terveysvakuutuksia, kuten lasten sairauskuluvakuutuksia, tapaturmavakuutuksia, vakavan sairauden varalle otettavia vakuutuksia, sairaalavakuutuksia tai urheiluvakuutuksia. Tähän rajaukseen on päädytty ensisijaisesti kandidaatintyön rajallisen pituuden vuoksi, sillä useamman erilaisen vakuutustuotteen tutkiminen ei olisi mahdollista tutkielmalle asetetuissa rajoissa.

Suomessa yksityisiä sairauskuluvakuutuksia tarjoavat useat vakuutusyhtiöt, joiden vakuutustuotteet eroavat toisistaan esimerkiksi omavastuun, korvausten enimmäismäärän, korvattavien vahinkotapahtumien sekä mahdollisten lisävakuutusten suhteen (Ylönen & Mäkelä, 2021, luku 2). Toisistaan poikkeavat vakuutustuotteet palvelevat eri asiakasryhmien tarpeita, minkä vuoksi useiden eri yhtiöiden sairauskuluvakuutuksia tarkasteltaessa olisi mahdollista, että iän lisäksi vastauksiin vaikuttaisi olennaisesti myös vakuutustuotteen sisältöön

liittyvät tekijät. Tämän vuoksi tutkimuksen empiria on kerätty ainoastaan yhden kotimaisen vakuutusyhtiön asiakkailta.

Toisessa tutkimuskysymyksessä esille tuotu näkökulma iän merkityksestä vakuutuksen hankkimiseen johtavista tekijöistä voidaan myös nähdä tutkimuksen keskeisenä rajauksena. Tutkimuksen empiirisessä osuudessa vastauksia analysoidaan erityisesti eri ikäryhmien vastaukset huomioiden ja niitä toisiinsa vertaillen. Empiriassa taustoitetaan iän lisäksi myös muita vastaajien demografisia tietoja, mutta ne eivät ole keskiössä vastausten tulkinnan tai tutkielman rakenteen kannalta.

1.3 Keskeiset käsitteet

Terveyden riski määritetään tässä tutkielmassa riskiksi, joka kohdistuu henkilöön ja hänen terveyteensä. Terveysriskin voidaan laajasti katsoa liittyvän sairastumisen sekä vammautumisen riskeihin. Terveysriskin toteutuessa realisoituvat usein myös taloudelliset riskit esimerkiksi sairauden aiheuttaman työkyvyttömyyden tai sairauden hoitamiseksi määrättyjen tutkimus-, hoito- ja lääkekulujen muodossa. (Jokela, ym., 2013, 51–52.)

Terveysvakuutuksella tarkoitetaan tässä tutkielmassa yleisesti vakuutusta, jolla voidaan varautua terveyden riskeihin. Terveysvakuutukseksi katsotaan tässä tutkielmassa vakavan sairauden varalle hankittavat vakuutukset, tapaturmavakuutukset, sairausvakuutukset, sairaalavakuutukset sekä muut vakuutustuotteet, joilla voidaan varautua terveyden riskien realisoitumiseen.

Yksityinen sairauskuluvakuutus on vapaaehtoinen henkilövakuutus, jolla kuluttaja voi hankkia taloudellista turvaa sairauden tutkimisesta tai hoitamisesta aiheutuviin kuluihin (Jokela, ym., 2013, 163). Sairauskuluvakuutus voi toisinaan sisältää turvaa myös tapaturmavamman tutkimus- ja hoitokulujen kattamiseksi, mutta tässä tutkielmassa sairauskuluvakuutuksella tarkoitetaan ainoastaan sairauden tutkimus- ja hoitokulujen kattamiseksi otettua vakuutusta. Sairauskuluvakuutus käsitteenä kattaa tässä tutkimuksessa ainoastaan aikuisten sairauskuluvakuutukset.

Vakuutuskelpoisuudella tarkoitetaan yksinkertaisimmillaan sitä, onko riskin vakuuttaminen kannattavaa vakuutusyhtiön näkökulmasta. Rantalan ja Kivisaaren (2020, 63) mukaan riskin on täytettävä tiettyjä kriteereitä, jotta se olisi vakuutuskelpoinen. Riskin tulee olla ennustettava,

riippumaton edunsaajasta, ajallisesti stabiili sekä riskin toteutumisen tulee olla suhteellisen harvinainen (Rantala & Kivisaari, 2020, 63–65). Vapaaehtoisessa henkilövakuuttamisessa vakuuttamisen kohteena on ihminen ja hänen terveytensä, joten vakuutusta myöntäessä ja vakuutuskelpoisuutta arvioidessa huomioidaan tyypillisesti henkilön nykyisen terveydentilan aiheuttamat riskit. Kohonneen riskin ja vakuutuskelpoisuuden selvittämiseksi käytetään henkilövakuuttamisessa usein terveysarviointia (Jokela, ym., 2013, 274).

Terveysarviointia tarkoitetaan vakuutusyhtiön asiakkaallaan teettämää arviointia, jolla pyritään selvittämään vakuutettavan henkilön riskitaso henkilövakuutustarjousta annettaessa. Koska henkilövakuuttamisessa tarkoituksena on vakuuttaa henkilö ja hänen terveytensä kohdistuvia riskejä, pyritään terveysarviointia selvittämään niitä terveydentilaan liittyviä riskitekijöitä, jotka voisivat nostaa vakuutetun riskitasoa. Terveysarviointia saatujen vastauksien perusteella vakuutusyhtiö määrittää, onko vakuutus mahdollista saattaa voimaan vai onko vakuutukseen tarpeellista asettaa rajoitusehtoja. (Jokela ym., 2013, 274.).

Ostoprosessi tarkoitetaan sitä tapahtumajanaa, jonka kuluttaja tyypillisesti käy läpi tuotetta tai palvelua hankkiessaan. Ostoprosessissa on tutkimuksissa tunnistettu olevan viisi vaihetta: tarpeen tunnistaminen, informaation etsiminen, vaihtoehtojen vertailu, ostopäätös ja hankinnan arviointi (ks. esim. Kotler, ym., 2016, 142; Ylikoski & Järvinen, 2011, 42). Ostoprosessi ei kuitenkaan aina kulje lineaarisesti kaikkien näiden vaiheiden läpi, vaan toisinaan jokin vaihe voidaan ohittaa tai palata ostoprosessin taakse (Ylikoski & Järvinen, 2011, 42)

Lakisääteinen julkinen terveydenhuolto on määrätty Suomen perustuslaissa (1:19) julkisen vallan järjestettäväksi. Julkisen terveydenhuollon tehtävänä on järjestää ja turvata kaikille tasavertaiset ja riittävät terveydenhuollon palvelut sosioekonomiseen taustaan tai asuinpaikkaan katsomatta. Julkinen terveydenhuolto kattaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö A, n.d.). Palvelumaksut julkisella sektorilla ovat ennakoon määritetyt ja asiakkaalle todellista kustannusta edullisemmat (EU-terveydenhuolto, 2021a).

Sote-uudistus eli sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus on kesäkuussa 2021 (Soteuudistus, 2021) Suomen hallituksen hyväksymä uudistus, jolla vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä tulee siirtymään kunnilta uusille hyvinvointialueille. Uudistuksella tavoitellaan muun muassa aiempaa yhdenvertaisempia ja

laadukkaampia terveydenhuollon palveluita, pyritään lisäämään palvelujen saatavuutta sekä pienentämään havaittuja hyvinvointi- ja terveyseroja. (Soteuudistus, n.d.)

1.4 Tutkimusmenetelmät ja aineistot sekä aikaisempi tutkimus

Tutkimuksen empiirinen osuus toteutettiin survey-tutkimuksena strukturoitua kyselylomaketta hyödyntäen. Kyselyn vastaajat poimittiin satunnaisesti suomalaisen vakuutusyhtiön asiakasrekisteristä ikäryhmä sekä sairauskuluvakuutuksen voimassaolo huomioiden. Kyselylomakkeella kerättiin pääasiassa kvantitatiivista aineistoa, ja tätä aineistoa täydennettiin kahdella avoimella, enemmän kvalitatiivista aineistoa tuottavalla kysymyksellä.

Kysely muodostui kolmesta osiosta. Ensimmäisessä ja toisessa osiossa kartoitettiin vastaajan taustatekijöitä sekä hänen vakuutustaustaansa. Kolmannessa osiossa tutkittiin vastaajien asenteita väittämiin, jotka liittyvät sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen. Vastaajien asenteita väittämiä kohtaan mitattiin lomakkeella 5-portaisella Likertin asteikolla, joka sopii erityisesti mielipiteiden kartoittamiseen (Heikkilä, 2014, 51). Asenneväittämien lisäksi kolmannessa osiossa esitettiin kaksi vapaaehtoista avointa kysymystä, jotka antoivat vastaajille mahdollisuuden nostaa esiin asioita, joita suljetuissa kysymyksissä ei mahdollisesti oltu huomioitu.

Survey-tutkimus valikoitui tutkimusmenetelmäksi, sillä se mahdollistaa tehokkaan sekä taloudellisen aineistonkeruun kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillisen laajemman otannan kanssa (Heikkilä, 2014, 17). Kyselytutkimuksella on myös mahdollista kerätä vastauksia useaan eri aiheeseen liittyen samanaikaisesti, ja kerätyn aineiston muuttaminen analysoitavaan muotoon on nopeaa (Hirsjärvi, Remas & Sajavaara, 2015, 195.) Aineistoa kerättiin joulukuussa 2021 kahden viikon ajan suojatulla sähköpostilla vastaajille toimitetulla kyselyllä.

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus pyrkii tuottamaan koko perusjoukkoon yleistettävissä olevaa tietoa (Kananen, 2008, 10; Heikkilä, 2014, 15.). Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu hyvin riippuvuuksien tutkimiseen, minkä vuoksi kvantitatiivinen tutkimusote oli luonnollinen valinta tämän tutkimuksen tavoitteiden kannalta. Tutkittava aineisto kerätään tyypillisesti pienestä otannasta strukturoituja kyselylomakkeita hyödyntäen, ja saadut tulokset johdetaan koskemaan koko populaatiota. (Heikkilä, 2014, 15) Kvantitatiivinen tutkimus edustaa tieteenfilosofian positivistista suuntausta, mikä korostaa tiedon luotettavuutta, perusteluja ja

yksiselitteisyyttä. Tämä tieteenfilosofinen aate näkyy kvantitatiivisessa tutkimuksessa objektiivisen ja yleistettävissä olevan totuuden tavoitteluna, mikä oli myös tämän tutkimuksen tavoitteena. (Kananen, 2008, 10–11.)

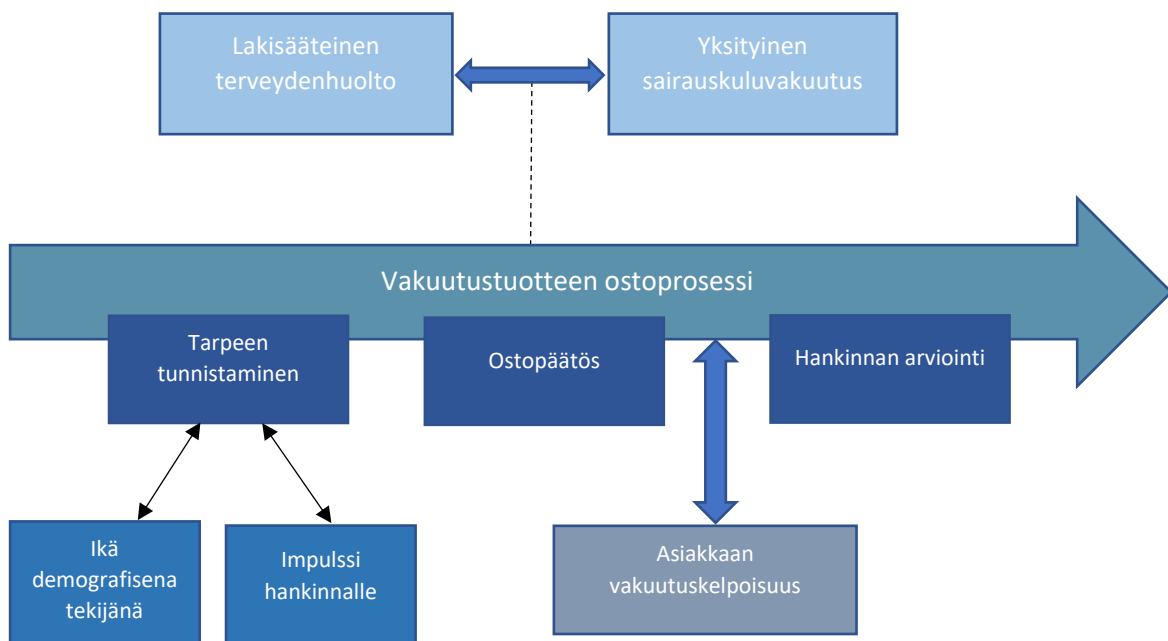
Otteeltaan tutkielma on vertaileva, mikä ilmenee asetetuista tutkimuskysymyksistä ja hypoteeseista, mitkä asettavat myös muulle tutkimukselle tietyt vertailevan tutkimuksen edellyttämät raamit. Vertailu näkyy tutkimuksessa etenkin tulosten analysoinnissa sekä tutkielman päättävissä johtopäätöksissä. Vertailua tehdään kaikkien tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kesken, ja vertailussa on painotettu vastaajien demografisia tekijöitä, erityisesti vastaajan ikäryhmää. Tutkielma noudattaa vertailevan tutkimuksen etenemiskaavaa: ensimmäisenä kuvataan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia, jonka pohjalta siirrytään tutkimuksesta saatujen havaintojen lajitteluun ja ryhmittelyyn. Viimeisessä vertailevan tutkimuksen vaiheessa etsitään mahdollisia riippuvuuksia ja suhteita muuttujien välillä. (Ahteensivu, 2021, 81; Viitattu Salminen & Lahtinen, 1982.) Vertaileva tutkimusote demografisten tekijöiden ja erityisesti iän valossa tuo myös vähemmän tutkitun näkökulman sairauskuluvakuuttamisesta tehdyn tutkimuksen kentälle.

Empiirisen aineiston lisäksi tutkielman aineistona hyödynnettiin aikaisempia tutkimuksia sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta aiheen taustoittamisen sekä kyselylomakkeen laatimisen apuna. Valtonen, Kempers ja Karttunen ovat vuonna 2014 tutkineet kuluttajien taustatekijöiden merkitystä suhteessa sairauskuluvakuutusten hankkimiseen sekä terveystalvelujen käyttämiseen. Yksityisen sairauskuluvakuutuksen markkinakehitystä ja kasvua Suomessa sekä muissa pohjoismaissa on puolestaan tutkittu Tynkkysen ym. vuonna 2013 tekemässä tutkimuksessa. He (ed. 489) tunnistivat sairauskuluvakuutusten määrän nousun selittyvän osin julkisella sektorilla pitkäksi venyneiden odotusaikojen, yksityisen sektorin korkeiden hintojen sekä suomalaisen instituutioiden rakenteiden yhteisvaikutuksella.

Sairauskuluvakuutusta ja sen erityispiirteitä vakuutustuotteena on esitelty Tuorilan (KKV, 2019) julkaisussa ”Aikuisten vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset suomalaisilla terveystalveluilla”, sekä Ylösen ja Mäkelän FINelle vuonna 2021 laatimassa ”Opas sairauskuluvakuutuksista”. Yksityisten sairauskuluvakuutusten merkitystä osana terveydenhuoltojärjestelmää on tarkasteltu myös opinnäytetöissä – Nieminen (2019) on Pro gradu -tutkielmassaan tutkinut vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen roolia lakisäteisen sairausvakuutuksen ja terveydenhuollon täydentäjänä. Yksityistä sairauskuluvakuuttamista on tutkittu myös Koivusen (2019) Pro gradu -tutkielmassa ”Vapaaehtoisen

sairauskuluvakuutuksen nykytilanne sekä tulevaisuuden skenaariot”. Iän merkitystä vakuutuskuluttamisen muutoksessa on puolestaan tutkittu Salon (2007) Pro gradu -tutkielmassa ”Ikäänntyvät vakuutuskuluttajat ja vakuutuspalveluiden tulevaisuus”.

1.5 Teoreettinen viitekehys



Kuvio 1 Teoreettinen viitekehys

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys (kuviot 1) muodostuu yksityisestä sairauskuluvakuutuksesta ja sen ostoprosessin kuvaamisesta, joka mukailee Kotlerin ym. (2016, 142) ja Ylikosken & Järvisen (2011, 42) esittämiä teorioita palveluiden ja tuotteiden ostoprosessista. Tutkielman painopiste on ostoprosessin ensimmäisessä vaiheessa, eli tarpeen tunnistamisessa. Tarpeen syntymisen ja sen tunnistamisen taustalla on aina jokin syy tai impulssi, joka saa kuluttajan lähtemään ostoprosessiin täyttääkseen havaitsemansa tarpeen. Tarpeet ja impulssit ovat usein henkilö- ja tilannesidonnaisia, joten niiden merkitystä ostoprosessin käynnistäjänä tarkastellaan tässä tutkimuksessa kuluttajien demografisten tekijöiden, erityisesti iän tuoman merkityksen valossa. Tutkielmassa yksityistä sairauskuluvakuuttamista tarkastellaan vaihtoehtona julkiselle ja lakisääteiselle terveydenhuollolle, mikä on huomioitu myös teoreettisessa viitekehyksessä.

Koska yksityinen sairauskuluvakuutus on vapaaehtoinen henkilövakuutus, ei vakuutusyhtiön ole pakko myöntää vakuutusta jokaiselle sitä hakevalle asiakkaalle. Yhtiöt suorittavat riskinvalintaa myös henkilövakuutuksia myöntäessä, mikä näkyy tutkimuksessa sekä viitekehyksessä huomioimalla asiakkaan vakuutuskelpoisuus. (Jokela, ym., 2016, 270, 271.)

