

UURING 2025

Erakindlustuse roll Eesti tuleviku tervishoiusüsteemis

Tervishoiu jätkusuutlikkus

Andres Vörk
Kaija Kasekamp
Liis Roováli
Elisabeth Vörk



ARENGUSEIRE
KESKUS



TARTU ÜLIKOOL

Erakindlustuse roll Eesti tuleviku tervishoiusüsteemis

Uuring

Autorid: Andres Võrk, Kaija Kasekamp, Liis Roováli, Elisabeth Võrk

Tellijä: Arenguseire Keskus

Keeletoimetä: Toimetaja Tölkebüroo

Uuringus sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale:

Võrk, A., Kasekamp, K., Roováli, L., Võrk, E. (2025). Erakindlustuse roll Eesti tuleviku tervishoiusüsteemis. Tartu Ülikool.

Lisaks autoritele palume viidata ka tellijale.

Arenguseire Keskuse uuringud

ISSN 2733-337X

Uuring valmis Arenguseire Keskuse uurimissuuna „[Tervishoiu jätkusuutlikkus](#)“ raames.

Loe ka teisi uurimissuunas ilmunud töid www.arenguseire.ee.

Arenguseire Keskus on ühiskonna ja majanduse pikaajalisi arenguid analüüsiv mõttekoda Riigikogu juures. Meie missioon on aidata kaasa tulevikku vaatavale poliitikakujundusele.

november, 2025

Sisukord

Lühikokkuvõte	5
Sissejuhatus	7
1. Eratervisekindlustuse kujunemine ja teiste riikide kogemus	9
1.1 Eratervisekindlustuse olemus	9
1.2 Kokkuvõte kirjandusest ja rahvusvahelisest kogemusest	14
2. Vabatahtliku ravikindlustuse areng ja roll Eestis	20
2.1 Eesti kohta tehtud varasemad uuringud	20
2.2 Erakindlustuse areng 2019-2024	22
2.2.1 Erakindlustuse turg Eestis	22
2.2.2 Kindlustusega kaetud inimesed ja ettevõtted	23
2.2.3 Erakindlustuse poolt hüvitatud teenused	35
2.2.4 Erakindlustuse omamise seos arstiabi kättesaadavusega	37
2.2.5 Mugavusvalimi põhised küsitlused	38
2.3 Kindlustusseltside esindajatega tehtud intervjuude kokkuvõte	40
2.3.1 Lepingud ja paketid	40
2.3.2 Tervishoiuteenuste kasutamine	41
2.3.3 Koostöö avaliku sektoriga ja eratervisekindlustuse areng	42
3. Stsenaariumid	43
3.1 Null-stsenaarium: kehtiva vabatahtliku tööandja eratervisekindlustuse jätkumine ..	44
3.2 Stsenaarium 1: Kehtiva vabatahtliku eratervisekindlustuse selektiivne laiendamine (nt suuremate tööandja või üksikisiku maksusoodustuste näol)	45
3.3 Stsenaarium 2: Eraravikindlustuse kvaasi-kohustuslikuks muutmise inimestele kõrge omaosaluse kompenseerimiseks	48
Kokkuvõte ja järeldused	53
Kasutatud kirjandus	58
Lisa 1. Intervjueeritute nimekiri	60
Lisa 2. Sloveenia täiendava tervisekindlustuse kogemus	61
Lisa 3. Horvaatia vabatahtliku tervisekindlustuse kogemus	63

Tabelite loetelu

Tabel 1. Erakindlustuse mõisted.....	10
Tabel 2. Erakindlustuse valikud	12
Tabel 3. Turutõrked erakindlustuses ja poliitikameetmed.....	15
Tabel 4. Erakindlustuse võimalused ja riskid Arenguseire Keskuse 2020 raporti põhjal.....	21
Tabel 5. Vabatahtliku ravikindlustuse pakkujad.....	22
Tabel 6. Tööandja erakindlustusskeemiga kaetud inimeste arv Eesti Sotsiaaluuringu järgi.....	26
Tabel 7. Erakindlustuse kahjunõuded liigiti 2022-2024.....	36
Tabel 8. Tööandja kindlustuse olemasolu seos arsti vastuvõtule saamisega vajaduse korral.	37
Tabel 9. Täiendav kindlustus omaosaluse katmiseks koos lisakindlustusega.....	50

Jooniste loetelu

Joonis 1. Vabatahtliku ravikindlustuse kulud ja kindlustusmaksed Tervise Arengu Instituudi (TAI) ja Eesti Kindlustusseltside Liidu (EKSL) andmete järgi Allikas: Tervise Arengu Instituut, Eesti Kindlustusseltside Liit	24
Joonis 2. Tööandjate tervise edendamise kulud 2019-2024 võrrelduna eratervisekindlustuse maksetega ja väljamakstud hüvitistega Allikas: Eesti Maksu- ja Tolliamet, Eesti Kindlustusseltside Liit	25
Joonis 3. Tööandjate kaudu eratervisekindlustuse sõlminud kindlustatud isikute arv ja osakaal sotsiaalmaksu maksmise teel kindlustatud isikutest.....	26
Joonis 4. Tööandja erakindlustusskeemiga kaetud töötajate osakaal sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes 2023-2024	27
Joonis 5. Töötajate arv ja osakaal, kelle eest on deklareeritud tervise edendamise kulud 2018-2024	28
Joonis 6. Tervise edendamise kulude deklareerimine tegevusalade lõikes 2024	29
Joonis 7. Ettevõtete jaotus tervise edendamise deklareeritud summade järgi töötaja kohta tegevusalade lõikes 2024	31
Joonis 8. Maksimaalset maksuvabastust kasutavate ettevõtete osakaal ettevõtete suuruse järgi, 2024.....	32
Joonis 9. Ettevõtete jaotus keskmise töötasu järgi võrreldes tegevusala keskmisega 2024.....	33
Joonis 10. Seos ettevõtete keskmise töötasu ja keskmise maksusoodustuse summa vahel töötajate arvu järgi, 2024.....	34
Joonis 11. Vabatahtliku ravikindlustuse tervishoiukulude struktuur ja osakaal tervishoiukulude struktuuris teenuste lõikes 2023 tervishoiu kogukulude statistika alusel	35

Lühikokkuvõte

Rahvusvahelise kogemuse ja Eesti andmete analüüsi põhjal võib järeldada, et eratervisekindlustusel on tervishoiusüsteemi toimimise parandamisel piiratud potentsiaal, eriti väikese turumahuga ja juba universaalse kindlustuskaitsega riikides nagu Eesti.

Rahvusvahelised uuringud ei kinnita, et erakindlustus vähendaks avaliku sektori kulusurvet või suurendaks süsteemi tõhusust. Riikides, kus erakindlustuse osakaal tervishoiukuludes on märkimisväärne, kompenseerib see tavaliselt suurt omaosalust, mitte ei vähenda avaliku sektori rahastamisvajadust. Samuti ei ole leitud, et erakindlustajad tegutseksid tõhusamalt kui avalikud kindlustusandjad. Euroopa riikides on erakindlustus valdavalt luksussegment – seda kasutatakse lisateenuste ja mugavuste saamiseks, mitte süsteemi efektiivsuse või kättesaadavuse parandamiseks.

Eesti kogemus kinnitab neid järeldusi. Eratervisekindlustuse turg on endiselt väike ja tugevalt kontsentreerunud. Tööandjatele loodud maksusoodustus on alates 2018. aastast soodustanud vabatahtliku tööandjapoolse eratervisekindlustuse kiiret kasvu. Samas on erakindlustus muutunud pigem vahendiks, mille abil tööjõukuludid optimeerida ja kõrgema sissetulekuga töötajaid motiveerida, mitte universaalseks tervise parandamise vahendiks. Veel enam, see on vähendanud tööandjate huvi panustada pigem ennetusse. Selle trendi vältimiseks tuleks selgelt eristada maksusoodustused ennetusele ning tervisekindlustusele.

Eestis kasutavad erakindlustust peamiselt suurema sissetuleku ja kõrgema haridustasemega ning kontoritööd tegevad inimesed, kelle tööandjad tegutsevad finants-, kindlustus- või IT-sektoris. Väiksema sissetulekuga ning tervist kahjustavat tööd tegevatel töötajatel selline hüve üldjuhul puudub. Seega süvendab süsteem ebavõrdsust ja loob tööjõuturul eelise ettevõtetele, kus töö on vähem tervist kahjustav.

Kuigi erakindlustus võib parandada juurdepääsu hambaravile ja mõningatele ambulatoorsetele teenustele, ei ole selle mõju Eesti andmete järgi olnud märkimisväärne. Vaimse tervise teenuste järele on nõudlus suur, kuid spetsialistide puudus ja kõrged hinnad piiravad ka erakindlustuse kaudu pakutavate teenuste kättesaadavust ning loovad lisasurvet hindadele kogu tervishoiusüsteemis.

Käesolev uuring kinnitas, et praegu kehtiva eratervisekindlustuse süsteemi puhul on Eestis realiseerunud mitmed erakindlustusega kaasnevad riskid. Näiteks on erakindlustusandjad ettevõtete suhtes valivad ega paku teenust väiksematele tööandjatele; turul saadaolevate pakettide sisu ja omaosalus ei ole läbipaistvad ning klientidele pakutavad paketid sõltuvad kaudselt nende varasemast teenusevajadusest ehk terviseriskist; samuti on kindlustajad tervishoiuteenuste suhtes hinnavõtjad, mistõttu maksavad nad teenuseosutajatele turuhinda, see aga suurendab tervishoiusüsteemis kulusurvet ja vähendab kindlustatutele pakutavate teenuste mahtu.