1.6 Tutkielman rakenne

Tutkimuksen ensimmäinen luku toimii johdantona, jossa esitellään tutkimuksen aihealue ja tutkimusmenetelmät sekä perustellaan aiheen valintaa ja tehtyjä rajauksia. Lisäksi ensimmäisessä osioissa esitellään tutkimuksen teoreettinen viitekehys sekä aikaisempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia, joista osaa on tätä tutkimusta tehdessä hyödynnetty. Ensimmäisessä luvussa asetetaan myös tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset sekä hypoteesit.

Tutkielman toisessa luvussa käsitellään Suomen lakisääteistä terveydenhuoltoa sekä sen toimintaa julkisella sektorilla. Lisäksi toisessa luvussa käsitellään työterveyttä osana terveydenhuollon palveluita sekä yksityisten hoitolaitosten asemaa terveydenhuollon kentällä. Tässä luvussa käsitellään myös terveydenhuollon toimijoiden välisiä suhteita ja asemoitumista, sekä esitellään terveydenhuoltojärjestelmän toiminnassa havaittuja epäkohtia.

Tutkimuksen kolmas luku käsittelee yksityistä sairauskuluvakuuttamista Suomessa, mikä toimii myös tutkimuksen taustateorian. Ensin luvussa esitellään yksityisiä terveystuotemarkkinoita sekä markkinoilla olevia terveystuotustuotteita. Luvun keskiössä ovat yksityiset sairauskuluvakuutukset, niiden kattavuus sekä sairauskuluvakuutuksen erityispiirteet muiden vakuutustuotteiden joukossa. Lisäksi kolmannessa luvussa nostetaan esille huomioita sairauskuluvakuutuksen vahinkosuhteesta sekä rahoituksesta.

Tutkimuksen neljäs luku määrittää vakuutustuotteen ostoprosessin, joka toimii myös tutkimuksen tulkintateorian. Neljännessä luvussa esitellään vakuutustuotteen ostoprosessi, sekä erityispiirteitä, joita sairauskuluvakuutus tuotteena ja sopimuksena ostoprosessiin tuo. Lisäksi neljännessä luvussa käsitellään sairauskuluvakuuttamisen kohdalla harjoitettavaa riskin- ja asiakasvalintaa, joka voidaan nähdä myös yhdeksi ostoprosessin vaiheista.

Tutkimuksen viides luku käsittää tutkimuksen empiirisen osuuden. Luku alkaa tutkimuksen taustoittamisella sekä kyselytutkimuksen lähtökohtien esittelyllä. Neljännen luvun painopiste on kyselytutkimuksesta saatujen tulosten analysoinnissa sekä tutkimukselle asetettujen hypoteesien testaamisessa.

Tutkielman kuudennessa luvussa esitellään tutkimuksesta saadut keskeisimmät tulokset, vastataan tutkimuskysymyksiin sekä tehdään yhteenvetoa käsitellyistä aiheista. Lisäksi kuudennessa luvussa tarkastellaan tehtyä tutkimusta kriittisesti, sekä tunnistetaan tarpeita aiheen jatkotutkimukselle.

2 TERVEYDENHUOLTO SUOMESSA

Suomessa harjoitettavan terveystalouden tavoitteena on tarjota jokaiselle suomalaiselle laadukkaat terveyspalvelut taloudellisesta ja sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Terveystalouden Suomessa on järjestetty yhteistyössä usean eri toimijan kanssa. Lakisääteisestä julkisesta terveydenhuollosta vastaavat kunnat, ja julkisia palveluita täydentävät yksityinen sektori, järjestöt, sekä terveydenhuollon ammattihenkilöt. (EU-terveydenhoito, 2021b.)

Suomen terveydenhuollon toiminta perustuu myös lailla säädettyyn sairausvakuutukseen (Airio, 2017, 127). Sairausvakuutus koskee universaalisti jokaista Suomessa asuvaa henkilöä, ja sen tarkoituksena on korvata esimerkiksi raskaudesta, sairastumisesta ja sen hoidosta aiheutuvia kustannuksia, kuten lääkekuluja sekä yksityisiä lääkärinpalkkioita ja tutkimuksia. Sairausvakuutus ei kuitenkaan kata kunnallisten terveyspalveluiden asiakasmaksuja. (Sairausvakuutuslaki, 2004, 2:1.)

2.1 Lakisääteinen julkinen terveydenhoito

Suomen perustuslain 19 § mukaan julkisen vallan tehtävänä on järjestää ja turvata kaikille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Julkinen terveydenhoito on määrätty kuntien järjestettäväksi ja rahoitettavaksi (Sosiaali- ja terveysministeriö A, n.d.), ja julkisin varoin rahoitetut terveyspalvelut ovat kaikkien suomalaisten kuntien asukkaiden käytössä (OECD, 2019, 10). Julkista terveydenhoitoa käytettäessä asiakasmaksu on tyypillisesti kiinteähintainen, ja maksu hoidosta on asiakkaalle todellista kustannusta huomattavasti alhaisempi (EU-terveydenhoito, 2021a).

Lakisääteinen julkinen terveydenhoito jaetaan kahteen osaan – perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon, ja sen järjestämistä on hajautettu eri tason toimijoille. Perusterveydenhoito järjestetään tavallisesti kunnallisissa terveyskeskuksissa, kun erikoissairaanhoidon puolestaan tuotetaan pääsääntöisesti sairaaloissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö B, n.d.) Perusterveydenhuollosta vastuussa olevat kunnat voivat tuottaa tarvittavat palvelut itse, tai muodostaa yhtymän toisen kunnan kanssa palvelujen tarjoamiseksi. Kunnilla on myös mahdollisuus ulkoistaa tai yksityistää palveluitaan ostamalla palveluita

toisilta kunnilta tai yksityisiltä terveystarjoajilta, kuten yksityisiltä hoitolaitoksilta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013, 11.). Koska suomalaiset kunnat ja kaupungit eroavat toisistaan suuresti esimerkiksi pinta-alan ja väestön suhteen, ei jokaisessa kunnassa ole kannattavaa ylläpitää terveyskeskusten lisäksi omaa sairaalaa. Tämän vuoksi erikoissairaanhoito on määrätty kuntien sijaan erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien järjestettäväksi (Terveydenhuoltolaki, 2010, 4:1.)

Kattavasti ja tasa-arvoisesti järjestettynäkään julkinen terveydenhuolto ei pysty tarjoamaan kaikkia palveluita tai tutkimuksia ja hoitoihin pääseminen voi kestää jopa vuosia. (Jokela, ym. 2013, 89). Kansallisesti ja paikallisesti hajautettu terveydenhuollon järjestelmä mahdollistaa alueellisen reagoinnin väestön tarpeisiin, mutta aiheuttaa myös ongelmia (OECD, 2019, 9). Nykymuotoinen tapa tarjota terveydenhuollon palveluita on näkynyt haasteina esimerkiksi palvelujen saatavuudessa ja laadussa, mitkä voivat vaihdella alueittain huomattavasti. Paine laadukkaampien ja tasa-arvoisten palvelujen tarjoamiseksi tulee todennäköisesti lähivuosina korostumaan entisestään ikärakenteen muutoksen mukana. (Sote-uudistus, 2021c.) Myös terveydenhuollon kulut asiakkaan näkökulmasta ovat nousussa esimerkiksi kehittyneempien ja kalliimpien tutkimusten myötä – toisaalta tämä auttaa tunnistamaan ja hoitamaan sairaudet paremmin, mutta toisaalta uudet tutkimus- ja hoitomenetelmät myös kasvattavat hoitokuluja (Jokela, ym. 2013, 80).

Julkisessa terveydenhuollossa ilmeneviin ongelmiin pyritään vastaamaan heinäkuussa 2021 hyväksytyllä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksella, joka tulee muuttamaan dynamiikkaa terveystarjoajien järjestämisessä (Sote-uudistus, 2021a). Vuodesta 2023 lähtien järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista sekä pelastustoimen järjestämisestä siirtyy kunnilta 21 uudelle hyvinvointialueelle. Uudistuksen tavoitteena on turvata kaikille entistä yhdenvertaisemmat ja laadukkaasmmmin tuotetut palvelut, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä parantaa palvelujen saatavuutta että saavutettavuutta. Lisäksi soteuudistuksella pyritään vastaamaan kasvaviin kustannuksiin sekä ikärakenteen muutoksen tuomiin haasteisiin. (Sote-uudistus, 2021b.)

2.2 Yksityinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto

Julkisen sektorin lisäksi terveydenhuollon palveluita tarjotaan ja tuotetaan myös yksityisellä sektorilla (Sosiaali- ja terveysministeriö C, n.d.). Perinteinen jako yksityiseen ja julkiseen sektoriin on kuitenkin alkanut hämärtyämään eri sektorien välisen yhteistyön lisääntyessä (Suomen lääkäriliitto, n.d.). Yhteistyön lisääntyessä ja tarkasti rajattujen toimialueiden muuttuessa joustavimmiksi on myös kilpailu yksityisen ja julkisen sektorin välillä lisääntynyt (Saarni & Vuorenkoski, 2003, Terveydenhuollon markkinaorientaatio). Yksityiset terveystalouden tuottajat kattavatkin jo noin neljänneksen kaikista Suomessa tarjottavista sosiaali- ja terveystalouksista. Myös vakuutusyhtiöiden toiminta yhteistyössä yksityisten palveluntarjoajien kanssa on lisääntynyt viime vuosina, mikä lisää vakuutusyhtiöiden näkyvyyttä ja merkitystä terveystalouksilla niin asiakkaiden kuin muiden alan toimijoiden kannalta. (Tuorila, 2019, 10.)

Yksityiset palveluntarjoajat voivat tarjota sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluita suoraan asiakkaille tai myydä palveluitaan kunnille tai kuntayhtymille (EU-terveydenhoito, 2021b.). Yksityisellä sektorilla maksut annetusta hoidosta ja tutkimuksista ovat tavallisesti julkista sektoria korkeammat. Kelan organisoima lakisääteinen sairausvakuutus korvaa osan yksityisten palveluntarjoajien perimistä summista (Sairausvakuutuslaki, 2004/1224 2:1), mutta sairausvakuutuksen perusteella maksettava korvaus ei riitä kattamaan kuluja täysin. Hoidosta asiakkaalle maksettavaksi jäävä summa onkin lähes aina korkeampi, mitä vastaava hoito maksaisi julkisella sektorilla, vaikka sairausvakuutuksen osuus olisi jo vähennetty asiakasmaksusta. Julkisella sektorilla lääkärin vastaanottokäynti on enintään 20,90 euroa, kun yksityisellä sektorilla yleislääkärin 20 minuutin vastaanotto on tavallisesti 50–70 euroa sairausvakuutuksen oikeuttaman korvauksen jälkeen, mutta summa voi nousta jopa 130 euroon (EU-terveydenhoito, 2019a; EU-terveydenhoito, 2019b.).

Yksityisiä lääkäripalveluita käyttäneiden henkilöiden lukumäärä oli vuonna 2015 jo noin 1,6 miljoonaa (Airio, 2017, 136–137). Kaikista yksityisen sektorin tarjoamista terveystalouksista fysioterapia sekä lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotto toiminta ovat käytetyimpiä palveluita (Sosiaali- ja terveysministeriö D, n.d.). Erikoisaloista eniten kysyntää on gynekologeille ja silmälääkäreille sekä kirurgisille palveluille (Mattila, 2006, 200). Edellä mainittujen lisäksi yksityiset palveluntarjoajat tuottavat myös suuren osan työterveyshuollon palveluista. (Sosiaali- ja terveysministeriö D, n.d.) Suuri osa ihmisistä käyttää yksityisen ja

julkisen sektorin palveluita sekaisin ja toisiaan täydentäen. Tehotonta päällekkäisyyttä on ilmennyt vähän, ja terveydenhuollon toiminnan kannalta on ollut toimivaa, että vaihtoehtoisia hoitomahdollisuuksia on tarjolla. (Mattila, 2006, 200–201; Viitattu Kalimo, Airinen & Klaukka, 1997.)

Yksityisen ja julkisen terveydenhuollon lisäksi terveystalujen tarjoajien kenttään kuuluu myös työterveyshuolto. Työterveyshuoltolain 1 § säädetään työnantajaa koskevasta velvollisuudesta järjestää työterveyshuolto työntekijöilleen. Lain 4 § mukaan työnantajan on omalla kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto, jolla ehkäistään työstä ja työolosuhteista aiheutuvia terveysvaaroja ja haittoja, sekä edistetään ja suojellaan työntekijöiden työkykyä ja terveyttä. Työntekijälle työterveyshuolto on maksutonta, ja työnantaja voi saada järjestämästään työterveyshuollosta Kelasta korvausta sairausvakuutuslakiin perustuen (Työelämätaito, 2020; Sairausvakuutuslaki, 2004, 18:11).

Kaikki Suomessa työsuhteessa olevat henkilöt kuuluvat työterveyshuollon piiriin, ja kaikkiaan työterveyden piirissä on noin yksi kolmasosa väestöstä (Valtonen, Kempers & Karttunen, 2014, 10). Lakisääteiseen työterveyshuoltoon kuuluu esimerkiksi työkyvyn tukeminen ja työhön liittyvien sairauksien selvittely sekä työhön kuuluvat terveystarkastukset. (Työterveyslaitos, n.d.) Työnantajatahon on myös mahdollista tarjota lakisääteistä velvoitetta kattavammat palvelut esimerkiksi sisällyttämällä sairaanhoitopalvelut työterveys sopimukseen (Työterveyshuoltolaki, 2001, 3:14). 2000-luvun puolivälissä noin 90 prosentille työntekijöistä tarjottiinkin lakisääteisen työterveydenhuollon lisäksi mahdollisuus käyttää yleislääkärin palveluja maksutta (Valtonen ym., 2014, 10). Jos työnantajan tarjoamat työterveyshuollon palvelut ovat laajat ja kattavat lakisääteisen turvan lisäksi myös työhön liittymättömien sairauksien ja tapaturmien hoitoa, voi työterveyshuollon piiriin kuulumisen vähentää kuluttajan tarvetta hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus (Tynkkynen ym., 2018, 490, 491).

2.3 Terveydenhuollon toimijoiden suhde toisiinsa

Suomessa harjoitettavan terveystalitiikan avulla on pyritty vähentämään terveyseroja kansalaisten välillä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, n.d.), missä ei kuitenkaan ole kaikilla mittareilla onnistuttu. Terveystalujen tarjonta, etenkin erityissairaanhoidon osalta vaihtelee suuresti alueellisesti (Sosiaali- ja terveystalministeriö, 2002, 5). Järjestelmän tehottomuutta ja

puutteita voidaan osittain selittää hajanaisella ja osin eriarvoistavalla terveydenhuoltojärjestelmällä. Muun muassa OECD:n laatimassa Suomen terveysprofiilissa (2019, 18, 22) on nostettu esille huoli työterveyshuollon sekä yksityisen sektorin tarjoaman terveydenhuollon lisäämästä eriarvoisuudesta hoitoon pääsyn suhteen.

Terveydenhoitojärjestelmä Suomessa mahdollistaa hoitoon hakeutumisen julkisen terveydenhuollon sijaan myös yksityiselle sektorille tai työterveyteen, mikä omalta osaltaan voi aiheuttaa eriarvoisuutta. Laajat työterveyshuollon palvelut sekä yksityinen sairauskuluvakuutus nopeuttavat hoitoon pääsemistä tietyissä väestöryhmissä, sillä vaihtoehtoja on enemmän. Yksityiset sairauskuluvakuutukset ovat suurilta osin korkeampiin sosioekonomisiin luokkiin kuuluvien henkilöiden käytettävissä, ja työterveyden piiriin kuuluvat puolestaan työikäiset ja työssä olevat henkilöt (Tynkkynen ym., 2018, 485). Näin ikääntyminen sekä alempi sosioekonominen asema tarkoittavat usein julkisen sektorin palveluiden varaan jäämistä, mikä toisinaan hidastaa etenkin kiireettömään hoitoon pääsemistä. (OECD, 2019, 22). Työssäkäyvillä henkilöillä on siis terveystalvuntarjoajaa valittaessa usein kolme mahdollisuutta: julkinen sektori, yksityinen sektori sekä työterveyshuolto, kun työelämän ulkopuolella olevilla henkilöillä valinnan voi tehdä ainoastaan julkisen ja yksityisen sektorin välillä (Valtonen, ym., 2014, 14). OECD:n teettämän ”Maan terveysprofiili” -selvityksen mukaan työelämässä olevat pääsevät työelämän ulkopuolella oleviin verrattuna paremmin terveydenhuollon palveluihin juuri työterveyshuollon ansiosta (OECD, 2019, 3). Myös Devauxin ja de Looperin (2012, 17, 18, 19) mukaan korkeampiin tuloluokkiin kuuluvat ihmiset käyttävät enemmän terveydenhuollon palveluita, eikä palvelujen käyttäminen jakaudu tasaisesti koko väestön tasolla.

Yksityisen ja julkisen sektorin rinnalle on myös muodostunut niin kutsuttu kolmas sektori, joka myös tarjoaa osaltaan sosiaali- ja terveystalvuita täydentäen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää (Terveydenhuoltojärjestelmä Suomessa, 2021). Kolmannella sektorilla tarkoitetaan julkisen terveydenhuollon, yksityisen sektorin ja kotitalouksien väliin jäävää aluetta, jolla operoivat valtiosta irralliset ja voittoa tavoittelemattomat toimijat. Tällaisia toimijoita ovat esimerkiksi useat yhdistykset, säätiöt ja järjestöpohjaiset osuuskunnat, joista etenkin suuret valtakunnalliset yhdistykset osallistuvat sosiaali- ja terveystalvuiden tuotantoon (Laamanen ym., 2002, 23, 25.) Kolmas sektori liitetään yhteiskunnallisessa keskustelussa usein työttömyyteen ja kolmannen sektorin osallistavaan ulottuvuuteen (Laamanen ym., 2002, 23), mutta sen merkitys etenkin vanhusten ja mielenterveyspotilaiden

hoiva- ja asumispalveluiden tarjoajana on lisääntynyt (Laamanen ym. 20020, 23; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002, 5).

3 YKSITYINEN SAIRAUSKULUVAKUUTTAMINEN SUOMESSA

3.1 Yksityinen terveysvakuuttaminen Suomessa

Suomessa on tarjolla useita yksityisiä terveysvakuutuksia, joilla voi varautua terveydentilan muutoksen aiheuttamiin ylimääräisiin kustannuksiin. Turvaa voi saada esimerkiksi vakavan sairauden varalle otettavasta vakuutuksesta, sairaalavakuutuksesta, sairauskuluvakuutuksesta, yksityistapaturmavakuutuksesta tai urheiluvakuutuksesta. Näiden lisäksi ulkomailla tapahtuvan sairastumisen tai tapaturman varalta voi varautua matkustajavakuutuksella. (Jokela ym. 2013, 160–163, 179, 190, 193.)

Erilaiset terveysvakuutukset eroavat toisistaan etenkin korvauspiireiltään, mutta ne voivat sisältää myös päällekkäistä turvaa toisiinsa verrattuna. Sairauskuluvakuutus kattaa nimensä mukaisesti sairastumisesta aiheutuvia kuluja all risk -tyyppisesti, eli se korvaa kuluperusteisesti kaikkien sairauksien hoitokuluja, ellei niitä ole erikseen ehdoissa rajattu pois. Ainoastaan vakavan sairauden varalle otettava vakuutus puolestaan kattaa ainoastaan tietyt määritetyt sairaudet, kuten syövän, halvaantumisen tai sydänkohtauksen. Vakavan sairauden vakuutuksiin on tavallisesti liitetty kuolemantapaussumma, mitä sairauskuluvakuutuksiin ei tyypillisesti kuulu. Kuolemantapaussummasta voidaan maksaa vakuutetulle korvausta jo taudin toteamisvaiheessa, jolloin vakuutettu voi kattaa tällä korvauksella esimerkiksi ansionmenetyksiä sekä hoidosta aiheutuneita ylimääräisiä kuluja. (Jokela ym., 2013, 160–161, 163)

Tapaturmavakuutukset kattavat nimensä mukaisesti tapaturmaisesti aiheutuneiden vammojen kuluja. Yksityisiä tapaturmavakuutuksia on markkinoilla kahdenlaisia: vapaa-ajan sekä täysajan vakuutuksia. Vapaa-ajan tapaturmavakuutukset kattavat ainoastaan vapaa-ajalla sattuneet tapaturmat, kun täysajan tapaturmavakuutus kattaa myös työssä sattuvia tapaturmia. Tavallisesti tapaturmavakuutuksista on rajattu ulkopuolelle kilpaurheilussa tai siihen liittyvässä harjoittelussa tapahtuneet tapaturmat. Urheilutoiminnan varalle on mahdollista ottaa urheiluvakuutus, joka kattaa nimetyssä urheilutoiminnassa sattuneet tapaturmat, mutta ei korvaa vapaa-ajalla tai työssä sattuneita tapaturmia. Urheiluvakuutus, täysajan tapaturmavakuutus sekä vapaa-ajan tapaturmavakuutus sisältävät tavallisesti samat

korvauslajit: kuolemantapauskorvauksen, työkyvyttömyyskorvauksen, haittakorvauksen sekä hoitokulukorvauksen. (Jokela ym., 2013, 182–183, 190.) Kaikkia edellä mainittuja turvia ei ole kuitenkaan pakollista sisällyttää vakuutukseen, vaan vakuutettu voi valita itselleen riittävän turvan tason.

Terveysvakuuttamisen kentällä kaikkia sairauksia ja niiden riskejä korvaava sairauskuluvakuutus on suhteellisen uusi, mutta suosiotaan kasvattava vakuutustuote, joka on tullut vakituisemmin käyttöön vasta 1970-luvulla. Sairauskuluvakuutusten lailla myös vakavan sairauden varalle otettavien vakuutuksien määrä on nousussa. Yksityistapaturmavakuutuksia on puolestaan ollut myynnissä Suomen markkinoilla vuodesta 1888 saakka. Sairaalamaksuja korvaava sairaalavakuutus on kehitetty jo 1900-luvulla, mutta 2000-lukua lähestyessä on sen suosio hiljalleen hiipunut. (Jokela ym. 2013, 160–161, 163, 180.)

3.2 Yksityiset sairauskuluvakuutukset Suomessa

Sairastuminen itsessään on nähtävissä terveyden riskinä, mutta sairastuminen voi olla luonteeltaan myös taloudellinen riski. Sairastuminen voi johtaa työkyvyttömyyteen ja ansionmenetyksiin, ja sairauden tutkimisesta ja hoidosta aiheutuvat voivat nousta yllättävän korkeiksi etenkin sairauden ollessa vakava tai sen kroonistuessa. (Jokela ym., 2013, 52, 58) Vaikka itse sairauden välttäminen on usein mahdotonta, on sairauden mukanaan tuomiin taloudellisiin riskeihin kuitenkin mahdollista varautua yksityisen sairauskuluvakuutuksen avulla.

Yksityisten sairauskuluvakuutusten määrä Suomessa on ollut tasaisessa nousussa jo pidemmän aikaa. Vuonna 2021 jo 537 542 yksityishenkilöä oli hankkinut yksityisen aikuisten sairauskuluvakuutuksen, kun vuonna 2015 vastaava luku oli 477 390 (taulukko 1).

Taulukko 1. Sairauskuluvakuutukset Suomessa (mukailtu Finanssiala, 2021a)

	Lasten vakuutukset	Aikuisten vakuutukset/ vakuutuksenottajana yksityishenkilö	Aikuisten vakuutukset/ vakuutuksenottajana yritys
2009	398 439	327 763	98 359
2011	424 862	337 619	124 338
2013	438 421	363 365	171 007
2015	445 970	477 390	185 868
2017	450 165	490 222	219 187
2019	468 202	515 133	255 842
2021	466 003	537 542	260 745

Yksityisen sairauskuluvakuuttamisen markkinakehitystä on kirjallisuudessa pyritty selittämään usein eri tavoin (Tynkkynen, ym., 2018, 486). Lakisääteisen sairausvakuutuksen alhainen määrä sekä julkisten palveluiden huono saatavuus ovat johtaneet markkinaraon syntymiseen sairauskuluvakuutukselle (Tynkkynen ym. 2018, 486, 489). Yksityinen sairauskuluvakuutus toimii Suomessa usein vaihtoehtona julkiselle terveydenhuollolle, sillä sen avulla on mahdollista päästä yksityisen sektorin palveluiden piiriin vakuutuksen korvatessa osan kustannuksista. Ihmiset ovat myös enenevässä määrin valmiita kuluttamaan rahaa saadakseen tarvitsemiaan palveluita, mikä voi selittää myös vapaaehtoisten vakuutusten kysyntää (Tuorila, 2019; Viitattu Tynkkynen ym., 2018).

Finanssiala ry:n vuonna 2021 julkaisemassa Vakuutustutkimus 2020 -tutkimuksessa on kartoitettu suomalaisten riskitietoisuutta sekä käsityksiä yhteiskunnan tarjoamien palvelujen ja etuuksien riittävydestä taloudellisen hyvinvoinnin näkökulmasta riskitilanteen toteutuessa. 38 prosenttia kyselyyn vastanneista uskoi pitkäaikaisen sairauden uhkaavan paljon tai melko paljon omaa tai perheen taloudellista hyvinvointia, ja jopa 68 prosenttia uskoi, että yhteiskunnan tarjoamat palvelut riittävät melko vähän tai eivät lainkaan pitkäaikaisen sairastumisen tai tapaturmariskin toteutuessa. (Finanssiala, 2020.) Näistä tuloksista on mahdollista päätellä, että pelko sairastumisesta on todellinen monelle henkilölle, mutta usko yhteiskunnan mahdollisuuksiin huolehtia sairastumisesta aiheutuviin tappioihin on heikko. Yhteiskunnan tarjoamaa turvaa on mahdollista täydentää yksityisellä sairauskuluvakuutuksella tilanteessa, jossa julkisen sektorin toimivuus on epävarmaa, ja yksityisen sektorin hinnat ovat omaa maksuhalua ja -kykyä korkeammat (Tuorila, 2019, 32; viitattu Tynkkynen ym., 2018).

Muuttuneiden kulutustottumusten ja riskitietoisuuden lisäksi sairauskuluvakuutuksien kasvavan määrän taustalla on tunnistettu vaikuttavan myös vakuutuksen mahdollistama

nopeampi hoitoon pääsy sekä sen mahdollistama laajempi valinnanvapaus. Kuluttajien oletuksen yksityisen sektorin tarjoamasta paremmasta hoidon ja palvelun laadusta on todettu vaikuttavana kannustavasti yksityisen sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen. Kun nämä tekijät yhdistetään yleiseen epätyytyväisyyteen julkisen sektorin toimintaa kohtaan, voivat ne toimia kuluttajia sairauskuluvakuutusta kohti vetävinä tekijöinä. (Valtonen ym., 2014, 23–25.)

3.2.1 Kattavuus

Yksityinen sairauskuluvakuutus on vapaaehtoinen vakuutus, eli se on toissijainen lakisääteisiin vakuutuksiin nähden. Tällöin korvauksia vakuutuksesta voidaan maksaa ainoastaan, jos haetusta kulusta ei makseta korvausta lakisääteisestä vakuutuksesta. (Vakuutus- ja rahoitusneuvonta, 2021.) Kuluttajalla voi olla myös useampia vapaaehtoisia vakuutuksia, jotka korvaavat sairastumisesta aiheutuvia kuluja. Korvauksia samasta kulusta ei kuitenkaan voi tavallisesti hakea useammasta vakuutuksesta. Sairauskuluvakuutuksille on myös tyypillistä, että ne korvaavat ainoastaan Suomessa aiheutuvia hoitokuluja (Tuorila, 2019, 22; ks. esim. Pohjola Vakuutus Terveysvakuutusehdot; LähiTapiola terveystakuutusehdot; Fennia Terveysturvan vakuutusehdot).

Sairauskuluvakuutuksen kattavuudelle ja korvauspiirille ei ole Suomessa tarkasti määriteltyjä rajoja, mutta yhteisenä peruseriaatteena sairauskuluvakuutuksissa on korvata sairauksista aiheutuvia hoitokuluja all risk -tyyppisesti (Jokela, ym. 2013, 164). Yhtiöt voivat tarjota vakuutuksia valmiina kokonaisuuksina, tai asiakas voi rakentaa itselleen sopivan vakuutusratkaisun erilaisista tarjolla olevista turvan tasoista ja omavastuista. Näin asiakkaan on mahdollista vaikuttaa sekä vakuutuksen hintaan että turvan tasoon, sekä lisätä vakuutusturvaa sairauksien lisäksi myös esimerkiksi tapaturmaisten vammojen hoidon varalle. (Ylönen & Mäkelä, 2021, luku 5.) Yksityisellä sairauskuluvakuutuksella pyritään tavallisesti kattamaan yksityisten palveluntarjoajien perimiä korkeampia maksuja, sekä kattamaan lääkekuluja (ks. esim. OECD, 2019, 11; Sagan & Thomson, 2016, 48). Sairausvakuutuksen piirissä olevien yksityisten palvelujen lisäksi sairauskuluvakuutuksella on myös mahdollista kattaa julkisen terveydenhuollon maksuja, joita lakisääteinen sairausvakuutus ei korvaa (Mattila, 2006, 128).

Vaikka sairauskuluvakuutusten tarkemmat vakuutusehdot ja korvauspiirit ovat yhtiökohtaisia, on niistä kuitenkin tunnistettavissa yleisiä rajoitusehtoja, jotka toistuvat vakuutusehdoissa yhtiöistä riippumatta. Tyypillisesti sairauskuluvakuutuksista ei korvata esimerkiksi fysikaalista hoitoa. Fysikaalinen hoito on jätetty suurilta osin pois sairauskuluvakuutusten korvauspiiristä jo 1990-luvulla, sillä hoidon kasvu tällä sektorilla vaikutti olennaisesti vakuutusten kannattavuuteen (Ristola, 1995). Jokela ym. (2013, 167) ovat esittäneet fysikaalisen hoidon lisäksi seuraavia tyypillisiksi sairauskuluvakuutuksissa esiintyviksi rajoitusehdoiksi:

- Sairaus tai vamma, jonka vakuutettu on omalla toiminnallaan itselleen tietoisesti aiheuttanut
- Päihteiden, huumaavien aineiden tai lääkeaineiden väärinkäytöstä johtunut hoito
- Kilpaurheilussa tai siihen liittyvässä harjoittelussa syntyneet vammat ja sairaudet
- Normaaliin raskauteen, sen ehkäisyyn sekä synnyttämiseen liittyvät hoidot
- Terveystarkastukset
- Kuntouttava hoito
- Terapiahoito, kuten puhe- psyko- ja toimintaterapia
- Elämänlaatua parantavat lääkkeet
- Vitamiinit sekä hivenaineet, ravintovalmisteet
- Nikotiiniriippuvuuden hoito
- Yleiset vastuunrajoitusehdot, kuten sota tai ydintuho

Lisäksi ehdoissa on usein rajattu korvauspiirin ulkopuolelle ennaltaehkäisevä hoito, rokotukset, näöntarkastukset, ravintovalmisteet sekä sairaudesta aiheutuneet mahdolliset kodinhoitokustannukset sekä ansionmenetykset (Ylönen & Mäkelä, 2021, luku 5).

Sairauskuluvakuutuksesta ei myöskään tavallisesti makseta kuluja ilman korvauskattoa, vaan vakuutukselle on määritetty enimmäiskorvaussumma. Vakuutuksesta maksettava enimmäiskorvausmäärä kirjataan vakuutuskirjaan, ja sen suuruus riippuu sekä yhtiöstä että asiakkaan ja yhtiön välisestä vakuutussopimuksesta, joka on tehty yksilön ominaisuudet ja tarpeet huomioiden (Tuorila, 2019, 22). Useimmat sairauskuluvakuutukset sisältävät omavastuun, jolla pyritään hillitsemään muun muassa moraalikatoa (Lassila & Valkonen, 2009, 1) eli asiakkaan lisääntyntä riskikäyttäytymistä (Ahteensivu, 2021, 58) sekä pitämään vakuutusmaksut maltillisempina. Hoitokuluja korvataan sairauskuluvakuutuksesta siltä osin,

kun ne ylittävät vakuutus kirjassa määritellyn omavastuun. Tyypillisesti omavastuu on sairaus- eli vahinkokohtainen, hakukertakohtainen tai vuosittainen. Markkinoilla on ollut myös vakuutuksia, joissa omavastuuta ei ollut lainkaan, mutta nämä on hiljalleen jätetty pois niiden kannattamattomuuden vuoksi (Ristola, 1995).

3.2.2 Rahoitus ja vahinkosuhte

Vakuutusyhtiöiden olemassaolo ja toiminta pohjautuu perusajatukseen, jonka mukaan vakuutusyhtiön on pystyttävä turvaamaan vakuutussopimuksissa luvatut edut, ja maksamaan korvaukset, joihin vakuutettu on oikeutettu vahinkotapahtuman sattuessa (Ahteensivu, 2021, 22). Vakuutustoiminnan periaatteena on, että korvaustoiminta on pystyttävä kattamaan vakuutettujen joukolta kerätyillä vakuutusmaksuilla (Jokela ym., 2013, 19). Jotta vakuutetuille luvatut korvaukset on mahdollista maksaa, on vakuutusyhtiöiden vakuutusmaksutulon oltava riittävällä tasolla. Vuonna 2020 suomalaisten vahinkovakuutusyhtiöiden vakuutusmaksutulo sairausvakuutuksien osalta oli 429 414 000 euroa. Vuonna 2020 korvauksia sairausvakuutuksista maksettiin puolestaan 297 935 000 euroa (SVT, 2021). Vuonna 2019 vakuutusmaksutulo oli 391 331 000 euroa ja korvauksia maksettiin 312 182 000 euroa, ja neljä vuotta aiemmin vuonna 2016 vastaavat luvut olivat 371 342 euroa ja 281 960 000 euroa (SVT, 2020; SVT, 2017).

Vakuutusliiketoiminnan kannattavuuden kannalta on vakuutusmaksutulon määrän lisäksi tärkeää huomioida myös vakuuttamiseen liittyvät moraalikadon ja haitallisen valikoitumisen ilmiöt. Haitallisessa valikoitumisessa ne henkilöt, jotka odottavat kohdalleen enemmän sairauksia ja korkeampia hoitokuluja, valitsevat kattavamman vakuutuksen (Cutler & Zeckhauset, 1997, 1). Suomen mallissa tämä ajatus on johdettavissa siten, että terveemmät ja nuoremmat henkilöt luottavat kansallisen sairausvakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon toimintaan, kun taas korkeamman riskin omaavat tai iäkkäämmät henkilöt valitsevat vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen tuomaan lisäturvaa. Jos matalamman riskin omaavat henkilö, eli perusterveet ja nuoret henkilöt eivät hanki vakuutuksia, vaan sairauskuluvakuutuksia hankkivat ainoastaan korkeamman riskin henkilöt, muodostuu vakuutuspooli epäsuotuisaksi ja vakuutuksen hinnat alkavat nousemaan (Valtonen ym. 2014, 12; Tuorila, 2019, 32). Hintojen nouseminen taas lisää asiakaspoistumaa ja kiihdyttää ilmiötä entisestään. Suomessa laajan julkisen terveydenhuollon vuoksi sairauskuluvakuutus ei ole

pakollinen tai välttämätön, minkä vuoksi haitallisen valikoitumisen ilmiö on erityisen suuri ongelma kyseisessä vakuutuslajissa. (Tuorila, 2019, 32.)