Seetõttu on tööandja tervisekindlustus Eestis praegusel kujul pigem suurema sissetulekuga töötajatele ja edukamatele ettevõtetele võimaldatav maksusoodustus, mitte vahend töötava

elanikkonna tervise parandamiseks. Maksusoodustuse jätkamine ja suurendamine annab tugeva konkurentsieelise nendele ettevõtetele, kes suudavad seda oma töötajatele pakkuda ja kelle töötajate terviserisk on madalam. Maksusoodustus vähendab riigi maksutulusid, süvendab sotsiaalset ebavõrdsust ning suurendab kaudset survet Tervisekassa rahastusele, kuna erasektor konkureerib sama tervishoiutöötajate ressursi pärast.

Uuringus vaadeldi kolme võimalikku erakindlustuse arengusuunda Eestis: nullstsenaarium, mille korral jätkub tööandjate vabatahtlik kindlustus praegusel kujul; stsenaarium 1, mille korral maksusoodustuste suurendamine laiendab erakindlustuse kasutust; ning stsenaarium 2, mille korral kujundatakse välja formaalselt vabatahtlik, kuid sisuliselt kohustuslik täiendav kindlustus omaosaluse katteks. Kõigi stsenaariumide puhul hinnati tervishoiusüsteemi rahastamisele, teenuste kättesaadavusele ja sotsiaalsele võrdsusele avaldatavat mõju ning pakuti välja meetmeid, kuidas võimalikke negatiivseid mõjusid leevendada.

Stsenaariumide põhiline erinevus seisneb erakindlustuse ulatuses ja rollis, mida see tervishoiusüsteemis täidab. Nullstsenaarium säilitab praeguse kitsalt levinud tööandjapõhise süsteemi, mis soodustab ebavõrdsust ja suurendab hinnasurvet. Stsenaarium 1 kasvatab turu mahtu maksusoodustuste abil, parandades mõne grupi jaoks tervishoiuteenuste kättesaadavust, kuid süvendades sissetuleku- ja sektoripõhiseid erinevusi ning vähendades riigi maksutulusid. Stsenaarium 2 loob universaalsema, kuid administratiivselt keerukama lahenduse, mille korral täiendav kindlustus katab omaosaluse ning jagab kulukoormust riigi ja erasektori vahel, ent see eeldab tugevat regulatsiooni ning Tervisekassa ja erakindlustuse vahelist selget rollijaotust.

Kui tööandjapoolset erakindlustust jätkata või laiendada, on vaja rakendada rahvusvahelisele kogemusele tuginevaid kaitsemehhanisme:

- tagada kõigile võrdsed võimalused erakindlustust saada ehk takistada kindlustajate n-ö selektiivset valikut ja vajaduse korral erakindlustust ka subsideerida;
- kehtestada erakindlustuse pakettidele miinimumstandardid ja tagada pakettide läbipaistvus (kaetavad teenused, omaosalus, tingimused);
- muuta erakindlustuse turg läbipaistvamaks, kogudes süsteemi toimimise kohta regulaarselt andmeid ning muutes need avalikuks;
- suunata erakindlustuse rolli pigem elanikkonna suure omaosaluse ja katmata teenuste kompenseerimisele.

Kokkuvõttes kinnitab nii rahvusvaheline kui ka Eesti kogemus, et ilma tugeva regulatsiooni, läbipaistvuse ja solidaarsuspõhimõteteta jääb erakindlustuse mõju tervishoiusüsteemi toimimisele piiratuks ning võib vastupidiselt eesmärgile hoopis suurendada avaliku sektori kulusurvet.

Sissejuhatus

Eesti tervishoiusüsteem seisab vastamisi korraga mitmest suunast lähtuva survega: elanikkonna vananemine, avaliku sektori raha piiratud hulk, tervishoiutehnoloogiate kallinemine ning kasvavad ootused teenuste kättesaadavusele ja kvaliteedile. Nende arengute taustal on taas tõusnud päevakorda eratervisekindlustuse roll: kas ja kuidas võiks see toetada solidaarselt rahastatud süsteemi, vähendada finantsriske ning parandada juurdepääsu just seal, kus omaosalus on suur või järjekorrad pikad? Rahvusvaheline kogemus näitab, et erakindlustuse mõju on riigiti väga erinev ning sageli kaasnevad sellega nii võimalused (nt valikuvabadus ja täiendav rahastus) kui ka ohud (nt ebavõrdsus, suured halduskulud ja avaliku sektori hinnasurve). Käesolev raport lähtub sellest laiemast taustast ja annab tõenduspõhise ülevaate, milline võiks olla eratervisekindlustuse roll Eesti tuleviku tervishoius ning milliste reeglite ja tugimehhanismidega selle mõju ohjata.

Käesolev raport on koostatud Arenguseire Keskuse tellitud lihthanke „Erakindlustuse roll Eesti tuleviku tervishoiusüsteemis” raames. Uuringu põhieesmärk on hinnata eratervisekindlustuse praegust rolli tervishoiu rahastamises ning võimalikke arengusuundi Eestis.

Pakume välja kolm stsenaariumi: 1) praegu kehtiva tööandjapõhise vabatahtliku süsteemi jätkumine (nullstsenaarium), 2) vabatahtliku erakindlustuse selektiivne laiendamine (nt maksusoodustuste kaudu) ning 3) formaalselt vabatahtliku, kuid sisuliselt kohustusliku täiendava kindlustuse kujundamine omaosaluse katteks. Iga stsenaariumi puhul kirjeldame võimalikku kasu ja riske ning toome välja soovitusi, mis aitaksid säilitada universaalse katvuse põhimõtet ja vältida solidaarses süsteemis tekkida võivat hinnasurvet.

Analüüs tugineb kombineeritud metoodikale, mis koondab nii administratiivseid kui ka küsitlusandmeid ning turuosalistelt saadud kvalitatiivseid sisendeid. Esiteks kasutasime Eesti Kindlustusseltside Liidu koondandmeid (kogutud kindlustusmaksed, väljamakstud hüvitised) ning Tervise Arengu Instituudi tervishoiu kogukulude arvestust, mis võimaldas hinnata turu mahtu, kulude struktuuri ning dünaamikat. Teiseks kasutasime Maksu- ja Tolliameti andmeid tööandjate maksuvabade tervise edendamise kulude kohta, et kirjeldada soodustuse katvust sektorite ja ettevõtete lõikes. Kolmandaks analüüsisime Statistikaameti Eesti sotsiaaluuringu andmestikku, et iseloomustada, kelleni ja mil määral tööandja erakindlustus jõuab, ning mõõta tööandja kindlustuse olemasolu seoseid teenustele ligipääsu hinnangutega. Neljandaks viisime suuremate kindlustusseltside esindajatega läbi poolstruktureeritud intervjuud (lepingute ülesehitus, pakettide sisu, koostööpraktikad), millele lisandusid kindlustusandjate endi tehtud küsitluste ülevaade ning projekti raames korraldatud veebiküsitluste andmed. Metoodiline mitmekesisus võimaldas ühitada makrotasandi trendid kasutajate kogemuse ja turuosaliste vaatega.

Raport on jaotatud kolmeks suureks osaks. Esmalt avame mõisted ning toome sisse rahvusvaheliste võrdlusuuringute tulemused: millised on eratervisekindlustuse põhitüübid, millistes rollides seda OECD ja Euroopa riikides kasutatakse ning millised on selle empiirilistelt tuvastatud eelised ja puudused. See loob aluse Eesti jaoks valikute kaardistamisele. Teises osas kirjeldame Eesti 2019.–2024. aasta kogemust: turu mahtu ja kontsentratsiooni, tööandjate

maksusoodustuse kasutust tegevusalade ja ettevõtete lõikes, kindlustusega kaetud inimeste profiili ning hüvitatud teenuste struktuuri. Kolmas osa keskendub stsenaariumidele, võrdlemine nende potentsiaalset mõju tervishoiuteenuste kättesaadavusele, võrdsusele, halduskuludele ja Tervisekassa rahastuse jätkusuutlikkusele, ning sõnastame poliitikasoovitused. Raport lõpeb kokkuvõtivate järeldustega ja edasise arutelu soovitustega.

Raporti valmimisele aitasid kaasa Eesti Kindlustusseltside Liidu, Tervise Arengu Instituudi ja Arenguseire Keskuse eksperdid, samuti intervjuudes osalenud kindlustusseltside esindajad ning vaheseminaride aruteludes osalenud partnerid. Täname kõiki meile esitatud sisendi, kommentaaride ja kriitiliste küsimuste eest. Kõigi analüüside, tõlgenduste ja järelduste eest vastutavad täielikult autorid.

1. Eratervisekindlustuse kujunemine ja teiste riikide kogemus

1.1 Eratervisekindlustuse olemus

Erakindlustusel on enamasti kaks rakendusvormi. Esimene on vabatahtlik ravikindlustus (ingl *voluntary health insurance*), mida eraisikud või tööandjad saavad omaalgatuslikult sõlmida lisateenuste saamiseks või omaosaluse katmiseks ning olukorras, kus riiklik toetus on väike. Vabatahtlik ravikindlustus katab haigestumise korral tekkinud ravikulud või saamata jäänud tulu. Vabatahtlikku ravikindlustust müüvad nii kasumit taotlevad kui mittetaotlevad erasektori ettevõtted, aga seda võivad müüa ka avaliku sektori institutsioonid.

Teine rakendusvorm on kohustuslik eraravikindlustus (*mandatory private insurance*), mille korral riik näeb ette kohustuse kasutada teatud teenuste ostmiseks või omaosaluse katmiseks erakindlustust. Selle lähenemisviisi puhul võib erakindlustust kohustuslikus korras pakkuda tööandja või peab inimene ise selle kindlustuspakkujalt ostma ning lisaks võib seda osta ka riik ise, tagades sellega haavatavatele sihtrühmadele teistega võrdsed tingimused.