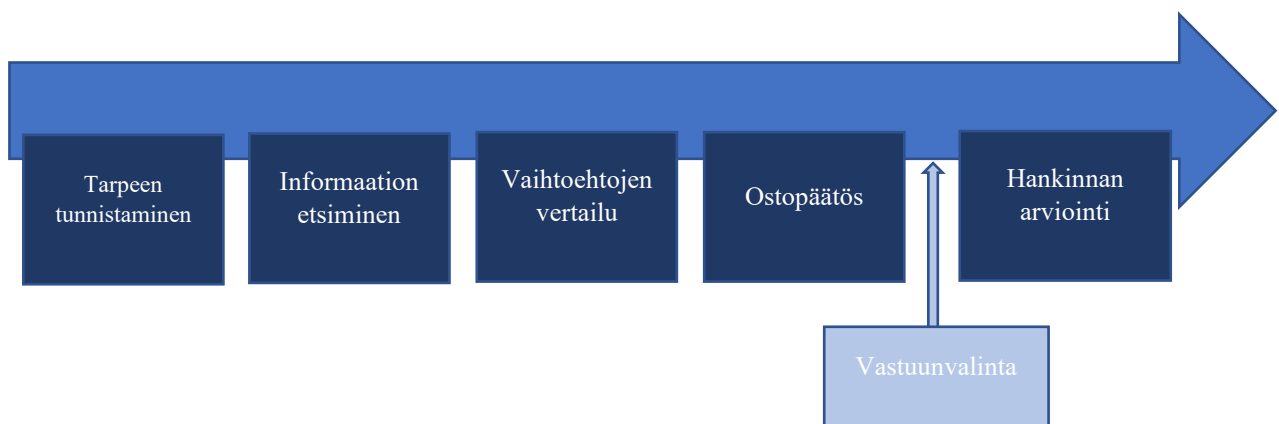
Haitallisen valikoitumiseen liittyy terveystakuuttamisessa läheisesti myös moraalikadon ilmiö, joka voidaan nähdä osittain myös haitallista valikoitumista edistävänä tekijänä. Moraalikato ilmenee vakuutustoiminnassa asiakkaiden lisääntyneenä riskikäyttäytymisenä. Tieto vakuutuksen tuomasta turvasta vaikuttaa vakuutetun käyttäytymiseen, ja voi lisätä riskinottamista sekä heikentää motivaatiota vakuutustapahtuman estämiseksi. (Ahteensivu, 2021, 58) Moraalikadon ilmetessä asiakkaan lääketieteellisten palveluiden käyttö ja niihin käytettävät summat suurenevat kattavamman vakuutuksen ja sen tarjoaman taloudellisen turvan myötä (Einav ym., 2013, 179). Vakuutus voi siis ajaa asiakasta käyttämään terveystaloudellisia todellista tarvetta enemmän, tai lisätä riskikäyttäytymistä, sillä taloudellinen rasite saadusta hoidosta ei jää itselle, vaan siirtyy vakuutuksen kautta vakuutusyhtiölle. Moraalikatoa pyritään hillitsemään pääsääntöisesti maksuvastuun jakamisella vakuutusyhtiön ja asiakkaan kesken (Einav ym., 2013, 179), toisin sanoen omavastuita käyttämällä.

Sairauskuluvakuutuksien kannattavuus riippuu osin myös vakuutuksen teknisestä muotoilusta. Omavastuuttomien sekä vakuutusyhtiön ja hoitolaitoksen välisen suoraveloituksen mahdollistavien vakuutusten kannattavuus on ollut erilaisista sairauskuluvakuutuksista heikointa, jopa tappiollista. Tappiota aiheuttavien vakuutustyyppien hinnoittelua nostettiin, minkä vuoksi niiden suosio laski huippuvuosista. Nykyään yleisimmissä sairauskuluvakuutuksissa on vakuutukseen rakennettu sairauskohtainen tai vuosittainen omavastuu. (Ristola, 1995.)

4 VAKUUTUSTUOTTEEN OSTOPROSESSI

4.1 Vakuutustuotteen ostoprosessi

Tuotteen ostoprosessin voidaan ajatella muodostuvan viidestä vaiheesta: tarpeen tunnistamisesta, informaation etsimisestä, vaihtoehtojen vertailusta, ostopäätöksestä sekä hankinnan arvioinnista (ks, esim. Kotler ym. 2016, 142; Ylikoski & Järvinen, 2011, 14). Vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen ostoprosessia tarkastellessa voidaan tähän perinteiseen viisiportaiseen malliin lisätä vielä yksi vaihe, joka kuvastaa vakuutusyhtiön tekemää vastuunvalintaa (kuvio 2).



Kuvio 2, Sairauskuluvakuutuksen ostoprosessin vaiheet (mukailtu Kotler ym., 2016, 142; Ylikoski & Järvinen, 2011, 42)

Maslow'n (1943) kehittämän tarvehierarkian mukaan ihmisellä on viisi tarvetta, jotka hän pyrkii elämässään täyttämään: fysiologiset tarpeet, turvallisuuden tarve, läheisyyden/kuuluvuuden tarve, arvostuksen tarve, ja itsensä toteuttamisen tarve (Taormina & Gao, 2013, 155). Sairauskuluvakuutuksia, kuten muitakin vapaaehtoisia vakuutuksia, hankitaan tyypillisesti riskin siirtämiseksi ja jakamiseksi vakuutusyhtiön kanssa, eli vakuutuksella tyydytetään tarvetta taloudelliseen turvallisuudentunteeseen. Toisaalta sairauskuluvakuutuksen hankkimalla ja vakuutuksen kautta terveyteen panostamalla voidaan myös osoittaa oman

toiminnan esimerkillisyyttä ja ihanteellisuutta, ja hakea näin arvostusta tai kunnioitusta sosiaalisissa ryhmissä.

Ostoprosessin ensimmäisen vaiheen, eli tarpeen tunnistamisen sairauskuluvakuutukselle, voi siis nähdä lähtevän jo ihmisluonteelle ominaisesta pyrkimyksestä luoda itselleen turvallinen ympäristö. Pelkkä inhimillinen tarve turvallisuudelle ei kuitenkaan usein itsestään riitä vakuutuksen hankkimiseksi, vaan lopullisen hankinnan tekemiseen tarvitaan selkeämpi impulssi, joka saa kuluttajan hankkimaan turvaa juuri vakuutuksen, eikä esimerkiksi säästämisen kautta. (Jokela ym. 2013. 77–78.)

Ostoprosessin toisessa ja kolmannessa vaiheessa, informaation etsimisessä ja vaihtoehtojen arvioinnissa, vakuutustuotteesta kiinnostunut kuluttaja etsii ja omaksuu lisää tietoa tuotteesta, jonka hankkimisesta hän on kiinnostunut (Kotler ym., 2012, 143). Tunnistettuaan tarpeen sairauskuluvakuutukselle voi kuluttaja aktiivisesti etsiä tietoa erilaisista vakuutusratkaisuksista ja vertailla eri tuotteita. Tämä voi tapahtua itsenäisesti esimerkiksi internetin tai ystävien kautta, tai kuluttaja voi olla suoraan yhteydessä vakuutuksia tarjoavaa yhtiöön. Kuluttaja voi omaksua informaatiota eri vakuutustuotteista myös passiivisesti esimerkiksi näkemällä yhtiön markkinointia ilman, että hän varsinaisesti tietoa etsisi.

Ostoprosessin neljännessä vaiheessa kuluttaja tekee ostopäätöksen. Ostopäätöksellä on kaksi mahdollista tulosta, jotka ovat seurausta aiemmin tehdystä informaation etsimisestä ja vaihtoehtojen vertailusta. Kuluttaja voi päätyä ostamaan tuotteen, tai hän voi perääntyä ostoprosessista ja alkaa esimerkiksi säästämään sairastumisen ja sen tuoman elämänmuutoksen varalta vakuutuksen hankkimisen sijaan. Vakuutustuotteen kohdalla päätös vakuutuksen hankkiminen ei kuitenkaan ole yksin kuluttajan päätettävissä, vaan vakuutus on juridisesti sitova sopimus, joka sitoo sekä vakuutuksen hankkijaa että sen myöntänyttä yhtiötä. (Jokela, ym. 2013, 19.) Vakuutusyhtiöiden on mahdollista harjoittaa vastuunvalintaa, ja pätevästä syystä kieltäytyä vakuutussopimuksen tekemisestä ja vakuutuksen myöntämisestä. Tämä johtaa toisinaan tilanteeseen, jossa vakuutusta hakevalle kuluttajalle ei vakuutusta myönnetä, ja ostoprosessi päättyy kuluttajan päätöksenteosta riippumattomaan vakuutusyhtiön asiakasvalintaan.

Ostoprosessi kulminoituu vakuutuksen ostamiseen ja vakuutussopimuksen syntymiseen, kun kuluttaja on tehnyt päätöksen ostaa vakuutuksen, ja vakuutusyhtiö on vakuutuksen myöntänyt. Vakuutukset ovat tuotteita, mutta lisäksi vakuutus on myös sopimus. Vakuutustuotteen ostaessaan kuluttaja ei saa itselleen fyysistä tuotetta, vaan sopimuksen ja lupauksen

vakuutuksen tuomasta turvasta, joka usein konkretisoituu korvauksen muodossa vasta vahinkotapahtuman sattuessa ja riskin toteutuessa. (Jokela, ym., 2013, 412; Paljakka, 2017, 4, 11.) Tämän vuoksi ostoprosessin viidennen vaiheen, hankinnan arvioinnin, merkitys korostuu vakuutustuotteen ostoprosessia tarkastellessa. Vakuutuksen hankkiminen tarkoittaa usein pitkäaikaiseen sopimukseen ja asiakkaan ja yhtiön väliseen kumppanuuteen sitoutumista. Tämä voi aiheuttaa tuotteen ostaneessa kuluttajassa epävarmuutta, sillä sitoutumisen lisäksi hankinta on voinut olla taloudellisesti merkittävä. Vakuutustuotetta ostaessa itse asiakaskohtaaminen voi olla hyvinkin lyhyt, mutta siitä syntynyt sopimus voi kestää pitkään, ja koko tämän ajan kuluttaja arvioi ostamansa tuotteen piirteitä ja sitä, tyydyttääkö se tarpeet, joita tyydyttämään se hankittiin. (Ylikoski & Järvinen, 2011, 50.)

Koska vakuutustuotteen ostoprosessissa konkreettinen tuote ei vaihda ostajaa kuluttajan tehdessä ostopäätöksen, on asiakkuuden hoitamisella ostotapahtuman jälkeen korostunut merkitys. Ostoprosessin viimeinen vaihe, ostetun tuotteen arviointi, tapahtuu usein vasta siinä vaiheessa, kun asiakkaan riski toteutuu ja hän käyttää vakuutustaan. Vakuutuksen arvo kulminoituu usein korvausprosessin toimintaan sekä siihen, kuinka hyvin saatu korvaus vastaa toteutuneen vakuutustapahtuman mukanaan tuomaa menetystä (Paljakka, 2017, 11).

Ostoprosesseja on kuitenkin yhtä monia, kuin on kuluttajiakin. Ostoprosessi ei aina etene virtaviivaisesti, ja koko ostoprosessiin vaikuttaa palvelun ominaisuuksien lisäksi kuluttajan henkilökohtaiset ominaisuudet ja psykologiset prosessit sekä ympäristön vaikutukset (Ylikoski & Järvinen, 2011, 36). Tuotekehityksen edistäminen tai markkinointiviestinnän kohdistaminen yksilöllisesti jokaisen kuluttajan henkilökohtaiset ominaisuudet huomioiden ei kuitenkaan ole usein kannattavaa tai mahdollista. Tämän vuoksi vakuutusyhtiöt ryhmittelevät kuluttajia heidän ominaisuuksiensa perusteella segmentteihin.

Demografiset eli väestötieteelliset tekijät, kuten ikä, sukupuoli ja ammatti, ovat yleisiä tapoja segmentoida kuluttajia heidän ominaisuuksiensa perusteella (Kotler ym. 2014, 189). Lisäksi segmentointi voi perustua myös maantieteellisen sijaintiin tai psykologisiin tekijöihin, kuten elämäntilanteeseen (Salo, 10, 2007). Demografioihin perustuvaa segmentointi on suosituin tapa luokitella kuluttajia ryhmiin, sillä kuluttajien tarpeet riippuvat demografisista tekijöistä, ja demografiset tekijät ovat muita ominaisuuksia helpommin mitattavissa ja määriteltävissä. Segmentointi mahdollistaa kohderyhmän tavoittamisen tehokkaammin, jolloin myös heidän tarpeisiinsa on helpompi vastata oikealla markkinoinnilla sekä segmentin tarpeisiin vastaavilla tuotteilla. (Kotler ym. 2014, 189.)

4.2 Vastuunvalinta osana sairauskuluvakuutuksen ostoprosessia

Useiden muiden tuotteiden ja palveluiden ostoprosesseista poiketen vapaaehtoisten sairauskuluvakuutusten ostoprosessiin liittyy kuusi vaihetta, kun vakuutusyhtiöiden harjoittama vastuunvalinta huomioidaan osana ostoprosessia. Vapaaehtoisia vakuutuksia koskee sopimusvapaus, eli vakuutusyhtiöillä ei ole lailla säädettyä velvollisuutta myöntää vakuutusta sitä hakevalle. Tämä johtaa siihen, että vaikka kuluttaja olisi tehnyt päätöksen vakuutustuotteen ostamisesta, voi vakuutusyhtiö vielä kieltäytyä vakuutuksen myöntämisestä ja keskeyttää ostoprosessin. Sopimusvapaudesta huolimatta on vakuutuksen myöntämisestä kieltäytymisen syyntä oltava sekä lain että hyvän vakuutustavan mukainen (Vakuutus- ja rahoitusneuvonta, 2021), ja se tulee antaa kirjallisesti, ellei kyseessä ole epäily rahanpesusta tai terrorismin rahoittamisesta (Vakuutuslakia 1994, 2:6a).

Hyvän vakuutustavan mukaisissa yleisissä vastuunvalintaperiaatteissa on kielletty vakuutettujen eriarvoinen kohtelu esimerkiksi iän tai vammaisuuden perusteella. Sairauskuluvakuuttaminen kuitenkin perustuu terveyden riskien vakuuttamiseen, jolloin vakuutettava riski on vahvasti riippuvainen henkilön terveydentilasta sekä iästä. Tämän vuoksi sairauskuluvakuuttamisessa on mahdollista käyttää terveydentilaan liittyviä tietoja sekä ikää vastuunvalinnan välineinä. (Finanssiala, 2021.b. Vastuunvalinnalla pyritään arvioimaan riskin, eli sairastumisen, toteutumisen todennäköisyyttä ja tämän kautta arvioimaan millaisia riskejä vakuutusyhtiön on mahdollista ottaa kannettavakseen asiakkaan kohdalla.

Sairauskuluvakuuttamisessa käytetään riskin kartoittamisessa ja riskinvalinnan tekemisen välineenä käytetään usein terveysseivytystä (Jokela ym., 2013, 272–273, 277). Vakuutusta hakevaa asiakasta pyydetään täyttämään terveysseivitys, jossa tiedustellaan hänen terveyshistoriaansa sekä nykyistä terveydentilaansa. Terveysseivityksestä saatujen tietojen perusteella on mahdollista lisätä vakuutukseen henkilökohtaisia rajoitusehtoja, peria korkeampia vakuutusmaksuja tai kieltäytyä vakuutuksen myöntämisestä kokonaan vakuutetun terveydentilaan ja ikään perustuen (Finanssiala, 2021b). Rajoitusehdoilla on mahdollista rajata vakuutuksen korvauspiiristä ulos sellaisia sairauksia, joita asiakas on sairastanut tai sairastaa jo vakuutusta hankkiessaan. Myös esimerkiksi iästä johtuvaan korkeampaan sairastumisen riskiin on mahdollista varautua korotetuilla vakuutusmaksuilla sekä kieltäytymällä myöntämästä vakuutuksista tietyn iän ylittäneille henkilöille.

Vastuun- ja riskinvalinnalla on siis toisaalta mahdollista ehkäistä vakuutusyhtiön epäsuotuisaa vahinkokehitystä ja haitallista valikoitumista, mutta toisaalta vastuunvalinnalla voidaan estää myös asiakasta tekemästä itselleen epäsuotuisaa ja kannattamatonta sopimusta. Jos asiakkaan terveysselvityksessä antamien tietojen perusteella vakuutukseen tulisi yli neljä rajoitusehtoa, vakuutusta ei tyypillisesti saateta voimaan (Ristola, 1995). Jos vakuutus saatettaisiin voimaan usealla laajalla rajoitusehdolla ja korkealla vakuutusmaksulla, on mahdollista, että vakuutus ei olisi asiakkaan kannalta enää kannattava korvauspiirin jäädessä kapeaksi suhteessa maksettuihin maksuihin.

5 TULOKSET

5.1 Aineiston kerääminen, käsittely ja analysointi

Tutkimuksen empiirinen osuus muodostuu aineistonkeruun esittelemisestä, ja siitä saadun aineiston käsittelystä ja analysoinnista sekä tutkimukselle asetettujen hypoteesien testaamisesta. Empiirinen aineisto tälle tutkimukselle kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella suomalaisen vakuutusyhtiön asiakkailta, joilla oli voimassa oleva sairauskuluvakuutus tutkimuksen hetkellä. Yhtiön tarjoama sairausvakuutustuote sisältää turvaa ainoastaan sairauksien varalle jättäen vakuutuspiirin ulkopuolelle tapaturmaiset vammat. Yhtiön sairauskuluvakuutuksen hankkiminen edellyttää terveystarkastuksen täyttämistä, minkä perusteella tehdään päätös vakuutuksen myöntämisestä ja määritetään kunkin asiakkaan henkilökohtaiset rajoitusehdot.

Tutkimus empiirisen aineiston keräämiseksi toteutettiin strukturoituna kyselylomaketutkimuksena. Kyselytutkimus aineistonkeruumenetelmänä mahdollistaa laajan vastaajajoukon tavoittamisen taloudellisesti sekä aikaa säästäten (Heikkilä, 2014, 17). Kysely suoritettiin internet-kyselynä, missä kyselylomake lähetettiin vastaajille sähköisiä kanavia käyttäen, mistä johtuen tutkija sekä vastaaja olleet toisiinsa kontaktissa. Tämä mahdollisti vastaajien ja vastauksien anonymiteetin, mikä tutkimuksen arkaluontoisen aiheen vuoksi oli erityisen tärkeää huomioida.

Kyselylomake oli rakennettu Google Forms -ohjelmaan. Google Forms valikoitui käytettäväksi ohjelmaksi, sillä se oli tutkijalle tuttu ohjelma, mikä helpotti ohjelmiston tarkoituksenmukaista käyttämistä. Google Forms ei edellytä vastaajalta kirjautumista tai tunnistautumista, eikä anna vastausten vastaanottajalle mahdollisuutta ottaa yhteyttä vastaajiin jälkikäteen, mikä vahvisti tutkimuksen anonymiteettiä.

Koska kyselylomake lähetettiin tutkimuksen kohderyhmälle itsenäisesti täytettäväksi, oli tutkimuksen onnistumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää, että lomake oli toteutettu selkeästi ja tarkoituksenmukaisesti. Kysymykset rakennettiin niin, että tulkinnanvaraisuus jäisi mahdollisimman vähäiseksi. Monitulkintaiset kysymykset ja sanavalinnat voivat herkästi vääristää tuloksia vastaajan henkilökohtaisen tulkinnan perusteella, ja vaikuttaa näin saatavien tuloksien luotettavuuteen (Kananen, 2008, 25). Väärinymmärryksiä pyrittiin tutkimuksessa

minimoimaan myös läpi kyselyn mukana kulkevalla, vastaajalle osoitetulla kirjallisella ohjeistuksella.

Ennen kyselylomakkeen lähettämistä testattiin sen toimivuutta testivastaajilla. Testivastaajat edustivat eri ikäryhmiä, kuten lopullisen tutkimuksen kohderyhmä. Testivastaajien vakuutustausta ja -kokemus myös poikkesivat toisistaan. Testikyselyn tarkoituksena oli testata lomakkeen ymmärrettävyyttä ja tarkoituksenmukaisuutta, ja kyselylomaketta muokattiin testivastaajilta saadun palautteen perusteella. Koska kyselytutkimus osoitettiin suoraan valitun vakuutusyhtiön asiakkaille, hyväksyttiin kyselylomake sekä mukaan liitettävä saatekirje myös vakuutusyhtiön yhteyshenkilöillä.

Kyselylomakkeen ja saatekirjeen hyväksynnän jälkeen ne lähetettiin joulukuussa 2021 vastaajille suojattua sähköpostiyhteyttä käyttäen. Vastaajat poimittiin keskinäisen suomalaisen vakuutusyhtiön asiakasrekisteristä. Vastaajia poimittiin satunnaisotannalla viidestä ikäryhmästä yhteensä 324 kappaletta. Yli 60-vuotiaita ja myös muut asetetut ehdot täyttäviä vastaajia oli ainoastaan 44 kappaletta, joten kysely lähetettiin jokaiselle tätä ikäryhmää edustavalle henkilölle. Muissa ikäryhmissä poimittiin satunnaisesti yhteensä 70 henkilöä ikäryhmää kohden. Vastausaikaa kyselylle oli kaksi viikkoa, ja tänä aikana kyselykutsun saaneita muistutettiin kerran kyselyyn vastaamisesta.

Alkuperäinen kutsu tai muistutusviesti ei tavoittanut yhteensä seitsemää vastaajaa, vaan sähköpostikutsu palautui tutkijalle. Kahden viikon aikana kyselykutsun saaneista kertyi vastaajia yhteensä 44 kappaletta. Ikäryhmittäin vastaajia kertyi seuraavasti: seitsemän 20–30 -vuotiasta, yhdeksän 31–40 -vuotiasta, kaksitoista 41–50 -vuotiasta, neljätoista 51–60 -vuotiasta sekä kaksi yli 60-vuotiasta.

Kyselystä saatua aineistoa käsiteltiin Microsoft Exceliä sekä SPSS-ohjelmistoa hyödyntäen. Kyselyllä saadut vastaukset koodattiin SPSS-ohjelmaan, mitä käyttäen oli mahdollista ristiintaulukoida vastauksia, tutkia riippuvuuksia ja frekvenssejä sekä lopuksi testata tutkimuksen hypoteeseja. Microsoft Excelin avulla oli puolestaan mahdollista rakentaa yksinkertaisempia, esimerkiksi vastaajamäärien jakaumaa, selittäviä kuvaajia.

5.2 Aineiston analyysi

Kyselytutkimukseen vastasi kahden viikon aikana kaikkiaan 44 henkilöä (N=324), eli 13,5 prosenttia kaikista tutkimuskutsun saaneista. Vastanneista henkilöistä 59,1 prosenttia oli naisia ja 40,1 prosenttia miehiä. Vastaajista 15,9 prosenttia oli 20–30 -vuotiaita, 20,5 prosenttia 31–40 -vuotiaita, 27,3 prosenttia 41–50 -vuotiaita, 31,8 prosenttia 51–60 -vuotiaita ja 4,5 prosenttia yli 60-vuotiaita (taulukko 2). Koska yli 60-vuotiaiden vastaajien määrä jäi alhaiseksi, on heidän vastauksensa jätetty huomiotta analyyseissa, ellei toisin mainita. Kaikki vastaukset eivät myöskään olleet pakollisia, joten osassa kysymyksistä vastaajamäärä eroaa kaikkien kyselyyn vastanneiden määrästä.

Taukukko 2. Vastaajien jakauma ikäryhmittäin

Ikä	Määrä	Prosentuaalinen osuus
20 - 30	7	15,9
31 - 40	9	20,5
41 - 50	12	27,3
51 - 60	14	31,8
yli 60	2	4,5
Yhteensä	44	100

Vastaajista 84,1 prosenttia oli kyselyyn vastaamisen hetkellä työterveyshuollon piirissä. Tynkkynen ym. (2017, 490, 491) totesivat tutkimuksessaan kattavan työterveydenhuollon vaikuttavan negatiivisesti sairauskuluvakuuttamisen tarpeeseen, mutta tämän tutkimuksen vastaajissa ei työterveyshuollon piiriin kuulumattomien henkilöiden määrä korostunut.

Vastausten perusteella aiemman vakuutustaustan voidaan nähdä vaikuttavan aikuisen sairauskuluvakuutuksen hankkimisen todennäköisyyteen. Vastaajista 40,9 prosenttia kertoi olleensa lapsuudessaan vakuutettu yksityisellä sairauskuluvakuutuksella (liite 3). Heistä 72,8 prosenttia vastasi lapsuuden vakuutustausta vaikuttaneen jonkin verran tai erittäin paljon myös aikuisen sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen. (liite 4). Puolestaan oman tai lähipiiriin kuuluvan henkilön terveydentilan muutos ei näytä vaikuttavan olennaisesti tai toimivan impulssina vakuutuksen hankkimiselle (liite 2 kuviot 4 ja 5).

Kyselyssä tiedusteltiin vastaajien asenteita julkisen terveydenhuollon toiminnassa tunnistettuihin ongelmiin, sekä niiden vaikutukseen liittyen päätökseen hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus. 73,8 prosenttia vastaajista kertoi huolen terveydenhuollon saatavuudesta julkisella sektorilla vaikuttaneen vähintään jonkin verran sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen (liite 7). Huoli julkisen sektorin pitkistä jonotusajoista korostui etenkin 51–60 -vuotiaiden ikäryhmässä. Heistä 50 prosenttia kertoi julkisen sektorin jonojen vaikuttaneen päätökseen hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus erittäin paljon, kun kaikkien ikäryhmien kesken vastaava luku oli 35,7 prosenttia (liite 8).

Julkisen terveydenhuollon ongelmien lisäksi kyselyssä kartoitettiin vastaajien mielipiteitä yksityisiä palveluntarjoajia kohtaan. Yksityisen sektorin tarjoamaa laajemman terveystalvelujen tarjonnan näki merkitykselliseksi vakuutusta hankkiessa 61,9 prosenttia vastaajista. Ikäryhmien vastauksissa oli kuitenkin havaittavissa hajontaa. Vastaajista eniten painoarvoa laajalle tarjonnalle antoivat 20–30 -vuotiaat, joista 42,9 prosenttia vastasi laajemman palveluntarjonnan vaikuttaneen päätökseensä erittäin paljon, kun 41–50 -vuotiaista ainoastaan 8,3 prosenttia ja 51–60 -vuotiaista 7,1 prosenttia vastasi samoin (liite 9). Vakuutuksen mahdollistama laajempi valinnanvapaus terveystalveluntarjoajan suhteen vaikutti kaikkien ikäryhmien kesken jonkin verran tai erittäin paljon 76,2 prosentissa vastauksista. Suurimman merkityksen valinnanvapaudelle antoivat 31–40 -vuotiaat (liite 10).

Kyselyssä pyrittiin myös selvittämään, näkevätkö vastaajat julkisen sektorin hoidon laadun heikompana suhteessa yksityisen sektorin tarjontaan, tai vaikuttaako hoidon laatu eri toimijoilla päätökseen hankkia sairauskuluvakuutus. 59,5 prosenttia vastasi huolen hoidon laadusta julkisella sektorilla vaikuttaneen päätökseen hankkia yksityinen sairausvakuutus jonkin verran tai erittäin paljon. (liite 11). Valtonen ym, (2014, 23) ovat todenneet sairauskuluvakuutuksia hankittavan yksityisen sektorin oletetusti paremman palvelunlaadun vuoksi. Yksityisen sektorin laadun ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa nähty juurikaan vaikuttaneen vakuutuksen hankkimiseen, vaan suurin osa vastaajista koki sen neutraalina, tai vaikuttaneen vain jonkin verran (liite 12).

Kotlerin ym. (2014, 143–144) mukaan tehokkaimmat informaatiota etsivään kuluttajaan vaikuttavat keinot ovat henkilökohtaisia. Kaupalliset lähteet, kuten mainokset, tarjoavat kuluttajalle informaatiota, mutta henkilökohtaiset informaationlähteet oikeuttavat ja auttavat kuluttajaa tuotteen arvioinnissa. Henkilökohtaisten lähteiden merkitys on tunnistettu merkittäväksi etenkin nuorien, nopeatahtisten kuluttajien keskuudessa, mutta sillä on

painoarvoa kaikissa ikäryhmissä. Tästä tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella sairauskuluvakuutusta ei kuitenkaan suurimmassa osassa tapauksista hankittu läheisen ihmisen suosituksen perusteella. Ystävän tai perheenjäsenen suositus vaikutti positiivisesti ainoastaan 19 prosentissa vastauksista, ja suurimman painoarvon sille antoi 41–50 -vuotiaat (liite 13). Lähes puolet vastaajista kertoi myös, että vakuutusyhtiön edustajan suositus ei vaikuttanut lainkaan hänen päätökseensä hankkia sairauskuluvakuutus (liite 14).

Myöskään vakuutusten ominaisuuksilla ei ollut suurta painoarvoa vastaajille vakuutusta hankkiessa. Vakuutuksen hinnan ei nähty vaikuttavan missään ikäryhmässä erittäin paljoa, ja jonkin verran se vaikutti ainoastaan 19 prosentille vastaajista. Suurin osa vastaajista näki hinnan merkityksen olevan neutraali päättäessä vakuutuksen hankkimisesta (liite 15) Vakuutuksen kattavuudella oli vastauksissa hieman hintaa suurempi painoarvo – vastaajista 45,2 prosenttia näki vakuutuksen kattavuuden vaikuttaneen ainakin jonkin verran päätökseen hankkia sairauskuluvakuutus. (liite 16) Noin neljännes vastaajista näki sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen vaikuttaneen ainakin jonkin verran sen, että vakuutuksen hankkiminen nousi esiin toista vakuutusta hankkiessa (liite 17).

Kun kahden yli 60-vuotiaan vastaajan vastaukset jätettiin huomioimatta, 42:sta analysoitavasta vastauksesta neljä henkilöä ilmoitti elämänmuutoksen vaikuttaneen vakuutuksen hankkimiseen. Kyselyssä vastaajille annettiin mahdollisuus tarkentaa tapahtunutta elämänmuutosta avoimella vastauksella. Avoimissa vastauksissa nousi esiin etenkin perheenisäyksen tuomat muutokset. Äitiys ja lapsen saaminen nousi esiin kahdessa 31–40 -vuotiaiden vastauksissa, kun muissa ikäryhmissä vastaavia huomioita ei noussut esiin. Yli 60-vuotiaiden avoimet vastaukset huomioidessa eläkkeelle jääminen ja sen mukanaan tuoma elämäntilanteen muutos oli nostettu esille vakuutuksen hankkimiseen johtaneena tekijänä.

Kyselylomakkeen toisessa avoimessa kysymyksessä kysyttiin todennäköisintä uhkaa, johon vastaaja on pyrkinyt vakuutuksen hankkimalla varautumaan. Avoimia vastauksia tähän kysymykseen tuli yhteensä 21, tasaisesti kaikkien ikäryhmien välille jakautuen. Varautuminen krooniseen tai vakavaan sairauteen vakuutuksen avulla nousi esille kaikissa ikäluokissa 51–60 -vuotiaiden vastauksissa korostui etenkin syövän ja ikääntymisen mukanaan tuomien sairauksien riski, kun nuorempien ikäluokkien vastauksissa riski sairastumiselle nähtiin enemmän yleisellä tasolla yhden sairauden sijaan. 51–60 -vuotiaiden kohdalla nousi esiin myös uhka ikääntymisen mukana tulevista sairauksista. Vastaajista kuitenkin vain 9,5 prosenttia

ilmoitti huolen omasta terveydentilasta vaikuttaneen erittäin paljon vakuutuksen hankkimisen taustalla (liite 18).

Vakavan ja pitkäkestoisen sairastumisen lisäksi kaikissa ikäluokissa nähtiin vakuutuksen tuovan turvaa tilanteessa, jossa tarve hoidolle on akuutti. Avoimet vastaukset ovat linjassa myös mielipidekysymyksistä saatujen vastausten kanssa, joissa ilmeni etenkin huoli hoidon saatavuudesta ja julkisen sektorin jonoista vaikuttaneen sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen. Hoitoon pääsemiseen liittyviä uhkia kuvailtiin avoimissa vastauksissa esimerkiksi seuraavasti:

”Vaikea sairastuminen johon haluan saada mahdollisimman pian hoitoa”, Mies, Pirkanmaa

”Oma sairastumiseen varautuminen, koska julkinen ei välttämättä pysty tarjota hoitoa riittävän nopeasti tai monipuolisesti”, Nainen, Etelä-Pohjanmaa

”Nopea hoidon saanti ja pääsy tarvittaessa erikoislääkärille nopeasti”, Nainen, Varsinais-Suomi

”Yksityislääkärin vastaanotolle ei tarvitse juurikaan jonottaa”, Nainen, Varsinais-Suomi

”Jos sairastun vakavasti, tiedän pääseväni nopeasti hoitoon”, Mies, Etelä-Karjala

”Ongelma julkisen sektorin palveluissa”, Nainen, Satakunta

”Akuutti sairastuminen ja terveyskeskukseen ei pääse”, Nainen, Varsinais-Suomi

Lisäksi avoimissa vastauksissa nousi esille yksittäisiä huomioita liittyen lääkkeiden korkeisiin hintoihin, tulojen putoamiseen sairastumisen seurauksena sekä kasvaneisiin terveydenhuollon menoihin.

5.3 Hypoteesien testaaminen

Tutkielman hypoteesit on asetettu testaamaan tutkittavien muuttujien välisiä riippuvuussuhteita. Vastaajan ikäryhmä on riippumaton eli selittävä muuttuja, jonka vaikutusta selitettäviin muuttujiin, eli vakuutuksen hankkimiseen johtaneisiin tekijöihin, tutkitaan. Testattava aineisto on kerätty tutkimuksen empiirisessä vaiheessa kyselytutkimuksella. Kyselylomakkeen kahta vapaaehtoista kysymystä vertailtiin ainoastaan kysymykseen vastanneiden kesken, eikä tyhjiä vastauksia otettu huomioon.

Tutkimuksen testattavaksi hypoteesiksi on asetettu seuraava:

$H_0 =$ Iällä ei ole merkitystä sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen johtaneissa tekijöissä

$H_1 =$ Iällä on merkitystä sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen johtavissa tekijöissä

Tilastollisen testaamisen perusteella on mahdollista arvioida, kuinka luotettavasti otoksesta saadut havainnot ovat yleistettävissä koskemaan koko perusjoukkoa (Heikkilä, 2014, 181). Tätä yleistettävyyttä mitataan tilastollisessa tutkimuksessa merkitsevyyden eli p-arvon avulla. P-arvo kertoo, kuinka suuri riski on, että tutkimuksessa löydetty riippuvuus johtuu sattumasta. Jos p-arvo on $> 0,05$, ei muuttujien välillä voida osoittaa olevan tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta. (Heikkilä, 2014, 184–185.)