Neis Euroopa riikides, kus on levinud solidaarselt rahastatud tervishoiusüsteemid, täidab eratervisekindlustus riiklikult rahastatava tervishoiu kõrval üldiselt kas sellele lisanduvat, seda täiendavat või üksikutel juhtudel seda asendavat rolli (Tabel 1).

Euroopa riikides on kõige tavalisem lisanduv kindlustus (*supplementary insurance*), mis võimaldab kiiremini juurde pääseda teenustele, mis on küll avalikult rahastatud, kuid mille saamiseks riikliku süsteemi raames peaks patsient ootama pikas ravijärjekorras. Samuti võimaldab erakindlustus saada juurdepääsu nendele teenusepakkujate ringile, keda avalik sektor ei rahasta.

Täiendav kindlustus katab teenuseid, mida riiklik kindlustus ei kata üldse (*complementary insurance for services*), või nende suuri kaasmakseid (*complementary insurance for user charges*). Enamasti on sellised teenused hambaravi, füsioteraapia ja alternatiivmeditsiin.

Asendav kindlustus (*substitutive insurance*) on ainult mõnes üksikus Euroopa riigis. Näiteks Saksamaal saavad suure sissetulekuga inimesed valida eratervisekindlustuse oma peamiseks kindlustuseks.

Lisaks ülaltoodule on erakindlustusel oluline roll rahvusvaheliste töötajate ja immigrantide seas, kellele riiklik süsteem kohe kindlustust ei võimalda. Samuti kasutatakse erakindlustust reisimisel.

Erakindlustus on välja kujunenud tööliste algatatud kogumissüsteemidest (nt ametiühingute ja abikassade kaudu), mille eesmärk oli kompenseerida haiguse tõttu saamata jäänud töötasu. Sellised süsteemid panid aluse ka hilisematele solidaarsetele kindlustusmodelitele, näiteks Saksamaal loodi töötajate solidaarsed kassad *Krankenkassen*, millele hiljem tugines Bismarcki 1883. aasta kohustuslik tervisekindlustus (Busse et al., 2017), ja Suurbritannias moodustati *friendly societies*. 1930. aastatel, kui meditsiini areng kiirenes, hakkasid tervishoiuteenuste osutajad ise pakkuma eeltasustatud ravipakette (nt Ameerika Ühendriikides Blue Cross 1929 ja

Blue Shield 1939). Nende eesmärk oli tagada meditsiinitöötajatele stabiilne sissetulek ja patsientidele ravi kättesaadavus. Samal ajal nägid elukindlustusfirmad, kes seni olid pakkunud kindlustust eelkõige surma korral, võimalust oma teenuste valikut laiendada ja hakata katma ka meditsiinikulusid. Nende pakutud tooted põhinesid individuaalsel riskil ja turupõhisel lähenemisel, mistõttu ei rõhutanud need mitte solidaarsust, vaid eelkõige ärilisi eesmärke.

Tabel 1. Erakindlustuse terminid

Inglise keelne termin	Eestikeelne vaste	Selgitus
<i>complementary insurance for user charges</i>	kaasmaksete täiendav kindlustus	Katab solidaarse kindlustuse suured kaasmaksed, näiteks visiiditasud ja teenuste kaasmaksed
<i>complementary insurance for services</i>	teenuste täiendav kindlustus	Katab solidaarse kindlustusega katmata teenused, näiteks hambaravi ja prillide ost
<i>supplementary insurance</i>	lisakindlustus	Katab samu teenuseid, mida solidaarne kindlustus, kuid võimaldab kiiremat arstiabi või teenuste osutajate suuremat valikut
<i>substitutive insurance</i>	asendav kindlustus	Kohustuslik või vabatahtlik alternatiiv solidaarsele kindlustusele
<i>copayment, coinsurance</i>	kaasmakse	Inimeste fikseeritud või protsentuaalne makse tervishoiuteenuse kasutamisel

Allikas: Thomson *et al.* (2020)

Märkus. Inglisekeelses kirjanduses ei kasutata termineid alati ühtemoodi, näiteks OECD (2004) ja Waitzberg *et al.* (2024) kasutavad terminit *supplementary insurance*, kui räägivad teenuste täiendavast kindlustusest (*complementary insurance for services* Thomson *et al.* 2020 järgi), ning terminit *duplicative insurance*, kui räägivad juba kaetud teenustele mõeldud lisakindlustusest.

Pärast teist maailmasõda hakkasid paljud riigid üles ehitama avaliku sektori rahastatavaid universaalseid tervishoiusüsteeme. Seejärel erakindlustuse roll muutus: mõnes riigis sai sellest kohustusliku kindlustuse osa (nt Hollandis, Šveitsis), mõnes täiendav või lisanduv kindlustus (nt Prantsusmaal, Suurbritannias) ning mõnes paralleelne süsteem avalikult rahastatava süsteemi kõrval (nt Saksamaal).

Paarkümmend aastat peale maailmasõja lõppu avaldas USA majandusteadlane Kenneth J. Arrow artikli „Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, mida peetakse tänini üheks tervishoiuökonomika alustalaks. Arrow tõi välja, et kuigi tervisekindlustus on hädavajalik, et kaitsta inimesi ootamatute ja suurte ravikulude eest, tekitab see ka turumoonutusi ja riske, mis tulenevad informatsiooni asümmeetriast kindlustaja ja kindlustatu vahel. Nende hulka kuulub näiteks valikuline kindlustamine (*adverse selection*) ehk olukord, kus kindlustajad ei suuda täpselt eristada kõrge ja madala riskiga isikuid enne poliisi väljastamist. Selle tagajärjel on suurema haigestumise riskiga inimesed altimad kindlustust ostma, mis tõstab kulusid ja võib ohustada turu stabiilsust. Teisalt tekib ka risk n-ö koore riisumiseks (*cream skimming*) kindlustusandjate poolt, kes eelistavad kindlustada tervemaid inimesi, näiteks tööelisi, jättes haavatavad sihtrühmad, nagu eakad, kindlustuse pakkumisest kõrvale. Esineda võib ka moraaliriske, ehk kui inimene on juba kindlustatud, võib ta tarbida rohkem tervishoiuteenuseid, kui ta neid omal kulul tarbiks, sest ta ei kanna enam kulutusi täielikult. Samuti võib

teenusepakkuja olla huvitatud pakkuma teenuseid rohkem, kui patsiendile vaja. See suurendab kogukulutusi. Arrow rõhutas, et n-ö mittemajanduslikud mehhanismid, nagu kutse-eetika, sotsiaalkindlustus ja riiklik regulatsioon, on vajalikud, et vähendada kindlustajate ja teenuseosutajate ootunismis ja tagada tervishoiu õigluse ja tõhusus. (Arrow, 1963)

Tänapäeval on erakindlustuse roll suurem neis OECD riikides, kus kohustuslik tervisekindlustus on kasvanud välja erakindlustusest (nt Hollandis, Šveitsis, Prantsusmaal). Riikides, kus on riigieelarvest rahastatav universaalne tervisekindlustus (nt Põhjamaades), on erakindlustuse roll väike.

Arvestades nimetatud riske, on kohustusliku erakindlustusega riikides kindlustusturg tugevalt reguleeritud ning toimib riikliku tervishoiukorralduse osana. Näiteks Hollandis on erakindlustuse süsteem nii tugevalt reguleeritud, et seda võrdsustatakse riikliku kindlustussüsteemiga. Näiliselt on Hollandis tegemist erakindlustajatele tugineva süsteemiga, ent praktikas on sealsed tervisekindlustusseltsid mittetulunduslikud ühistud, kes on kohustatud suunama saadud kasumi kas kohustuslikesse reservfondidesse või tagastama selle kindlustatutele madalamate kindlustusmaksete näol. (National Health Care Institute, 2025) Nii on ka Šveitsis, kus erakindlustusturгу reguleerib tugevalt föderaalne tervisekindlustusseadus, mille kohaselt kindlustusandjad ei tohi baaskindlustuspaketi müügi pealt kasumit teenida ning kindlustajad on kohustatud pakkuma kõigile kindlustatutele ühesugust kaitset. (De Pietro *et al.*, 2015) Prantsusmaal käsitletakse kohustuslikku erakindlustust rahvusvahelises statistikas kohustusliku kindlustuse osana. Prantsusmaal ostab enamik inimesi suure omaosaluse katmiseks eratervisekindlustuse (96% elanikkonnast on sellega kaetud). Kuna väiksema sissetulekuga inimestel on erakindlustus olemas väiksema tõenäosusega, siis riik subsideerib nende kindlustusmakseid. (Or *et al.*, 2023) On ka riike, kus erakindlustuse kaudu pakutakse inimestele täiendavat valikuvõimalust, ootustele vastavaid ooteaegu ja listeenuseid.

Erakindlustuse rolli kasvust tervishoiu rahastamises on uuesti hakatud rääkima viimastel aastakümnetel. Rahvastiku vananemine ja samal ajal meditsiinitehnoloogias tehtavad edusammud avaldavad üha suuremat survet solidaarselt rahastatud tervishoiusüsteemile. See on viinud pikemate järjekordadeni ja teatud tervishoiuteenuste puhul ka suuremate kaasmakseteni. Samas kasvavad elanikkonna sissetulek ja tervishoiusüsteemile seatavad ootused, mille tulemusena on osa elanikkonnast valmis maksma oma ootustele vastava arstiabi parema kättesaadavuse, tervishoiuteenuse osutajate suurema valiku ja täiendava mugavusteenuse eest. Paralleelselt on osa valitsusi maksusoodustuste kehtestamise kaudu kaudselt või otseselt ka julgustanud eratervisekindlustuse arengut. Kokkuvõttes tähendab see, et eratervisekindlustuse turg on Euroopas viimastel aastatel kasvanud ja seda on vedanud eelkõige patsientide valmisolek maksta juurde selle eest, et saada ootustele vastav ligipääs tervishoiuteenustele.