Tulosten analysoinnissa painotus oli eri ikäryhmien antamien vastausten vertailussa. Analysoinnissa tarkasteltiin kahta muuttujaa: ikäryhmää sekä vakuutuksen hankkimisen syytä ja näiden välistä yhteyttä. Kahden muuttujan välistä riippuvuutta voidaan tutkia esimerkiksi korrelaatiokertoimien, ristiintaulukoinnin sekä ryhmittäisten keskiarvojen avulla. Pienissä ryhmäkoissa tilastollinen testaaminen suoritetaan ei-parametrisilla testeillä. Kahden muuttujan välisiä ei-parametrisia testejä ovat esimerkiksi Khiin neliö -testi, Mann Whitney U -testi sekä Kruskal-Wallis-testi. (Heikkilä, 2014, 192, 217)

Analysointivaiheessa vastaukset ristiintaulukoitiin SPSS-ohjelmistoa hyödyntäen. Ristiintaulukoinnin yhteydessä suoritettiin myös Khiin neliö -testi. Koska tutkimuksen otoskoko oli pieni, ilmeni analysoidessa, että Khiin neliö eli χ^2 -testin avulla ei ole mahdollista testata tuloksien tilastollista merkitsevyyttä tai hypoteeseja. Khiin neliö -testi edellyttää, että korkeintaan 20 prosenttia odotetuista frekvensseistä on pienempiä kuin viisi, ja jokaisen odotetun solufrekvenssin on oltava suurempia kuin 1 (Heikkilä, 2014, 201). Nämä edellytykset eivät täytyneet, joten χ^2 -testi tilastollisena testausmenetelmä hylättiin analysointivaiheessa.

Ensimmäisen testausmenetelmän soveltumattomuuden toteamisen jälkeen hypoteeseja testattiin Kruskal-Wallis-testiä hyödyntäen, sillä se soveltuu pienen aineiston sekä mielipideasteikollisten tulosten testaamiseen. Kruskal-Wallis-testi suoritettiin SPSS-ohjelmistossa, ja kaikki väittämät analysoitiin samanaikaisesti eri ikäryhmät huomioiden. Analysoinnin jälkeen 0-hypoteesi jäi voimaan 15 väittämän kohdalla 0,05 merkitsevyydellä arvoin 0,792, 0,618, 0,584, 0,580, 0,696, 0,205, 0,604, 0,453, 0,600, 0,836, 0,190, 0,273, 0,861, 0,756, 0,894 (liite 18). Väittämien ”olen aina ollut vakuutettu lapsen tai aikuisen

sairauskuluvakuutuksella” sekä ”Vaikuttiko elämänmuutos päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus” merkitsevyysasteet olivat 0,002 ja 0,047. Koska arvot ovat alle 0,05 astui näiden väittämien kohdalla voimaan H_1 .

Kaikkien väittämien tilastollisen testaamisen jälkeen voi sanoa, että iän ja vakuutuksen hankkimiseen johtavien tekijöiden välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta. Näin ollen H_1 hylättiin, ja H_0 jätettiin voimaan.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO

6.1 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen ja yhteenveto

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, mitkä tekijät vaikuttavat yksilön päätökseen hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, eroavatko nämä tekijät eri ikäryhmissä, ja mikä merkitys julkisen terveydenhuollon toiminnassa esiintyvillä epäkohdilla on sairauskuluvakuutuksen tarpeelle. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, jonka empiirinen osuus suoritettiin strukturoituna kyselytutkimuksena suomalaisen vakuutusyhtiön asiakkaille. Kyselytutkimus muodostui kolmesta osuudesta, joista viimeisessä kartoitettiin vastaajien mielipiteitä sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen vaikuttaneisiin tekijöihin liittyen. Kyselylomake oli rakennettu aiemmassa tutkimuksessa ja teorioissa tunnistettuihin sairauskuluvakuutuksen suosion syihin pohjautuen.

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä selvitettiin, mitkä tekijät vaikuttavat kuluttajan päätökseen hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus. Kaikkia ikäryhmiä tarkastellessa suurin merkitys (vaikutti erittäin paljon tai vaikutti jonkin verran) sairauskuluvakuutusta hankkiessa oli vakuutuksen tarjoama laajempi valinnanvapaus terveystarjoajaa valitessa, sekä huoli terveydenhuollon saatavuudesta julkisella sektorilla. Tulosten perusteella vähiten merkityksellinen impulssi sairauskuluvakuutuksen hankkimiselle on ollut oman tai läheisen henkilön terveydentilan muutos. Lisäksi vakuutusyhtiön edustajan tai läheisen henkilön suosituksella ei kaikkia ikäryhmiä tarkastellessa ollut suurta painoarvoa vakuutuksen hankkimiseen liittyvässä päätöksenteossa, vaikka toisen ihmisen suosituksen on aiemmassa tutkimuksessa todettu vaikuttavan etenkin nuorien, vähemmän sitoutuneiden kuluttajien päätöksentekoon ostoprosessissa (Kotler ym. 2014, 143–144.)

Valtonen ym. (2014, 25) totesivat tutkimuksessaan, että kuluttajan terveydentilan ei ole havaittu selittävän vakuutus päätöstä. Tämä näkyi myös tämän tutkimuksen vastauksissa, joissa huoli omasta terveydentilasta oli vaikuttanut erittäin paljon ainoastaan 9,5 (liite 18) prosentille myös tämän tutkimuksen vastaajista. Avoimien vastauksien perusteella kuitenkin mahdollista olettaa, että varautuminen vakavan tai kroonisen sairauden varalle on merkittävä motivoiva tekijä vakuutusta hankkiessa. Sairauden uhkan ei kuitenkaan mahdollisesti ajatella liittyvän suoraan

terveyteen, vaan riskiksi koetaan enemmän ympäristön valmiudet vastata sairastumiseen ja tarjota riittävää hoitoa. Terveyttä ei vakuutuksellakaan voi taata, mutta hoitomahdollisuuksia ja taloudellista turvaa hoitokulujen suhteen sillä on mahdollista lisätä.

Toisessa tutkimuskysymyksessä selvitettiin lakisääteisen terveydenhuollon sekä sen toiminnassa havaittujen puutteiden ja epäkohtien merkitystä sairauskuluvakuutuksen hankkineelle asiakkaalle. Tutkielman luvussa 2 käsiteltiin julkista terveydenhuoltoa sekä sitä täydentävien työterveyshuollon, yksityisen sektorin sekä kolmannen sektorin toimintaa Suomessa. Julkinen terveydenhuolto on Suomessa sekä kattava että edullinen asiakasmaksuiltaan. Siitä huolimatta järjestelmässä on huomattu puutteita etenkin hoidon saatavuudessa ja saavutettavuudessa, ja pitkät jonot tutkimuksiin ja toimenpiteisiin sekä alueellinen epätasa-arvo ovat tiedostettuja ongelmia julkisen sektorin toiminnassa. Nämä tunnistetut ongelmat nousivat esiin myös tämän tutkimuksen empiirisissä tuloksissa – huoli hoidon saatavuudesta sekä pitkät jonotusajat julkisella sektorilla korostuivat vastauksissa merkittävimpinä vakuutuksen hankkimisen taustalla vaikuttaneina tekijöinä vakuutuksen mahdollistaman laajemman valinnanvapauden rinnalla.

Ongelmat julkisella sektorilla voivat houkuttaa kuluttajia kääntymään yksityisten hoitolaitosten puoleen, mutta yksityisen sektorin verrattain korkeat hinnat sekä lakisääteisen sairausvakuutuksen vähäisyys tekevät yksityisen sektorin palvelujen käyttämisestä taloudellisesti haastavaa suurelle osalle kuluttajista. Yksityinen sairauskuluvakuutus kuitenkin mahdollistaa sairauden tutkimus- ja hoitokuluista syntyvien kulujen jakamisen asiakkaan sekä vakuutusyhtiön kesken. Tämä mahdollistaa yksityisen sektorin tarjoamien palveluiden käyttämisen useammalle kuluttajalle, kuin se olisi mahdollista kaikkien kulujen jäädessä yksin kuluttajan vastuulle. On siis mahdollista olettaa, että julkisen terveydenhuollon epäkohdat toimivat motivaattoreina yksityisen sairauskuluvakuutuksen hankkimiselle, ja vakuutuksen tarjoamalla laajemmalla valinnanvapaudella terveystarjoajan suhteen voidaan pyrkiä vähentämään näiden havaittujen epäkohtien vaikutusta omaan elämään ja terveyteen.

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä selvitettiin, miten ikä vaikuttaa sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen taustalla vaikuttaneisiin tekijöihin. Vastauksia vertaillen ikäryhmittäin sekä avoimia vastauksia tarkastellessa voitiin huomata, että osassa väittämistä vastaukset olivat jakautuneet hieman eri tavoin eri ikäryhmien kesken. Hypoteesien testaaminen Kruskal-Wallis-testiä hyödyntäen kuitenkin tuotti tuloksen, jossa H_1 hylättiin, ja H_0 jäi voimaan. Näin ollen tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella ei voida todistaa, että iän ja

sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen vaikuttavien tekijöiden välillä olisi tilastollisesti merkittävää riippuvuutta.

6.2 Tutkimuksen arviointia ja jatkotutkimusehdotuksia

Tutkimuksen onnistumista on mahdollista mitata arvioimalla tutkimuksen reliabiliteettia eli luotettavuutta ja validiteettia eli pätevyyttä. Reliabiliteetti mittaa tutkimuksen luotettavuutta, eli sitä, kuinka tarkat ja paikkaansa pitävät tutkimuksesta saadut tulokset ovat. Validiteetilla puolestaan mitataan sitä, kuinka hyvin tutkimus on vastannut niihin kysymyksiin, joihin sen on ollut tarkoitus vastata. (Heikkilä, 2014, 27–28).

Tutkimuksen validiteetin säilyttämiseksi kyselylomake sekä sen väittämät ja kysymykset pyrittiin rakentamaan mahdollisimman yksinkertaisiksi ja neutraaleiksi, jotta monitulkintaisuuden mahdollisuus pienenisi eivätkä kysymykset eivät johdattelisi vastaajaa aiheuttaen tuloksiin systemaattisia virheitä. Kyselylomakkeeseen lisättiin myös ohjaavia kommentteja, joilla pyrittiin varmistamaan vastaajan ymmärrys tutkimuslomakkeen eri osioiden merkityksestä sekä tarkoituksesta. Valmis kyselylomake testattiin testijoukolla, joiden tehtävän oli arvioida lomakkeen rakennetta, sisältöä sekä kysymyksien asettelua. Testijoukko koostui yhdeksästä eri ikäisestä sekä eri taustaisesta henkilöstä. Testijoukkoa voidaan pitää riittävän suurena, jotta lomake oli mahdollista todeta toimivaksi (Heikkilä, 2014, 58). Kyselyyn kutsutut henkilöt edustivat tasaisesti jokaista ikäryhmää, keille kyseistä vakuutusta myönnetään. Voidaan siis sanoa, että valittu otanta edusti perusjoukkoa, mikä vähentää vinouman mahdollisuutta tuloksissa.

Kaikkiaan kyselytutkimukseen vastasi 44 henkilöä, mikä on 13,6 prosenttia kaikista kutsun saaneista (n=324). Kato, eli tutkimukseen kutsuttujen, mutta vastaamatta jättäneiden henkilöiden (Heikkilä, 2014, 28) määrä oli näin ollen suuri tämän tutkimuksen kohdalla. Tutkija sai kyselyn aikana yhteydenottoja liittyen tutkimuksen ja kyselyn aitouteen ja luotettavuuteen liittyen kyselyyn vastaamaan kutsutuilta henkilöiltä. Yhteydenotot koskivat pääosin tutkimuksen aitoutta, viestin avaamisen turvallisuutta sekä viestin lähettäjän luotettavuutta. Kalasteluviestit, eli viestit, joilla pyritään hankkimaan vastaanottajan käyttäjätunnuksia, pankkitietoja tai muuta henkilökohtaista informaatiota ovat yleisimpiä huijaustapoja. Kalasteluviestit näyttävät tyypillisesti aidon lähteen, kuten vakuutusyhtiön tai pankin lähettämältä viestiltä, mutta ovat todellisesti toisen lähettäjän tekemiä. Kalasteluviestit pyytävät

vastaanottajaa tyypillisesti avaamaan viestissä olevan linkin tai liitetiedoston, jonka avaamalla vastaanottajan tietoihin voidaan päästä käsiksi. Yleinen ohjeistus on, että sähköpostitse saapuvia linkkejä tai liitetiedostoja ei tulisi avata, ja viestin lähettäjään tulisi olla yhteydessä, jos sen alkuperästä ei voi varmistua. (Europol, 2018, tietojenkalasteluviestit.) Onkin mahdollista, että kuluttajien lisääntynyt varovaisuus internetissä on vähentänyt uskallusta vastata sähköpostitse tuleviin kyselyihin, kun viestin lähettäjä ja alkuperä on vastaanottajalle tuntematon, mikä on voinut vaikuttaa vastaajakatoon tämän tutkimuksen kohdalla. Heikko vastausprosentti voi osin johtua myös kyselytutkimuksen suorittamisen ajankohdasta, sillä tieteellisessä yhteisössä on todettu ajankohdan vaikuttavan yksityishenkilöiden intoon osallistua tutkimuksiin.

Tutkimukseen vastanneista henkilöistä 59,1 prosenttia oli naisia, ja 40,9 prosenttia miehiä, joten tutkimuksen voidaan nähdä tavoittaneen molemmat sukupuolet lähes tasavertaisesti. Tutkimuksen ikäjakaumaa puolestaan voidaan pitää heikkona, sillä yli 60-vuotiaista vastaajista kyselyllä tavoitettiin ainoastaan 2 vastaajaa, eli noin 4,5 prosenttia kaikista vastanneista, ja alle 30-vuotiaita vastaajia oli ainoastaan 7 eli 15,9 vastaajista. Yli 60-vuotiaiden vastaajien vähäisyyden vuoksi oli heidät jätettävä tutkimuksen vertailevan vaiheen ulkopuolelle, eikä tämän ikäluokan vastauksista näin ollen saatu tuloksia. Yli 60-vuotiaiden alhaiseen vastaajamäärään on osaltaan vaikuttanut se, että tutkimusasetelman kannalta mahdollisia vastaajia oli ainoastaan 44, kun muissa ikäryhmissä vastaava luku oli 70. Myös kyselyn jakelun sähköpostin välityksellä voidaan nähdä vaikuttaneen ikäjakaumaan, sillä nuoremmat ihmiset ovat usein aktiivisempia internetin käyttäjiä, joten sähköpostitse lähetetty on tavoittanut heidät suuremmalla todennäköisyydellä.

Pieniä ryhmäkokoja tutkittaessa on huomioitava, että erot vastauksissa voivat olla sattumanvaraisia. Vertailevassa tutkimuksessa otoskoon tulisi olla noin 200–300 vastaajaa, ja jokaisen tutkittavan ryhmän tulisi olla vähintään 30 tilastoyksikköä. (Heikkilä, 2014, 43.) Tässä tutkimuksessa tutkittavien ryhmien koot vaihtelivat (2)7–14 vastaajan välillä, mikä vaikuttaa väistämättä tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen. Tutkimuksessa pyrittiin erityisesti selvittämään iän ja sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen johtavien tekijöiden välistä riippuvuussuhdetta, joten sekä kokonaisuutena että ikäryhmittäin vähäiseksi jääneen vastaajamäärään voidaan nähdä heikentäneen tutkimuksen reliabiliteettia sekä yleistettävyyttä koskemaan laajempaa joukkoa.

Tutkimusta voidaan pitää kuitenkin osin onnistuneena, sillä tutkimusongelmiin onnistuttiin vastaamaan kerätyn aineiston perusteella. Tuloksia tarkastellessa on kuitenkin huomioitava, että pienessä aineistossa satunnaisvaihtelun merkitys tuloksille voi olla suurta, joten tämän tutkimuksen vastaukset eivät ole luotettavasti yleistettävissä koskemaan laajempaa perusjoukkoa.

Jatkossa aihetta olisi mielenkiintoista tutkia laajemmalla otannalla ja aineistolla, jotta satunnaisvaihtelun merkitys vastauksissa saataisiin minimoitua ja vastaukset olisivat paremmin yleistettävissä koko perusjoukkoon. Aiheeseen liittyen vertailevaa tutkimusta voisi tehdä myös toisistaan poikkeavien vakuutus tuotteiden välillä. Kvantitatiivista tutkimusta voisi olla avartavaa täydentää myös kvalitatiivisella tutkimuksella, joka mahdollistaa vakuutuksen hankkimiseen johtaneiden syiden selvittämisen syvemmin sekä henkilökohtaisemmin (Heikkilä, 2014, 15). Tämän tutkimuksen aihetta voisi olla antoisaa tutkia myös päinvastaisesta näkökulmasta: miksi kuluttajat jättävät yksityisen sairauskulu-vakuutuksen hankkimatta? Tätä tutkielmaa varten kerätyistä vastauksista ja niistä saadusta aineistosta oli tämän tutkielman puitteissa mahdollista käsitellä vain pieni osuus. Kerätty ja käyttämättä jäänyt laaja aineisto mahdollistaisi aiheen tutkimisen jatkossa myös muiden demografisten tekijöiden sekä taustamuuttujien valossa erilaisia tilastollisia menetelmiä hyödyntäen.