Thomson *et al.* (2020) toovad välja, et eraravikindlustuse pooldajad jagunevad kahte leeri. Mõned peavad eraravikindlustust atraktiivseks iseenesest, sest usuvad, et erakindlustus koos solidaarse ravikindlustusega aitab suurendada tervishoiusüsteemi efektiivsust ja laiendada tarbija valikut. Erakindlustusseltsid püüavad klientide ligimeelitamiseks ning kasumi saamiseks pakkuda konkurentidest odavamat tervishoiuteenuse hinda ja paremat kvaliteeti. Teised peavad

eraravikindlustust avaliku sektori eelarvepiirangute kontekstis lihtsalt paremuselt teiseks lahenduseks: see ei ole nii hea (eri kriteeriumide alusel) kui avalik tervishoiurahastus, kuid on parem kui inimeste omaosalus. Eratervisekindlustuse kavandamisel on võimalik väga palju valikuid (Tabel 2), mis määravad erakindlustuse rolli ja tulemuse tervishoiusüsteemis. Suurem osa neist valikutest ei ole spetsiifilised tervisekindlustusele, vaid on seotud muude kindlustustoodete ja -turuga üldiselt.

Tabel 2. Erakindlustuse valikud

Aspekt	Valikuvõimalused	Mõju
1. Osalemise viis	- Vabatahtlik - Kohustuslik kõigile - Kohustuslik teatud gruppidele (nt töötajatele, suure sissetulekuga inimestele)	Mõjutab riskide jagamist ja valikulist kindlustamist (<i>adverse selection</i>) ¹
2. Kindlustuse ostja	- Üksikisik - Tööandja (grupikindlustus) - Ametiühing	Mõjutab läbirääkimisjõudu, kindlustuse ülekantavust tööandja vahetudes
3. Hüvitiste koosseis	- Standardpakett kõigile - Võimalus valida erinevate pakettide vahel	Standardpakett soodustab võrreldavust, paindlikkust; Erinevad paketid võimaldavad innovatsiooni ja n-ö koore riisumist kindlustusandjate poolt ²
4. Riskide koondamine (<i>risk pooling</i>)	- Individuaalne hinnastamine - Kogukonnapõhine hinnastamine (<i>community rated</i>) - Riskide kohandamine (<i>risk adjustments</i>) või subsiidiumid	Mõjutab õiglust ja ebavõrdsust ning kindlustaja stiimuleid
5. Kindlustusandja ärimudel	- Kasumitaotluseta - Kasumit taotlev	Mõjutab hinnastamist ja halduskulusid
6. Maksustamise erisused	- Maksuvabastus tööandjale või töötajale - Maksustatav	Mõjutab kindlustuse kasutuselevõttu ja toetuste õiglust
7. Kaetavate teenuste ja omaosaluse ulatus	- Kaaskindlustus (nt omaosalus, mittekaetud teenused) - Lisakindlustus (nt kiirem vastuvõtt)	Mõjutab suhet solidaarse kindlustusega
8. Teenuse tarbimine	- Garanteeritud juurdepääs kõigile (ilma eeltingimusteta) - Eelneva heakskiidu nõue - Ooteajad	Mõjutab teenuste kättesaadavust ja kindlustaja riskide valikuid
9. Kindlustusmaksete reguleerimine	- Reguleeritud (nt kohustuslik on kogukonnapõhine) - Reguleerimata	Mõjutab hinda ja kindlustuse ostmist
10. Ülekantavus	- Ülekantav ühelt töökohalt teisele - Seotud tööandjaga	Mõjutab tööjõu liikuvust ja ravi järjepidevust

¹ Valikuline kindlustamine (*adverse selection*) on olukord, kus kindlustust ostavad eelkõige need, kellel on suurem risk haigestuda.

² Koore riisumine (*cream skimming*) on olukord, kus kindlustusandja püüab pakkuda kindlustust tervematele inimestele.

Aspekt	Valikuvõimalused	Mõju
11. Riigi roll	- Täielikult erasektori käes - Avaliku sektori järelevalve - Avaliku sektori subsideerimised	Määrab avaliku ja erasektori koostöö ulatuse
12. Teenuseosutajate valik	- Vaba valik - Piiratud võrgustik - Teenuse hüvitamise sõltuvus teenuseosutajast	Mõjutab kulude kontrolli, ligipääsu ja konkurentsi
13. Omaosalus	- Fikseeritud visiititasud - Kaasmakse protsendina - Omavastutus teatud piirini	Mõjutab teenuste tarbimist ja finantskaitset
14. Suhe riikliku kindlustusega	- Integreeritud (nt Hollandis) - Paralleelsed süsteemid (nt Prantsusmaal) - Killustatud	Mõjutab võrdsust, efektiivsust ja süsteemi keerukust
15. Kindlustusandjate konkurents	- Konkurents hinna ja paketi alusel - Ainult teeninduse alusel - Puudub konkurents	Mõjutab tarbija valikuvõimalusi ja turu toimimist
16. Teenusepakujate tasustamine	- Teenusepõhine tasu (<i>fee-for-service</i>) - Pearaha - Juhupõhine (nt DRG)	Mõjutab teenuse osutamise stiimuleid
17. Riskide ühtlustamise mehhanism	- Olemas (kohustuslik riskipõhine ümberjagamine) - Puudub	Vaja kogukonnapõhise hinnastamise korral, et vältida koore riisumist (<i>cream-skimming</i>)
18. Riskide jagamine	- Kõrgete riskite subsideerimine riigi poolt - Edasikindlustus	Vähendab kindlustusandja riske ja suurendab turu stabiilsust
19. Andmete jagamine	- Piiratud jagamine (nt kindlustajate vahel, avaliku sektoriga) - Kohustuslik jagamine (nt hind, kasutajad) - Avalikult kättesaadav	Mõjutab turu efektiivsust ja tervisepoliitika kujundamise võimalikkust
20. Tarbija kaitsemehhanismid	- Kaitse ebaõiglase turundustegevuse vastu - Omaosaluse piirangud - Mitterahuldatus nõuete vaidlustamise võimalus	Suurendab usaldust turu vastu, kaitseb nõrgemaid tarbijaid
21. Kindlustuspoliisi kestus ja uuendamine	- Garanteeritud uuendamine (kindlustusandja ei saa poliisi tühistada, kui kindlustatu tervis halveneb) - Aastane uuendamine (kindlustusandja võib keelduda poliisi uuendamisest) - Pikaajalised poliisid	Mõjutab tarbija kindlustunnet ja võimaldab pikaajalist planeerimist. Mõjutab kindlustusandja riski hindamist
22. Ennetuse roll	- Puudub (suunatud ravile) - Stiimulid tervislikumaks käitumiseks (nt allahindluste kaudu) - Aktiivsed tervise edendamise programmid	Mõjutab rahvastiku tervist pikaajaliselt

Allikas: OECD (2004), Thomson *et al.* (2020) põhjal

Tervisepoliitikaga saab kujundada tervisekindlustuse valikuid. Erakindlustuse rolli saab mõjutada peamiselt kolmel viisil.

1. Saab kindlaks määrata, millised terviseriskid ja nendega seotud tervishoiuteenused kuuluvad avalikult rahastatud teenuste hulka ning millised jäetakse inimeste enda kanda – kas erakindlustuse, tööandjate või omaosaluse kaudu. Mida suurem on avaliku sektori poolne teenuste ja inimeste katvus, seda väiksem on erakindlustuse turule jääv ruum. Samas, universaalne kaetus (*universal health coverage*) ei välista erakindlustuse rolli täielikult, sest avalikus sektoris esineb ravijärjekordade pikkusest või teenuste osutajate valikust tulenevaid piiranguid.
2. Tervisepoliitikas piiratakse mõnikord otseselt, millist rolli eraravikindlustus tohib täita. Näiteks võidakse piirata lisanduvat kindlustust nende teenuste puhul, mida avalik kindlustus juba katab, et vältida negatiivset mõju süsteemi efektiivsusele ja teenuste võrdsele kättesaadavusele.
3. Erakindlustuse ulatust ja funktsiooni mõjutavad tervishoiuteenuste korraldus ja rahastus. Kui avalik kindlustus katab nii era- kui ka avalike teenuseosutajate teenuseid ning hinnad on reguleeritud, on vabatahtliku ravikindlustuse dubleeriv roll piiratud. Kui aga arstid või haiglad võivad erineva kindlustusega patsientidelt küsida kõrgemaid tasusid või tegutseda korraga nii avalikus kui ka erasektoris, siis suureneb tõenäosus, et tekib täiendav või dubleeriv erakindlustuse turg.

1.2 Kokkuvõte kirjandusest ja rahvusvahelisest kogemusest

Eratervisekindlustuse disain ja tervishoiusüsteemis täidetav roll on riigiti väga erinevad. Erakindlustuse korraldus mõjutab omakorda kogu tervishoiusüsteemi toimimist. Vabatahtliku erakindlustuse mõju kohta on tehtud mitmeid eri riikide võrdlusuuringuid, peamiselt OECD, Euroopa Komisjoni, Maailma Terviseorganisatsiooni ning Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse eestvedamisel. Lisaks rahvusvahelistele võrdlusuuringutele on ka palju selliseid teadustöid, mis vaatlevad ühe riigi erakindlustuse toimimist.

Erakindlustuse teoreetilised eelised ja puudused on teada nii teoreetilisest kui ka empiirilisest akadeemilisest kirjandusest. Colombo ja Tapay (2004) võtavad need kokku järgnevalt. Positiivse poole pealt on järeldatud, et kuna erasektor on motiveeritud kliente kasumi teenimiseks ligi meelitama, siis püüavad omavahel konkureerivad kindlustajad klienditeenindust parandada, halduskulusid vähendada ja teenuseosutajatele kulude vähendamiseks survet avaldada. Selle tulemusena näevad erakindlustuse toetajad turge dünaamilisemate, uuendusmeelsemate ning kiiremini reageerivatena inimeste eelistuste ja tarbijate nõudmiste suhtes võrreldes riiklike süsteemidega, mis võivad olla aeglasemad ja jäigemad. Erakindlustuse toetajad märgivad ka, et erakindlustus kujutab endast täiendavat rahastamisvõimalust, mis annab inimestele suurema valikuvabaduse lisatervishoiuteenuste või -kaupade ostmisel. Teisalt väidavad erakindlustuse kriitikud, et erakindlustuse suutlikkus tagada inimeste õiglane kohtlemine ja tervishoiukulude efektiivne juhtimine ei ole tegelikult empiiriliselt tõendatud. Mitme konkureeriva kindlustusandja pakutav kaitse on administratiivselt kulukas, võttes ressursse ära tervishoiuteenustelt, eelkõige neis riikides, kus kindlustusturg on väike. Väikest turgu konkureerivate kindlustusseltsidega

fragmenteerides hajub riski jaotamise võime – pole kriitilist massi terveid, kes subsidieriks haigete ravi. Lisaks võivad samad majanduslikud stiimulid, mis suunavad kindlustajaid reageerima tarbijate vajadustele ja piirama kulusid, viia selleni, et nad eelistavad kindlustada pigem terveid inimesi ning väldivad keerukamaid ja kulukamaid juhtumeid. Kriitikud väidavad, et konkurentsi ei pruugi tekkida (eriti väikese turu puhul) või kujuneb see hoopis soovimatute tegevuste kaudu, näiteks konkureerides madalama riskiga klientide saamiseks, mitte aga teenuste kvaliteedi, tõhususe ja kättesaadavuse põhjal. Turutõrked, mis on seotud informatsiooni asümmeetriaga, seavad samuti kahtluse alla erakindlustuse suutlikkuse saavutada tervisesüsteemile etteseadud eesmärgi. Erakindlustus võib suurendada avaliku sektori kulusid ka kaudselt, näiteks suurendades tervishoiuteenuste nõudlust. Erakindlustus võib suurendada ebavõrdsust tervishoiuteenuste kättesaadavuses.

Maynard ja Dixon (2002) annavad samuti teoreetilise ülevaate erakindlustuse eelistest ja puudustest ning analüüsivad nelja riigi erakindlustuse kogemust: Ameerika Ühendriigid, Šveits, Austraalia ja Tšiili. Nad leiavad, et erakindlustus ilma adekvaatse regulatsioonita ei suuda vastata ühiskonna eesmärkidele ja isegi koos tugeva regulatsiooniga ei ole erakindlustus efektiivne ega õiglane viis, kuidas tervishoidu rahastada. Maynard ja Dixon (2002) viitavad Hsiaole (1995), kes võtab kokku vabatahtliku ravikindlustusega kaasnevad turutõrked, ning pakuvad välja võimalikke lahendusi.

Tabel 3. Turutõrked erakindlustuses ja poliitikameetmed

Turutõrge	Tagajärg	Poliitikameetode tõrke vähendamiseks	Empiirilised tulemused meetmete kohta
Ebasoodne valik (<i>adverse selection</i>)	Vähene riskide jagamine, ainult osa inimesi on kindlustatud	Inimeste harimine kindlustuse ostmiseks Maksusubsiidiumid Kohustuslik kindlustus Eluaegne liikmelisus	Ebaefektiivne Ebaefektiivne Efektiivne Efektiivne
Riskide valik (<i>risk selection</i>)	Puudub kindlustus haigetele, vaestele, eakatele	Kõigile avatud Kogukonnapõhine tariif Riskiga kohandatud individuaalsed kindlustusmaksed	Mõõdukalt efektiivne Mõõdukalt efektiivne Tehniliselt teostamatu
Monopol või kartell	Liiga suur kasum, kehv kvaliteet, liiga vähene teenuste pakkumine	Konkurentsiseaduste rakendamine	Efektiivne
Moraalirisk (<i>moral hazard</i>)	Patsiendid tarbivad teenuseid üle	Kaasmaksed (fikseeritud või osakaal) Perearst kui väravavaht Ootejärjekorrad	Mõõdukalt efektiivne Patsiendi rahulolematus Patsiendi rahulolematus

Allikas: Hsiao (1995), tabel 1

Maynard ja Dixon (2002) toovad välja, et praktikas võib erakindlustusel olla ka tugevaid külgi:

- võimaldab suhteliselt jõukatel inimestel katta oma vajadused ise, jättes valitsusele võimaluse suunata avalikud ressursid vaeste ja ebasoodsas olukorras olevate inimeste ravile, kellel puudub juurdepääs erakindlustusele;
- toob tervishoiusüsteemi juurde lisaressursse infrastruktuuri jaoks (nt erahaiglad), millest võivad kasu saada nii vaesed kui ka rikkad;
- soodustab uuendusi, millest saavad kasu ka avaliku sektori asutused (Chollet ja Lewis, 1997);
- suurendab tarbijate valikuvõimalusi.

OECD riikide erakindlustusturgu käsitlev uuring (pikk raport, OECD, 2004) ja selle lühiversioon, mille fookus on erakindlustuse mõjul (Colombo ja Tapay, 2004), võtab kokku senise empiirilise kogemuse:

- erakindlustus pakub paremat rahalist kaitset võrreldes omaosalusega;
- erakindlustus parandab juurdepääsu tervishoiuteenustele, kui riiklik rahastamine on puudulik ja inimestel ei ole muud kindlustuskaitset;
- erakindlustus aitab rahastada neid tervishoiuteenuseid, mida riiklik süsteem ei kata, kui tegemist on täiendava erakindlustusega;
- erakindlustus suurendab teenuse osutamise võimekust ja soodustab innovatsiooni.

Sama uuring toob erakindlustusturgude puudustena välja järgmised aspektid:

- erakindlustus ei ole vähendanud teenustele juurdepääsemisel esinevaid finantstakistusi;
- mõnes riigis on erakindlustus suurendanud ebavõrdsust tervishoiuteenustele ligipääsetavuses;
- erakindlustus ei ole andnud tõuget tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamiseks, välja arvatud üksikud erandid;
- erakindlustus ei ole vähendanud avalikul sektoril lasuvat tervishoiu rahastamise kulusurvet;
- mitmes OECD riigis on erakindlustus tervishoiukulusid suurendanud;
- erakindlustus ei ole suutnud saavutada konkurentsi, mis tugineks teenuste väärtusele;
- erakindlustusega kaasnevad suured halduskulud.

OECD uuring (2004) rõhutab, et tervisekindlustuse ja tervishoiuteenuste turgude vahel on keeruline seos. Kui tervishoiuteenuste pakkujatel, näiteks suurhaiglatel, on tugev turupositsioon, siis isegi juhul, kui kindlustusseltsid omavahel konkureerivad, võib tervishoiuteenuse pakkujate positsioon piirata erakindlustuse võimekust suurendada süsteemi tõhusust ja pakkuda kvaliteetsemat ravi. Seega ei tähenda suurem kindlustuspakkujate arv turul automaatselt madalamaid hindu, eriti kui igaüks neist teeb teenuseosutajatega eraldi kokkuleppeid. Suure turuosaga kindlustusfirma (Eestis nt Tervisekassa) võib saada teenusepakkujalt küll paremaid hindu, aga samal ajal võib see vähendada kindlustusturul konkurentsi. Selleks, et tervisekindlustusturg toimiks, peab tekkima tugev hinna- ja kvaliteedikonkurents ka teenuseosutajate seas.

Värskem rahvusvaheline kogemus 18 riigi eratervisekindlustuse põhjal on kokku võetud kogumikus Thomson *et al.* (2020). Kogumik järeldeb, et ehkki enamikus arenenud riikides annab erakindlustus tervishoiukulude katmisse tagasihoidliku panuse, on selle mõju tervisesüsteemi toimimisele suur. See tuleneb erakindlustusega kaasnevatest turutõrgetest. Autorid järeldebavad, et eraravikindlustus võib kaasa tuua klientide valimise terviseriskide järgi ning ebavõrdsuse ja ebaefektiivsuse kasvu. Rahvusvahelisele kogemusele tuginedes leitakse, et eraravikindlustus vastab harva seatud ootustele, milleks on leevendada survet valitsuse eelarvele ja tõhustada tervishoiusüsteemi. Kuigi eraravikindlustus on mõnele ühiskonnarühmale kasulik – üldiselt nendele, kes on juba niigi suhteliselt soodsas olukorras –, avaldab ta negatiivseid tagajärgi tervishoiusüsteemi toimimisele tervikuna isegi siis, kui tema panus tervishoiukulutustesse on väike. Seega tuleks erakindlustuse toimimist hoolikalt monitoorida ja vajaduse korral reguleerida. Eratervisekindlustusega seotud levinud probleemid on selle raporti põhjal järgmised (Thomson *et al.*, 2020):

- suutmatus pakkuda riiklikust ravikindlustusest laiemat kindlustuskaitset ja seega suutmatus vähendada inimeste omaosalust;
- ebavõrdsus tervishoiuteenustele juurdepääsus erakindlustusega kaetud ja sellega katmata inimeste vahel, samuti erakindlustuse sees, sest erakindlustust ostavad pigem paremal järjel olevad sotsiaalmajanduslikud rühmad;
- stiimulite puudumine eraravikindlustuses tervishoiuteenuste pakkumise tõhususe ja kvaliteedi suurendamiseks; killustunud ostujõu tõttu tegelevad vaid vähesed erakindlustusandjad teenuste strateegilise ostmisega; seetõttu võib erakindlustus tõsta hindu tervishoiusektoris laiemalt;
- suurem surve avaliku sektori eelarvele: surve võib olla otsene, kui erakindlustus kasutab maksusoodustust, või kaudne, kui piirid tervishoiu avaliku ja erasektori vahel ei ole selgelt määratletud ning rahaliste vahendite ja inimressurssi liikumine avalikust sektorist erasektoris toob avaliku sektori rahastatud tervishoiusüsteemis kaasa hinnatõusu või teenuste kättesaadavuse halvenemise;
- kõrgemad tehingukulud erakindlustuse väiksema läbipaistvuse tõttu; erakindlustuse reguleerimiseks ja selle turu jälgimiseks on vajalikud lisakulud.