LÄHTEET

Kirjallisuuslähteet

Ahteensivu, A. 2021. Alkoholin merkitys myötävaikutustekijänä vakuutuskorvausten määräytymisessä. Akateeminen väitöskirja. Johtamisen ja talouden tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Airio, I. 2017. Sairausvakuutus. Teoksessa: Havakka, P., Niemelä, M. & Uusitalo, H. (toim.) 2017. Sosiaalivakuutus. FINVA. 127–153

Cutler, D. & Zeckhauser, R. 1997. Adverse selection in health insurance. NBER Working paper series. Working paper 6107. Massachusetts.

Devaux, M. & de Looper, M. 2012. Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. OECD Health Working Papers No. 58.

Einav, L., Finkelstein, A., Ryan, S., Schrimpf, P. & Cullen M. R. 2013. Selection on Moral Hazard in Health Insurance. *The American economic review*, 103(1): 178–219.

Finanssiala. 2021. Vakuutusvuosi 2020. Vakuutusyhtiöiden tuloksatsaus. Finanssiala ry, Helsinki.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Helsinki, Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, 9. 2015. Tutki ja kirjoita. 20.p. Tammi.

Jokela, T., Lammi, V & Lohi, I. 2013. Vapaaehtoinen henkilövakuutus. 6. painos. Helsinki: Finanssi- ja vakuutuskustannus

Kalimo, E., Airinen, S. & Klaukka, T. 1997. Julkisten ja yksityisten terveystalvelujen käyttö ja kustannukset Suomessa teoksessa ”Seminaari Julkinen sairaanhoitovakuutus”. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia nro 22, Helsinki.

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Koivunen, A. 2019. Vapaaehtoisen sairauskuluvakuuttamisen nykytilanne ja tulevaisuuden skenaariot. Tampereen yliopisto. Johtamisen ja talouden tiedekunta.

Kotler, P ym. 2016. Principles of marketing. Scandinavian edition. Harlow, England: Pearson.

Laamanen, E., Ala-Kauhaluoma, M. & Nouko-Juvonen, S. 2002. Kuntien ja kolmannen sektorin projektityhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa: kokemuksia ja kehittämisajatuksia. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Lassila & Valkonen. 2009. Sosiaalitulit ja moraalikato. Keskusteluaiheita No. 1181. Elinkeinoelämän tutkimuslaitos.

- Mattila, Y. 2006. Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat ”yhteisestä pohjasta eri poluille”. Topsis – Sosiaalivakuutuksen ammatillinen lisensiaattitutkimus. Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos.
- Nieminen, J. 2019. Vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset lakisäteisen sairausvakuutusturvan ja julkisen terveydenhuollon täydentäjinä. Tampereen yliopisto. Johtamisen ja talouden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.
- OECD. 2019. Suomi: Maan terveystilanne 2019. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels.
- Rantala, J & Kivisaari, E. 2020. Vakuutusoppi. 13. uudistettu painos. Helsinki: FINVA
- Paljakk, V. 2017. Vakuutus sopimuksena ja tuotteena. Helsingin yliopisto. Oikeustieteellinen tiedekunta. OTM-tutkielma.
- Ristola, P. 1995. Yksityiset sairauskuluvakuutukset. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Helsinki, Finland. 111(17), 1716–1717.
- Saarni, S. & Vuorenkoski, L. 2003. Terveydenhuollon säännöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Helsinki, Finland. 119(10):993–1000.
- Sagan, S. & Thomson, S. 2016. Voluntary health insurance in Europe: Country experience. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series, No. 42.
- Salminen, A. & Lahtinen, S. 1982. Hallintotiede ja vertaileva tutkimus. Vaasan korkeakoulun julkaisuja.
- Salo, H. 2007. Ikääntyvät vakuutusmaksajajat ja vakuutuspalveluiden tulevaisuus. Tampereen yliopisto. Oikeustieteiden laitos, vakuutustiede. Pro gradu -tutkielma.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi, Julkisen terveydenhuollon, yksityisen ja kolmannen sektorin työnjako ja yhteistyö – osaprojekti KT 4. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilöraportteja. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Terveydenhuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2. Helsinki.
- Taormina, R. & Gao, J. 2013. Maslow and the Motivation Hierarchy: Measuring satisfaction of the Needs. The American journal of psychology. University of Illinois Press. Vol. 126, Issue 2. 155–177.
- Tuorila, H. 2019. Aikuisten vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset suomalaisilla terveysturvaajilla. Kilpailu- ja kuluttajavirasto.
- Tynkkynen L-K., Alexandersen, N., Kaarbøe, O., Anell, A., Lehto, J. & Vrangbaek, K. 2018. Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. Health Policy 122, Issue 5. Sivut 485–492.
- Valtonen, H., Kempers, J. & Karttunen, A. 2014. Supplementary health insurance in Finland. Consumer preferences and behaviour. Working papers 65/2014. Kela.

Ylikoski, T & Järvinen, R. 2011. Asiakkaan kokema arvo kilpailutekijänä finanssialalla. Helsinki: Finanssi- ja vakuutuskustannus.

Ylönen, M. & Mäkelä, J. 2021. Opas aikuisten sairauskuluvakuuttamisesta. FINE. (17.10.2021)

Internetlähteet

Europol. 2018, päivitetty 09.12.2021. Cyber scams infographic in Finnish, tietojenkalasteluviestit. (03.02.2022) Saatavissa: https://www.europol.europa.eu/sites/default/files/documents/fi_0.pdf

EU-terveydenhoito A. 27.07.2021. Hoidon kustannukset julkisessa terveydenhuollossa. (11.10.2021) Saatavissa: <https://www.eu-terveydenhoito.fi/mita-itse-maksat/hoidon-kustannukset-suomessa/hoidon-kustannukset-julkisessa-terveydenhuollossa/>

EU-terveydenhoito B. 01.03.2021. Terveydenhuoltojärjestelmä Suomessa. (21.11.2021) Saatavissa: <https://www.eu-terveydenhoito.fi/hoitoon-ulkomailta-suomeen/terveydenhuoltojarjestelma-suomessa/>

EU-terveydenhoito. 2019a. Hoidon kustannukset ja korvaukset Suomessa. (02.02.2022). Saatavissa: <https://www.eu-terveydenhoito.fi/mita-itse-maksat/hoidon-kustannukset-suomessa/>

EU-terveydenhoito. 2019b. Yksityisen terveydenhuollon hintaeroja. (02.02.2022). Saatavissa: <https://www.eu-terveydenhoito.fi/mita-itse-maksat/hoidon-kustannukset-suomessa/yksityisen-terveydenhuollon-hintatietoja/>

Fennia. 2021. Terveyden turvan vakuutusehdot, voimassa 1.1.2021 alkaen. (27.12.2021). Saatavissa: <https://www.fennia.fi/terveyden-turvan-vakuutusehdot>

Finanssiala. 2021a. Tilasto sairauskuluvakuutuksista 2009–2021. Saatavissa: <https://www.finanssiala.fi/wp-content/uploads/2021/10/FA-tilasto-sairauskuluvakuutus-2009-062021.pdf>

Finanssiala. 2021b. Hyvä vakuutustapa ja vakuutustoiminnan yleiset periaatteet. (16.12.2021) Saatavissa: <https://www.finanssiala.fi/aiheet/hyva-vakuutustapa-ja-vakuutustoiminnan-yleiset-periaatteet/#1>

Finanssiala. 2020. Vakuutustutkimus 2020. (20.11.2021) Saatavissa: <https://www.finanssiala.fi/julkaisut/vakuutustutkimus-2020/>

LähiTapiola. n.d. Sairauskuluvakuutus. (27.12.2021) Saatavissa: https://www.lahitapiola.fi/henkilovakuutukset-ja-elake/henkilovakuutukset/sairauskuluvakuutus?s_kwcid=AL!6461!3!!!x!!&gclid=Cj0KCQiA5aWOBhDMARIsAIXLlkfrQJZ2C0QVfv7b2lVjAbrHnoSFcLK8xtkVWeXNRgSZrLvi55X157UaAkhIEALw_wcB

Pohjola Vakuutus. 2021. Sinun ja läheistesi vakuutukset, Mittaturvan vakuutusehdot 1.4.2021. (27.12.2021). Saatavissa:

<https://www.op.fi/tac?did=Hehen0000001197&cs=9d27eb2870eced260fcb237f5c24e3685f6a2bbc001a4837cfd0724f7d7f2ce>

Sosiaali- ja terveysministeriö A. n.d. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. (21.11.2021) Saatavilla: <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>

Sosiaali- ja terveysministeriö B. n.d. Terveyspalvelut. (11.10.2021) Saatavilla: <https://stm.fi/terveyspalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö C. n.d. Suomen sosiaaliturvajärjestelmä. (11.10.2021) Saatavissa: <https://stm.fi/suomen-sosiaaliturvajarjestelma>

Sosiaali- ja terveysministeriö D. n.d. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. (11.10.2021) Saatavilla: <https://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut>

Sote-uudistus. 2021a. Hallituksen esitys sote-uudistuksesta ja sen lainsäädäntö hyväksyttiin eduskunnassa. (Luettu 20.11.2021) Saatavissa: <https://soteuudistus.fi/-/1271139/hallituksen-esitys-sote-uudistuksesta-ja-sen-lainsaadanto-hyvaksyttiin-eduskunnassa>

Sote-uudistus. 2021b. Mikä sote-uudistus? (20.11.2021) Saatavissa: <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->

Sote-uudistus. 2021c. Yleisiä kysymyksiä ja vastauksia sote-uudistuksesta. (20.11.2021) Saatavissa: <https://soteuudistus.fi/yleisia-kysymyksia-ja-vastauksia-sote-uudistuksesta>

Suomen lääkäriliitto. n.d. Yksityinen ja julkinen terveydenhuolto. (08.12.2021) Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-etiikka/laakari-potilas-ja-kolmas-osapuoli/yksityinen-ja-julkinen-terveydenhuolto/>

Suomen virallinen tilasto. 2017. Vahinkovakuutusyhtiöiden vakuutusluokkakohtaiset tiedot 2016. Korjattu 22.3.2018. Helsinki: Tilastokeskus. (27.01.2022) Saatavissa: https://www.stat.fi/til/vato/2016/vato_2016_2017-11-17_tau_004_fi.html

Suomen virallinen tilasto. 2020. Vahinkovakuutusyhtiöiden vakuutusluokkakohtaiset tiedot 2019. Helsinki: Tilastokeskus. (27.01.2022). Saatavissa: https://www.stat.fi/til/vato/2020/vato_2020_2021-10-28_tau_004_fi.html

Suomen virallinen tilasto. 2021. Vahinkovakuutusyhtiöiden vakuutusluokkakohtaiset tiedot 2020. Helsinki: Tilastokeskus. (22.01.2022) Saatavissa: https://www.stat.fi/til/vato/2020/vato_2020_2021-10-28_tau_004_fi.html

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. n.d. Hyvinvointi- ja terveyserot. (Luettu 05.12.2021) Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/tavoitteet>

Työelämätiето. 2020, päivitetty 15.03.2021. Työterveyslaitos. (27.12.2021) Saatavissa: <https://tyoelamatiето.fi/fi/dashboards/ohs-costs-and-coverage>

Tyosuojelu.fi. 19.04.2021. Työterveyshuolto. (21.11.2021) Saatavissa: <https://www.tyosuojelu.fi/tyoterveys-ja-tapaturmat/tyoterveyshuolto>

Työterveyslaitos. n.d. Työterveyshuolto. (21.11.2021) Saatavissa: <https://www.ttl.fi/teemat/tyoterveys/tyoterveyshuolto>

Oikeudelliset lähteet

Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Terveystieteiden tutkimuslaki 30.12.2010/1326

Työterveyshuoltolaki 21.21.2001/1383

Vakuutusopimuslaki 28.6.1994/543

LIITTEET

LIITE 1

Kyselytutkimus sairauskuluvakuuttamisesta

Ikä:

20–30 vuotta

31–40 vuotta

41–50 vuotta

51–60 vuotta

60+ vuotta

Taustakysymykset:

Tähdellä merkittyihin kysymyksiin vastaaminen on pakollista. Valitse annetuista vaihtoehdoista se, minkä koet sopivan parhaiten omaan tilanteeseesi.

Sukupuoli *

Nainen

Mies

Muu

En halua kertoa

Asuinpaikka *

Ahvenanmaa

Etelä-Karjala

Etelä-Pohjanmaa

Etelä-Savo

Kainuu

Kanta-Häme

Keski-Pohjanmaa

Keski-Suomi

Kymenlaakso

- Lappi
- Pirkanmaa
- Pohjanmaa
- Pohjois-Karjala
- Pohjois-Pohjanmaa
- Pohjois-Savo
- Päijät-Häme
- Satakunta
- Uusimaa
- Varsinais-Suomi

Koulutustaso *

- Peruskoulu
- Lukio/ammattikoulu
- Ammattikorkeakoulu
- Yliopisto

Mikä seuraavista kuvaa parhaiten elämäntilannettasi tällä hetkellä? *

- Opiskelija
- Palkkatyössä
- Yrittäjä
- Eläkeläinen
- Työtön

Mikä seuraavista kuvaa siviilisäätystäsi parhaiten? *

- Yksinasuva
- Avoliitto
- Avioliitto/rekisteröity parisuhde
- Eronnut
- Leski

Onko sinulla lapsia? *

Kyllä

Ei

Oletko työterveyshuollon piirissä? *

Kyllä

En

Vakuutustaustaa kartoittavat kysymykset

Montako vuotta sinulla on yhteensä ollut yksityinen sairauskuluvakuutus tässä tai muissa yhtiöissä? *

Alle vuoden

1–3 vuotta

4–5 vuotta

5–10 vuotta

10–20 vuotta

Yli 20 vuotta

Onko sinulla aikuisen sairauskuluvakuutuksen lisäksi myös muita vapaaehtoisia henkilövakuutuksia? Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon. *

Kyllä, tapaturmavakuutus

Kyllä, matkustajavakuutus

Minulla ei ole muita vapaaehtoisia henkilövakuutuksia

Oletko ollut lapsuudessasi vakuutettuna yksityisellä sairauskuluvakuutuksella? *

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

Oletko harkinnut irtisanovasi yksityisen sairauskuluvakuutuksesi viimeisen kahden vuoden aikana? *

Kyllä

En

Kysymykset sairauskuluvakuutuksesta

Seuraavana sinulle esitetään väittämiä liittyen päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus. Vastaa kysymyksiin mahdollisimman totuudenmukaisesti. Luethan alla olevat ohjeistukset ennen seuraaviin kysymyksiin vastaamista.

VASTAUSVAIHTOEHTOJEN SELITYKSET:

Vaihtoehto 1 tarkoittaa, että esitetty väittämä ei vaikuttanut lainkaan päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus.

Vaihtoehto 2 tarkoittaa, että esitetty väittämä ei juurikaan vaikuttanut päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus.

Vaihtoehto 3 tarkoittaa, että suhtautumisesi esitettyyn väittämään on neutraali.

Vaihtoehto 4 tarkoittaa, että esitetty väittämä vaikutti päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus jonkin verran.

Vaihtoehto 5 tarkoittaa, että esitetty väittämä vaikutti päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus erittäin paljon.

Voit valita minkä tahansa vaihtoehdon asteikolla 1–5 sen mukaan, mikä kuvastaa eniten omaan mielipidettäsi. Väittämiin vastaaminen on pakollista, ellei sitä erikseen mainita.

Vaikuttiko oman terveydentilasi muutos päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko sinulle läheisen henkilön terveydentilan muutos päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko huoli omasta terveydentilastasi päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko huoli terveydenhuollon laadusta julkisella sektorilla päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko huoli terveydenhuollon saatavuudesta julkisella sektorilla päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko huoli kasvavista terveydenhoitokuluista päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttivatko julkisen sektorin hoitojonot päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko yksityisen sektorin laajempi terveyspalvelujen tarjonta päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko vakuutuksen mahdollistama laajempi valinnanvapaus päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko hoidon laatu yksityisellä sektorilla päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko vakuutusyhtiön edustajan suositus päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko ystävän tai perheenjäsenen suositus päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko vakuutuksen hinta päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko vakuutuksen kattavuus päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jos hankki sairauskuluvakuutuksen samalla, kun päivitit muuta vakuutusturvaa, vaikuttiko tämä prosessi sairauskuluvakuutuksen hankkimiseen? Jos ostit sairauskuluvakuutuksen irrallaan muista vakuutustuotteista, voit jättää vastaamatta tähän kysymykseen.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jos olet aina ollut vakuutettu sairauskuluvakuutuksella, arvioi kuinka paljon se vaikutti päätökseesi hankkia aikuisen sairauskuluvakuutus. Jos et ole ollut, tai et tiedä olleesi vakuutettuna sairauskuluvakuutuksella lapsena, voit jättää vastaamatta tähän kysymykseen.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaikuttiko elämänmuutos päätökseesi hankkia yksityinen sairauskuluvakuutus? *

Kyllä

Ei

Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, voit halutessasi eritellä elämäntilanteesi muutoksen tässä:

Mikä on todennäköisin uhka, mihin olet varautunut ottamalla yksityisen sairauskuluvakuutuksen?