Mõned uuringud on käsitlenud kindlustuse üksikuid aspekte. Waitzberg *et al.* (2024) analüüsivad 29 kõrge sissetulekuga riigi tervishoiu erasektori rahastamiskomponentide – omaosaluse ja vabatahtliku ravikindlustuse – regressiivsust. Selleks töötati välja kvalitatiivsed mõõdikud, mis võimaldavad hinnata regressiivsuse ulatust ning jälgida poliitikamuutuste mõju ajas. Artikkel leiab, et omaosalus on kõige regressiivsem rahastamisviis, tekitades rahalist koormust just vaesematele elanikkonnagruppidele, samas vabatahtlik ravikindlustus ei asenda sageli omaosalust ja võib kokkuvõttes rahastamise koormust isegi suurendada. Eesti oli selle uuringu kohaselt koos Šveitsiga üks kõige regressiivsema omaosaluse ja vabatahtliku ravikindlustusega riike. Vabatahtliku ravikindlustuse progressiivsus või regressiivsus sõltub sellest, kuidas kindlustusega seotud poliitika on kujundatud. Kuigi kindlustus jaotab riske ja kulusid nii ajas kui ka kindlustatute vahel, ei tähenda see automaatselt, et see oleks progressiivne. Enamasti on

vabatahtlik ravikindlustus regressiivne, sest madalama sissetulekuga inimesed maksavad kindlustusmaksedeks suhteliselt suurema osa oma sissetulekust või ei saa üldse endale kindlustust lubada. Uuring soovib tugevdada avalikku rahastamist, kuna see on progressiivsem ja pakub paremat rahalist kaitset. Peamised tegurid, mis määravad vabatahtliku ravikindlustuse regressiivsuse või progressiivsuse on Waitzberg *et al.* (2024) järgi järgmised:

1. subsiidiumide olemasolu – kui riik toetab madalama sissetulekuga inimeste ravikindlustust (nt riigieelarvest makstavad kindlustusmaksed), vähendab see regressiivsust. Selle hea näitena tuuakse esile Horvaatiat;
2. sissetuleku järgi diferentseeritud kindlustusmaksed – kui maksed on seotud inimese sissetulekuga (nt mida väiksem sissetulek, seda väiksem makse), on süsteem progressiivsem;
3. kaetavate teenuste ulatus – kui vabatahtlik ravikindlustus katab teenuseid, mis muidu nõuavad suuri kaasmakseid (nt visiitiditasud, ravimite kaasmaksed), võib see vähendada majanduslikke takistusi ja pakkuda rahalist kaitset. Näiteks Prantsusmaal ja Sloveenias (kuni 2023. aasta lõpuni) kattis vabatahtlik ravikindlustus kaasmaksed riikliku kindlustusega osaliselt kaetud teenuste puhul;
4. turustruktuur ja ligipääs – kui vabatahtlik ravikindlustus on kallid või selle kättesaadavus on mõne elanikkonnagrupi jaoks (nt eakad, haiged) piiratud, muutub süsteem regressiivseks, sest süsteemist saavad kasu pigem suurema sissetulekuga inimesed. Lisaks võib varasemate haigusseisundite kindlustuslepingutest välistamine vähendada madalama sissetuleku ja suurema vajadusega inimeste puhul kindlustuse kättesaadavust;
5. kaasnev mõju omaosalusele – kui vabatahtlik ravikindlustus kaasmakseid ei kata, vaid sellega hoopis kaasnevad kaasmaksed, siis soodustab kindlustus ühest küljest rohkem teenuste tarbimist, aga teisest küljest suurendab omaosalust. Mõnes riigis (nt Itaalias, Hispaanias, Taanis) on vabatahtliku ravikindlustuse omanikel kaasmaksete kulud suuremad, kuna nad kasutavad teenuseid rohkem;
6. kindlustusturu reguleeritus – tugevalt reguleeritud kindlustusturg, kus pakkujatelt nõutakse ühe universaalse paketi pakkumist või riskide jagamist laiemalt, võib aidata vähendada regressiivsust. Samas jääb vabatahtlik erakindlustus paljudes riikides turupõhiseks ja kasumit taotlevaks, mis võimendab sissetulekuga seotud ebavõrdsust.

Põhjamaade vabatahtliku ravikindlustuse arengu kohta 1990-ndatest 2015. aastani tehtud võrdlevanalüüs (Tynkkynen *et al.*, 2018) tõdeb, et erakindlustus tekkis, katmaks lünki muidu universaalses kindlustuskaitstes. Valitsuste otsesed või kaudsed sammud on soodustanud erakindlustuse kasvu, eriti Norras ja Taanis, kus valitsus kehtestas tööandja poolt makstud erakindlustusmaksetele maksusoodustusi. Norra, Taani ja Rootsi puhul ostavadki täiendavat kindlustust peamiselt tööandjad, mistõttu on tööandjad ning ka mõned ametiühingud aktiivsed osapooled. See viitab sellele, et Põhjamaade turgu juhivad suures osas tööandjad, kes ühest küljest soovivad oma haigestunud töötajad võimalikult kiiresti tööle tagasi saada, aga teisest küljest on hakatud erakindlustust pidama täiendavaks töötasu osaks, eriti erasektoris. Soomes

on kasvanud erakindlustuse roll seetõttu, et juurdepääs esmatasandi tervishoiusüsteemi põhiteenustele on piiratud. Seal ostavad erakindlustust enamasti eraisikud. Norras ja Rootsis esineb erakindlustus peamiselt lisakindlustusena, pakkudes ootustele vastavat eriarsti juurdepääsu. Taanis ja Soomes katab erakindlustus nii kaasmakseid kui ka dubleerib riiklikku kindlustust.

Eraldi küsimus on see, kas erakindlustuse kasv universaalse kindlustusega riikides on aidanud vähendada avalikult rahastatud tervisekindlustuse koormat või kas ta on vähendanud inimeste maksevalmidust riiklikusse ravikindlustusse. Kullberg *et al.* (2022) võtavad kokku varasemad uuringud ja järeldavad, et tulemused on ebaselged. Mõned uuringud viitavad, et vabatahtlik ravikindlustus vähendab toetust avalikult rahastatud ravikindlustusele, kuid teised uuringud sellist mõju ei kinnita. Samuti osutavad mõned empiirilised uuringud sellele, et vabatahtlik ravikindlustus vähendab avaliku tervishoiusektori koormust, kuid tingimused, mille korral selline asendamine võib toimuda, ja selle pikaajalised tagajärjed jäävad ebaselgeks. Autorid ise leidsid Rootsi küsitlusandmete põhjal, et erakindlustuse omanike ja mitteomanike vahel ei esinenud erinevust valmisolekus rahastada avalikku tervishoidu maksude kaudu. Avaliku tervishoiu kasutamisel täheldati, et erakindlustuse omanikud kasutasid avalikku tervishoidu mõnevõrra vähem kui need, kellel kindlustust ei olnud. Siiski jätkas enamik erakindlustuse omanikke ka avaliku tervishoiusüsteemi kasutamist, mis viitas väga väikesele asendusefektile.

Värskem analüüs on läbi viidud Austraalia kohta. Austraalias toetab valitsus soodustustega eraravikindlustuse kasutuselevõttu. Peamine põhjendus on see, et erakindlustuse rolli suurendamine vähendaks avalike haiglate koormust ja lühendaks ravijärjekordi. Yang *et al.* (2024) leidsid, et üheprotsendiline erakindlustuse katvuse kasv vähendas avalike haiglate ooteaega keskmiselt ainult 0,34 päeva (0,5%). Kuigi mõju oli statistiliselt oluline, oli see autorite hinnangul praktilises plaanis tühine. Autorid järeldavad, et poliitikakujundajate prioriteet peaks olema avaliku sektori haiglate efektiivsuse suurendamine ja võrdse ligipääsu tagamine.

Maaailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regiooni tervishoiu rahastamise üksus on erakindlustuse rolli kohta esitanud järgmised kokkuvõtavad soovitused.³ Esiteks, kui erakindlustus teha tervishoiusüsteemi osaks, tuleks seda rakendada kaasmaksetele (*co-payments*). Erakindlustus oleks sel juhul kõigile kohustuslik, sest siis puuduks ebasoodne valik (*adverse selection*) ja kindlustaja ei peaks tegelema riskide valimisega. Riskirühmad (nt lapsed, eakad, töötud) oleksid kaasmaksetest ja seega täiendavast kindlustusest vabastatud või tasutaks erakindlustuse maksed nende eest riigieelarvest, tagamaks võrdne juurdepääs tervishoiuteenustele. Avaliku sektori poolt katmata teenustele jääks kehtima täiendav kindlustus, mida aga riik maksusoodustustega ei subsideeriks.

³ Koolitusmaterjalid: Thomson, S., Kasekamp, K. (16.10.2024). Financial protection and coverage policy II. WHO Barcelona Office for Health Systems Financing; Kutzin, J. (24.09.2024). Pooling. WHO Barcelona Office for Health Systems Financing.

Seega on eratervisekindlustuse roll ja ülesehitus eri riikide tervishoiusüsteemides väga erinev, kuid selle mõju süsteemi toimimisele on alati märkimisväärne. Kuigi eratervisekindlustuse pooldajad toovad esile selle positiivseid omadusi, nagu uuenduslikkus, suurem inimeste ootustele vastavus ja lisavahendite kaasatus, viitavad empiirilised analüüsid olulistele turutõrgetele. Peamised murekohad hõlmavad klientide valikut, suuri halduskulusid ja ebavõrdsuse suurenemist teenuste kättesaadavuses, kuna kindlustust saavad lubada endale eelkõige jõukamad rühmad. Eriti regressiivseks rahastamisviisiks peetakse omaosalust ja vabatahtlikku ravikindlustust nendes riikides, kus puuduvad piisav avalik regulatsioon ja toetusskeemid. Tervishoiu rahastamise eksperdid, sealhulgas Maailma Terviseorganisatsioon, soovivad seetõttu lähtuda sellest, et kui eratervisekindlustust rakendatakse tervishoiusüsteemis olulise rahastusallikana, peab see olema tugevalt reguleeritud, vältimaks ebavõrdsust ja riskide valikut ning tagamaks süsteemi eesmärkide täitmine.

2. Vabatahtliku ravikindlustuse areng ja roll Eestis

2.1 Eesti kohta tehtud varasemad uuringud

Vabatahtliku ravikindlustuse roll Eesti tervishoius on väike, kuid kasvav. Tervise Arengu Instituudi tervishoiu kogukulude arvepidamise andmetel moodustasid eraravikindlustuse kulud aastatel 2008–2018 ainult 0,27% tervishoiu kogukuludest.⁴ Peamiselt oli tegemist tervishoiukuludega, mis tekkisid reisikindlustusest, inimeste otse sõlmitud kindlustuslepingutest ja Tervisekassas sõlmitud vabatahtlikust ravikindlustusest. Alates 2018. aastast on tööandjad saanud tervise edendamise kulude osana ja seega erisoodustumaksu kohustuseta tasuda töötajate tervisekindlustusmaksete eest. Koos erakindlustuse ja erameditsiini pakkumise kasvuga jõudis vabatahtliku ravikindlustuse osakaal tervishoiukuludes 2023. aastaks 0,86%-ni.⁵

Eesti tervishoiu rahastamise valdkonna analüüsides on andnud ülevaate Võrk ja Piirits (2022). Et vabatahtliku ravikindlustuse roll on seni Eesti olnud väike, on ka selle valdkonna kohta tehtud analüüsid olnud pigem hüpoteetilised ja tuginenud teiste riikide kogemusele. Erakindlustust on Eestis analüüsitud täiendava kindlustusena, mis peaks katma ära kasvava omaosaluse juhul, kui solidaarne ravikindlustussüsteem ei suuda pakkuda piisavat finantskaitset või ei kata vajalikke teenuseid.

Praxise tervishoiu jätkusuutlikkuse raport (Aaviksoo *et al.*, 2011) analüüsis erakindlustuse puhul mõningate teenuste või omaosaluse katmist. Raport järeldas, et Eestis on erakindlustuse rakendamist takistavateks teguriteks eratervishoiuteenuse osutajate vähesus, laia katvusega riikliku ravikindlustuse olemasolu ning majandussubjektide vähene kogemus kindlustustoodete kasutamisel.⁶ Kui inimeste vähesus välja arvata, siis teiste Praxise raportis nimetatud piiravate

⁴ KK01: Tervishoiukulud teenuse ja rahastamismudeli järgi (tuhat eurot), https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__04THressursid__10Tervishoiukulud/KK01.px/.

⁵ Samas.

⁶ Projekti tol ajal nõustanud Hollandi terviseökonoomisti professor Hans Maarse hinnangul on Eesti liiga väike, et tekiks erakindlustuse efektiivseks toimimiseks vajalik mastaabiefekt, milleks tema hinnangul on vaja vähemalt 400 000 inimest. Võrdluseks: Hollandis oli 2025. aastal 11 emafirmal 39 kindlustusfondi, s.o keskmiselt 1,4 miljonit inimest ühe emafirma kohta või 400 000 inimest ühe kindlustusfondi kohta.

tegurite roll peaks aastate jooksul olema vähenenud. Eratervishoiuteenuse osutajaid on juurde tulnud, riiklik kindlustus ei suuda teenuste katmisel nõudlusega sammu pidada ja kasvanud on ka inimeste finantsteadlikkus (nt Tuleva turuletulek, kogumispensioni sagedased reformid).

Praxise raportile järgnes Arenguseire Keskuse analüüs (2020), mille järgi üks tervishoiu valdkonna stsenaarium oli nn pragmaatiline maailm, mis hõlmas samuti erakindlustuse rolli kasvu, et katta ära inimeste omaosalus. Analüüs hindas, et Tervisekassa eelarve tasakaalu säilitamiseks, ilma et kaasataks täiendavaid tuluaallikaid (lisaks tollasele sotsiaalmaksu osale), peaks omaosalus katma pikas perspektiivis lausa poole tervishoiu kuludest. Selle kindlustamiseks tuleks tööealistel inimestel tasuda täiendava erakindlustuse eest aastas 570–820 eurot (2019. aasta hindu arvestades). Laste ja pensioniealiste kindlustusmakset subsideeriks riik. Raport pakkus, et erakindlustus võiks Eestis pikemas perspektiivis toimida piiriülese ravikindlustusena või täiendada riigi rahastust. Samuti loetles raport mitmesuguseid võimalusi ja riske (Tabel 4), mida erakindlustus kaasa toob, kuid tõdes, et andmete vähesus ei võimalda erakindlustuse kohta koondhinnangut anda.

Tabel 4. Erakindlustuse võimalused ja riskid Arenguseire Keskuse 2020. aasta raporti põhjal

Võimalused	Riskid
• Tehnoloogiaettevõtetel on head võimalused pakkuda ennetusega seotud teenuseid • Uute ravitehnoloogiate kasutuselevõtt parandab ravikvaliteeti • Erakindlustus omaosaluse katmiseks toob kaasa inimeste suurema motivatsiooni tervislikumaks käitumiseks, sest sellest sõltub kindlustusmakse suurus • Turupõhise konkurentsi tekkimine haiglate vahel aitab kulusid ohjata • Tervisekindlustusega võib kaasneda kohustus iga-aastaselt vähemalt korra arsti juures käia ja/või anda nõusolek oma terviseandmete jagamiseks (arvestades andmekaitse reegleid) • Erakindlustus ühtlustab inimeste omaosaluse makseid, sest kindlustusmakse on inimese jaoks omaosaluse kulude laeks	• Erakindlustus ei pruugi nii väikeses mahus toimida. Selleks võib vaja minna suuremat turupiirkonda • Erakindlustuse toimimisel ei pruugi see vastata ootustele ega tagada inimeste võrdset kohtlemist • Erakindlustus võib viia osa inimesi suuremasse vaesusrisi või tekitada suuri kulusid kohalikule omavalitsusele ja riigile, et vaesematele inimestele erakindlustust tagada

Allikas: Arenguseire Keskus (2020)

Vörk ja Piirits (2020) simuleerisid sama raporti jaoks ka olukorda, kui omaosalus kaetakse kindlustusega. Nad jõudsid paradoksaalsele järeldusele, et kui erakindlustus kataks täies ulatuses senise omaosaluse, siis vaesusriskis olevate inimeste arv hoopis suureneks. See johtus

sellest, et omaosaluse kulud jagati ühtlasemalt kogu populatsiooni lõikes, mis üksikute inimeste puhul tähendas küll olulist vaesusrisi vähenemist, kuid paljud inimesed, kes seni ei olnud omaosalusele kulutanud, sattusid kindlustusmaksete tõttu vaesusrisi. Autorid põhjendasid seda andmeprobleemidega, sest inimeste omaosalust jälgiti üksnes lühikese ajavahemiku jooksul.

Kuna vabatahtlik tervisekindlustus on Eestis alles käivitumas, siis puuduvad analüüsid, mis käsitleksid erakindlustuse haldamise kulukust tervisesüsteemi vaatest, sealhulgas halduskulusid võrreldes Tervisekassaga, kulutõhususe arvestamist teenuste ostmisel ning riskide kitsama jagamise mõju erakindlustuse efektiivsusele.

2.2 Erakindlustuse areng aastatel 2019–2024

2.2.1 Erakindlustuse turg Eestis

2018. aastal hakkas vabatahtliku ravikindlustuse turg Eestis kiiresti kasvama, mida soodustas tööandjatele kehtestatud maksuvabastus. 2025. aastal pakkusid Eestis vabatahtlikku tervisekindlustust seitse kindlustusandjat (Tabel 5).

Tabel 5. Vabatahtliku ravikindlustuse pakkujad

Kindlustusandja	Omanik	Eestis 2024. aastal kogutud ravikindlustuse maksed (mln eurot)
LHV Kindlustus	LHV Grupp, Toveko Invest OÜ Koostööpartner Tervisekindlustusagent OÜ, omanik Confido Healthcare Group OÜ, kaubamärk Confido Terviselahendus	9,2
PZU	Leedu kindlustusseltsi AB „Lietuvos draudimas“ Eesti filiaal, kuulub Poola suurimasse kindlustusseltsi PZU (Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna) kontserni	<i>Aastaaruanne seda infot ei sisalda</i>
ERGO Insurance	ERGO Group AG (Saksamaa)	<i>Aastaaruanne seda infot ei sisalda</i>
If P&C Insurance AS (If Kindlustus)	If P&C Insurance Holding, mis kuulub Soome ettevõtte Sampo Groupi	<i>Aastaaruanne seda infot ei sisalda</i>
Compensa Life	Compensa Life Vienna Insurance Group SE Austria kindlustuskontserni Vienna Insurance Group AG Wiener Versicherung Gruppe 100% tütarettevõte	0,47
Seesam	Kuulub kindlustuskontserni Vienna Insurance Group	<i>Aastaaruanne seda infot ei sisalda</i>

BTA	Läti firma AAS BTA Baltic Insurance Company Eesti filiaal, ettevõtte omanik on omakorda Vienna Insurance Group	<i>Aastaruanne eraldi Eesti kohta seda infot ei sisalda</i>
-----	--	---

Allikas: seltside kodulehed ja majandusaasta aruanded

Kuigi avalikke andmeid on piiratult, selgub olemasoleva teabe põhjal, et Eestis on eratervisekindlustus kontsentreerunud. Majandusaasta aruannetes toovad Eestis kogutud vabatahtliku ravikindlustuse maksete mahu välja ainult LHV Kindlustus ja Compensa Life. LHV Kindlustus on ettevõtetele tervisekindlustust müünud alates 2022. aastast Tervisekindlustusagent OÜ vahendusel (kaubamärk Confido Terviselahendus). 2024. aastal sai LHV Kindlustus tervisekindlustuse pealt tulu 9,2 miljonit eurot. Kuna sel ajal oli Eesti Kindlustusseltside Liidu hinnangul eratervisekindlustuse turu maht Eestis kokku ligikaudu 21,3 miljonit eurot, moodustas LHV Kindlustuse turuosa ca 43%.