LIITE 2

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Oman terveydentilan muutos is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,792	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Läheisen terveydentilan muutos is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,618	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Huoli omasta terveydestä is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,584	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Huoli hoidon laadusta julkisella sektorilla is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,580	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Huoli terveydenhuollon saatavuudesta julkisella sektorilla is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,696	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Huoli kasvavista terveydenhoitokuluista is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,205	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of Jonot julkisella sektorilla is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,604	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of Laajempi terveyspalvelujen tarjonta yksityisellä sektorilla is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,453	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of Laajempi vapaus valita terveyspalvelun tarjoaja is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,600	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of Hoidon laatu yksityisellä sektorilla is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,836	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of Vakuutusyhtiön edustaja suositteli sairauskuluvakuutusta is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,190	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of Ystävä/perheenjäsen suositteli sairauskuluvakuutusta is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,273	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of Vakuutuksen hinta is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,861	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of Vakuutuksen kattavuus is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,756	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of Sairauskuluvakuutus nousi esille toista vakuutusta hankkiessa is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,894	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of Olen aina ollu vakuutettu lapsen tai aikuisen sairauskuluvakuutuksella is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,002	Reject the null hypothesis.
17	The distribution of Elämänmuutos is the same across categories of Ikäryhmä.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,047	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.

LIITE 3

Ikäryhmä * Oletko ollut lapsuudessasi vakuutettu yksityisellä sairauskuluvakuutuksella? Crosstabulation

		Oletko ollut lapsuudessasi vakuutettu yksityisellä sairauskuluvakuutuksella?			Total	
		"Kyllä"	"Ei"	"En osaa sanoa"		
Ikäryhmä	"20-30 vuotta"	Count	4	2	1	7
		% within Ikäryhmä	57,1%	28,6%	14,3%	100,0%
	"31-40 vuotta"	Count	5	3	1	9
		% within Ikäryhmä	55,6%	33,3%	11,1%	100,0%
	"41-50 vuotta"	Count	3	6	3	12
		% within Ikäryhmä	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	"51-60 vuotta"	Count	5	9	0	14
		% within Ikäryhmä	35,7%	64,3%	0,0%	100,0%
	"yli 60 vuotta"	Count	1	1	0	2
		% within Ikäryhmä	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
Total		Count	18	21	5	44
		% within Ikäryhmä	40,9%	47,7%	11,4%	100,0%

LIITE 4

Olen aina ollu vakuutettu lapsen tai aikuisen sairauskuluvakuutuksella * Oletko ollut lapsuudessasi vakuutettu yksityisellä sairauskuluvakuutuksella? Crosstabulation

		Oletko ollut lapsuudessasi vakuutettu yksityisellä sairauskuluvakuutuksella?			Total	
		"Kyllä"	"Ei"	"En osaa sanoa"		
Olen aina ollu vakuutettu lapsen tai aikuisen sairauskuluvakuutuksella	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	1	7	0	8
		% within Oletko ollut lapsuudessasi vakuutettu yksityisellä sairauskuluvakuutuksella ?	9,1%	53,8%	0,0%	30,8%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	1	1	0	2
		% within Oletko ollut lapsuudessasi vakuutettu yksityisellä sairauskuluvakuutuksella ?	9,1%	7,7%	0,0%	7,7%
	"Neutraali"	Count	1	2	2	5
		% within Oletko ollut lapsuudessasi vakuutettu yksityisellä sairauskuluvakuutuksella ?	9,1%	15,4%	100,0%	19,2%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	3	2	0	5
		% within Oletko ollut lapsuudessasi vakuutettu yksityisellä sairauskuluvakuutuksella ?	27,3%	15,4%	0,0%	19,2%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	5	1	0	6
		% within Oletko ollut lapsuudessasi vakuutettu yksityisellä sairauskuluvakuutuksella ?	45,5%	7,7%	0,0%	23,1%
Total		Count	11	13	2	26
		% within Oletko ollut lapsuudessasi vakuutettu yksityisellä sairauskuluvakuutuksella ?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

LIITE 5

Oman terveydentilan muutos * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				Total
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	
Oman terveydentilan muutos	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	5	6	9	8	28
		% within Ikäryhmä	71,4%	66,7%	75,0%	57,1%	66,7%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	0	1	1	2	4
		% within Ikäryhmä	0,0%	11,1%	8,3%	14,3%	9,5%
	"Neutraali"	Count	1	1	2	2	6
		% within Ikäryhmä	14,3%	11,1%	16,7%	14,3%	14,3%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	1	0	0	2	3
		% within Ikäryhmä	14,3%	0,0%	0,0%	14,3%	7,1%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	0	1	0	0	1
		% within Ikäryhmä	0,0%	11,1%	0,0%	0,0%	2,4%
	Total	Count	7	9	12	14	42
		% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,159 ^a	12	,773
Likelihood Ratio	9,360	12	,672
Linear-by-Linear Association	,024	1	,876
N of Valid Cases	42		

a. 17 cells (85,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

LIITE 6

Läheisen terveydentilan muutos * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				Total
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	
Läheisen terveydentilan muutos	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	5	6	7	7	25
		% within Ikäryhmä	71,4%	66,7%	58,3%	50,0%	59,5%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	1	2	0	3	6
		% within Ikäryhmä	14,3%	22,2%	0,0%	21,4%	14,3%
	"Neutraali"	Count	1	1	3	2	7
		% within Ikäryhmä	14,3%	11,1%	25,0%	14,3%	16,7%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	0	0	1	2	3
		% within Ikäryhmä	0,0%	0,0%	8,3%	14,3%	7,1%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	0	0	1	0	1
		% within Ikäryhmä	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	2,4%
	Total	Count	7	9	12	14	42
		% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,476 ^a	12	,747
Likelihood Ratio	10,943	12	,534
Linear-by-Linear Association	1,659	1	,198
N of Valid Cases	42		

a. 17 cells (85,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

LIITE 7

Huoli terveydenhuollon saatavuudesta julkisella sektorilla * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				Total
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	
Huoli terveydenhuollon saatavuudesta julkisella sektorilla	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	1	2	0	1	4
		% within Ikäryhmä	14,3%	22,2%	0,0%	7,1%	9,5%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	1	1	0	0	2
		% within Ikäryhmä	14,3%	11,1%	0,0%	0,0%	4,8%
	"Neutraali"	Count	1	0	3	1	5
		% within Ikäryhmä	14,3%	0,0%	25,0%	7,1%	11,9%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	2	2	6	6	16
		% within Ikäryhmä	28,6%	22,2%	50,0%	42,9%	38,1%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	2	4	3	6	15
		% within Ikäryhmä	28,6%	44,4%	25,0%	42,9%	35,7%
	Total	Count	7	9	12	14	42
		% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,519 ^a	12	,485
Likelihood Ratio	13,586	12	,328
Linear-by-Linear Association	2,139	1	,144
N of Valid Cases	42		

a. 18 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

LIITE 8

Jonot julkisella sektorilla * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				Total
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	
Jonot julkisella sektorilla	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	1	1	1	1	4
		% within Ikäryhmä	14,3%	11,1%	8,3%	7,1%	9,5%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	0	1	1	1	3
		% within Ikäryhmä	0,0%	11,1%	8,3%	7,1%	7,1%
	"Neutraali"	Count	2	1	3	1	7
		% within Ikäryhmä	28,6%	11,1%	25,0%	7,1%	16,7%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	2	3	4	4	13
		% within Ikäryhmä	28,6%	33,3%	33,3%	28,6%	31,0%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	2	3	3	7	15
		% within Ikäryhmä	28,6%	33,3%	25,0%	50,0%	35,7%
	Total	Count	7	9	12	14	42
		% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,415 ^a	12	,975
Likelihood Ratio	4,893	12	,961
Linear-by-Linear Association	,763	1	,382
N of Valid Cases	42		

a. 19 cells (95,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

LIITE 9

Laajempi terveyspalvelujen tarjonta yksityisellä sektorilla * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				Total
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	
Laajempi terveyspalvelujen tarjonta yksityisellä sektorilla	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	0	2	1	1	4
		% within Ikäryhmä	0,0%	22,2%	8,3%	7,1%	9,5%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	1	2	1	0	4
		% within Ikäryhmä	14,3%	22,2%	8,3%	0,0%	9,5%
	"Neutraali"	Count	1	0	5	2	8
		% within Ikäryhmä	14,3%	0,0%	41,7%	14,3%	19,0%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	2	1	4	10	17
		% within Ikäryhmä	28,6%	11,1%	33,3%	71,4%	40,5%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	3	4	1	1	9
		% within Ikäryhmä	42,9%	44,4%	8,3%	7,1%	21,4%
Total	Count	7	9	12	14	42	
	% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,167 ^a	12	,036
Likelihood Ratio	24,318	12	,018
Linear-by-Linear Association	,059	1	,808
N of Valid Cases	42		

a. 19 cells (95,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

LIITE 10

Laajempi vapaus valita terveyspalvelun tarjoaja * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				Total
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	
Laajempi vapaus valita terveyspalvelun tarjoaja	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	0	1	0	1	2
		% within Ikäryhmä	0,0%	11,1%	0,0%	7,1%	4,8%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	0	0	1	1	2
		% within Ikäryhmä	0,0%	0,0%	8,3%	7,1%	4,8%
	"Neutraali"	Count	0	2	1	3	6
		% within Ikäryhmä	0,0%	22,2%	8,3%	21,4%	14,3%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	5	0	6	5	16
		% within Ikäryhmä	71,4%	0,0%	50,0%	35,7%	38,1%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	2	6	4	4	16
		% within Ikäryhmä	28,6%	66,7%	33,3%	28,6%	38,1%
Total	Count	7	9	12	14	42	
	% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,715 ^a	12	,319
Likelihood Ratio	18,657	12	,097
Linear-by-Linear Association	1,410	1	,235
N of Valid Cases	42		

a. 18 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

LIITE 11

Huoli hoidon laadusta julkisella sektorilla * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				Total
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	
Huoli hoidon laadusta julkisella sektorilla	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	2	3	1	1	7
		% within Ikäryhmä	28,6%	33,3%	8,3%	7,1%	16,7%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	1	1	2	0	4
		% within Ikäryhmä	14,3%	11,1%	16,7%	0,0%	9,5%
	"Neutraali"	Count	1	0	1	4	6
		% within Ikäryhmä	14,3%	0,0%	8,3%	28,6%	14,3%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	1	3	7	4	15
		% within Ikäryhmä	14,3%	33,3%	58,3%	28,6%	35,7%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	2	2	1	5	10
		% within Ikäryhmä	28,6%	22,2%	8,3%	35,7%	23,8%
	Total	Count	7	9	12	14	42
		% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,057 ^a	12	,297
Likelihood Ratio	16,304	12	,178
Linear-by-Linear Association	2,552	1	,110
N of Valid Cases	42		

a. 19 cells (95,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

LIITE 12

Hoidon laatu yksityisellä sektorilla * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				Total
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	
Hoidon laatu yksityisellä sektorilla	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	2	1	1	1	5
		% within Ikäryhmä	28,6%	11,1%	8,3%	7,1%	11,9%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	0	2	1	1	4
		% within Ikäryhmä	0,0%	22,2%	8,3%	7,1%	9,5%
	"Neutraali"	Count	2	3	4	2	11
		% within Ikäryhmä	28,6%	33,3%	33,3%	14,3%	26,2%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	1	0	4	8	13
		% within Ikäryhmä	14,3%	0,0%	33,3%	57,1%	31,0%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	2	3	2	2	9
		% within Ikäryhmä	28,6%	33,3%	16,7%	14,3%	21,4%
	Total	Count	7	9	12	14	42
		% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,268 ^a	12	,350
Likelihood Ratio	15,506	12	,215
Linear-by-Linear Association	,944	1	,331
N of Valid Cases	42		

a. 20 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

LIITE 13

Ystävä/perheenjäsen suositteli sairauskuluvakuutusta * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				Total
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	
Ystävä/perheenjäsen suositteli sairauskuluvakuutusta	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	2	4	3	6	15
		% within Ikäryhmä	28,6%	44,4%	25,0%	42,9%	35,7%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	1	4	4	4	13
		% within Ikäryhmä	14,3%	44,4%	33,3%	28,6%	31,0%
	"Neutraali"	Count	2	1	0	3	6
		% within Ikäryhmä	28,6%	11,1%	0,0%	21,4%	14,3%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	1	0	2	0	3
		% within Ikäryhmä	14,3%	0,0%	16,7%	0,0%	7,1%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	1	0	3	1	5
		% within Ikäryhmä	14,3%	0,0%	25,0%	7,1%	11,9%
Total	Count	7	9	12	14	42	
	% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,127 ^a	12	,436
Likelihood Ratio	15,478	12	,216
Linear-by-Linear Association	,220	1	,639
N of Valid Cases	42		

a. 19 cells (95,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

LIITE 14

Vakuutusyhtiön edustaja suositteli sairauskuluvakuutusta * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				Total
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	
Vakuutusyhtiön edustaja suositteli sairauskuluvakuutusta	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	5	5	7	3	20
		% within Ikäryhmä	71,4%	55,6%	58,3%	21,4%	47,6%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	0	1	2	3	6
		% within Ikäryhmä	0,0%	11,1%	16,7%	21,4%	14,3%
	"Neutraali"	Count	2	0	1	5	8
		% within Ikäryhmä	28,6%	0,0%	8,3%	35,7%	19,0%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	0	2	2	2	6
		% within Ikäryhmä	0,0%	22,2%	16,7%	14,3%	14,3%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	0	1	0	1	2
		% within Ikäryhmä	0,0%	11,1%	0,0%	7,1%	4,8%
Total	Count	7	9	12	14	42	
	% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,960 ^a	12	,372
Likelihood Ratio	17,337	12	,137
Linear-by-Linear Association	2,466	1	,116
N of Valid Cases	42		

a. 18 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

LIITE 15

Vakuutuksen hinta * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	Total
Vakuutuksen hinta	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	0	1	3	3	7
		% within Ikäryhmä	0,0%	11,1%	25,0%	21,4%	16,7%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	3	4	2	3	12
		% within Ikäryhmä	42,9%	44,4%	16,7%	21,4%	28,6%
	"Neutraali"	Count	2	1	5	7	15
		% within Ikäryhmä	28,6%	11,1%	41,7%	50,0%	35,7%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	2	3	2	1	8
		% within Ikäryhmä	28,6%	33,3%	16,7%	7,1%	19,0%
Total		Count	7	9	12	14	42
		% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,082 ^a	9	,430
Likelihood Ratio	10,723	9	,295
Linear-by-Linear Association	,975	1	,323
N of Valid Cases	42		

a. 15 cells (93,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,17.

LIITE 16

Vakuutuksen kattavuus * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	Total
Vakuutuksen kattavuus	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	0	1	1	1	3
		% within Ikäryhmä	0,0%	11,1%	8,3%	7,1%	7,1%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	1	2	1	1	5
		% within Ikäryhmä	14,3%	22,2%	8,3%	7,1%	11,9%
	"Neutraali"	Count	2	3	4	6	15
		% within Ikäryhmä	28,6%	33,3%	33,3%	42,9%	35,7%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	3	2	6	5	16
		% within Ikäryhmä	42,9%	22,2%	50,0%	35,7%	38,1%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	1	1	0	1	3
		% within Ikäryhmä	14,3%	11,1%	0,0%	7,1%	7,1%
Total		Count	7	9	12	14	42
		% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,949 ^a	12	,960
Likelihood Ratio	6,086	12	,912
Linear-by-Linear Association	,054	1	,817
N of Valid Cases	42		

a. 18 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

LIITE 17

Sairauskuluvakuutus nousi esille toista vakuutusta hankkiessa * Ikäryhmä Crosstabulation

			Ikäryhmä				
			"20-30 vuotta"	"31-40 vuotta"	"41-50 vuotta"	"51-60 vuotta"	Total
Sairauskuluvakuutus nousi esille toista vakuutusta hankkiessa	"Ei vaikuttanut lainkaan"	Count	2	3	3	4	12
		% within Ikäryhmä	40,0%	33,3%	27,3%	40,0%	34,3%
	"Ei juurikaan vaikuttanut"	Count	1	1	1	1	4
		% within Ikäryhmä	20,0%	11,1%	9,1%	10,0%	11,4%
	"Neutraali"	Count	1	1	6	2	10
		% within Ikäryhmä	20,0%	11,1%	54,5%	20,0%	28,6%
	"Vaikutti jonkin verran"	Count	1	3	0	3	7
		% within Ikäryhmä	20,0%	33,3%	0,0%	30,0%	20,0%
	"Vaikutti erittäin paljon"	Count	0	1	1	0	2
		% within Ikäryhmä	0,0%	11,1%	9,1%	0,0%	5,7%
	Total	Count	5	9	11	10	35
		% within Ikäryhmä	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,674 ^a	12	,644
Likelihood Ratio	12,133	12	,435
Linear-by-Linear Association	,002	1	,963
N of Valid Cases	35		

a. 20 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

LIITE 18

Ikäryhmä * Huoli omasta terveydestä Crosstabulation

			Huoli omasta terveydestä					
			"Ei vaikuttanut lainkaan"	"Ei juurikaan vaikuttanut"	"Neutraali"	"Vaikutti jonkin verran"	"Vaikutti erittäin paljon"	Total
Ikäryhmä	"20-30 vuotta"	Count	1	1	1	3	1	7
		% within Ikäryhmä	14,3%	14,3%	14,3%	42,9%	14,3%	100,0%
	"31-40 vuotta"	Count	3	2	1	3	0	9
		% within Ikäryhmä	33,3%	22,2%	11,1%	33,3%	0,0%	100,0%
	"41-50 vuotta"	Count	3	2	3	3	1	12
		% within Ikäryhmä	25,0%	16,7%	25,0%	25,0%	8,3%	100,0%
	"51-60 vuotta"	Count	2	2	5	3	2	14
		% within Ikäryhmä	14,3%	14,3%	35,7%	21,4%	14,3%	100,0%
	Total	Count	9	7	10	12	4	42
		% within Ikäryhmä	21,4%	16,7%	23,8%	28,6%	9,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,371 ^a	12	,944
Likelihood Ratio	6,167	12	,907
Linear-by-Linear Association	,010	1	,919
N of Valid Cases	42		

a. 20 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.