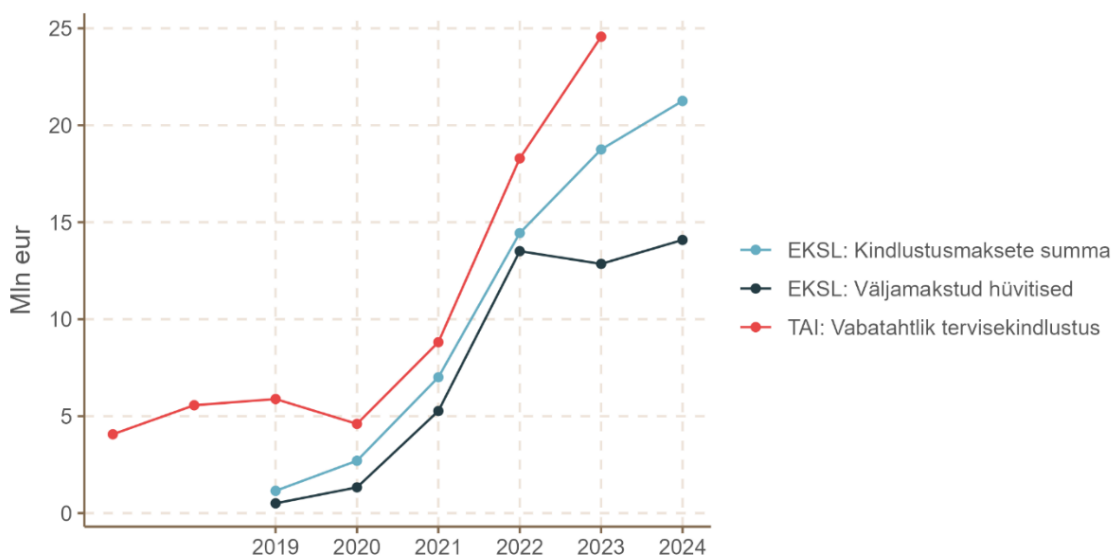
Kuna sisuliselt müüb LHV tervisekindlustust Confido gruppi kuuluv Tervisekindlustusagent OÜ, siis on tegemist tervise sektoris avalduva vertikaalse integratsiooniga. Sarnaseid mudeleid on rakendatud ka näiteks USA-s (Kaiser Permanente) ja Tšiilis (ISPARE), samuti Euroopas. Kuigi tervishoiuturul esinev vertikaalne integratsioon võib teenuste koordineerimist ja ravi järjepidevust parandada, kätkeb see endas ka riske (sh konkurentsi vähenemine, läbipaistvuse kahanemine ja patsientide valikuvõimaluste piiramine), kui seda ei reguleerita hoolikalt ega seata avaliku huvi eesmärkidega kooskõlla.

Ülejäänud kindlustusseltsidest kolm (Compensa Life, Seesam ja BTA) kuuluvad Vienna Insurance Groupi, üks ERGO Groupi, üks Sampo Groupi ja üks PZU kontserni. Nende kindlustusseltside turuosa jagunemist Eesti vabatahtliku ravikindlustuse turul majandusaasta aruannete põhjal kahjuks hinnata ei ole võimalik.

2.2.2 Kindlustusega kaetud inimesed ja ettevõtted

Tööandjate tehtud vabatahtliku ravikindlustuse maksed moodustasid Eesti Kindlustusseltside Liidu koondandmete alusel 2024. aastal 21,3 miljonit eurot ja väljamakstud hüvitised 14,1 miljonit eurot (2023. aastal 12,9 miljonit), seega ligikaudu 2/3 kogutud maksetest läheb tervishoiukuludeks. Tervise Arengu Instituudi (TAI) tervishoiu kogukulude statistikas avaldatud vabatahtliku tervisekindlustuse kulud näitavad samasugust kiiret kasvu ja on isegi oluliselt suuremad (2023. aastal 24,5 miljonit eurot).⁷

⁷ TAI tervishoiukulud sisaldavad muu hulgas reisikindlustusega seotud ravikuludid ja Tervisekassa vabatahtliku ravikindlustuse kulusid. Osaliselt võib suur erinevus TAI ja EKSL-i summade vahel olla tingitud ka erinevast arvutusmetoodikast.



Allikas: Eesti Kindlustusseltside Liit; TAI

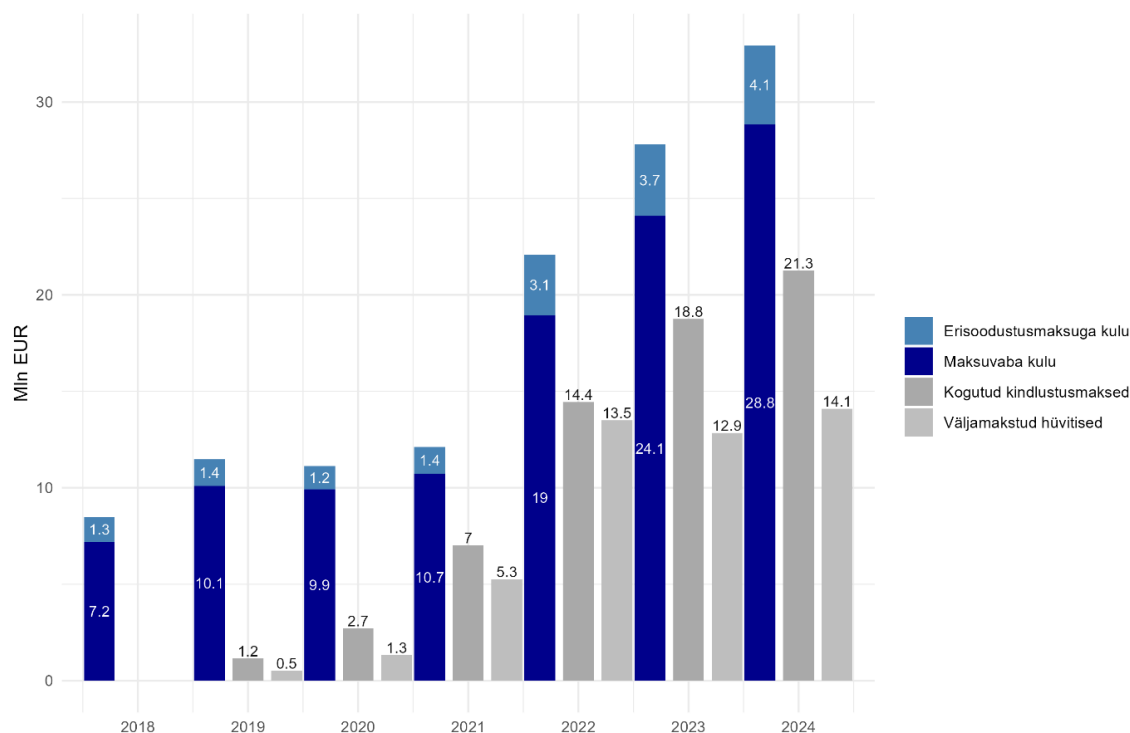
Joonis 1. Vabatahtliku ravikindlustuse kulud ja kindlustusmaksed Tervise Arengu Instituudi (TAI) ja Eesti Kindlustusseltside Liidu (EKSL) andmete järgi

Allikas: Tervise Arengu Instituut, Eesti Kindlustusseltside Liit

Vabatahtliku ravikindlustuse kiire kasv on toimunud tööandjatega sõlmitud lepingute arvu kasvu tulemusena. Siinkohal on oluline meele pidada, et maksustamise vaatevinklist võivad tööandjad teha kulutusi töötajate tervise parandamisse kolmel viisil:

- 1) töötervishoiu ja tööohutuse seadusest tulenevate kohustuste täitmiseks tehtud kulud, mis tuginevad töökeskkonna riskianalüüsile ja töötaja tervisekontrolli otsusele, need kulud on ettevõtlusega seotud ja seega maksuvabad;
- 2) tulumaksuseaduse § 48 lõige 5⁵ alusel tehtud kulud (tervise edendamise kulud), mis on maksuvabad 400 euro ulatuses aastas ja mille alla on alates 2018. aastast kuulunud ka ravikindlustuslepingu kindlustusmaksed;
- 3) kulud kõigi ülejäänud tervisteenuste eest, mida käsitletakse erisoodustusena ja mida tuleb vastavalt maksustada ning millele ei ole seatud piiranguid, seega kuulub siia alla ka vabatahtlik ravikindlustus, kui seda ei tehta tervise edendamise kulude maksuvaba piirmäära sees.

Vabatahtlikud ravikindlustusmaksed moodustavad tööandjate maksuvabadest tervise edendamise kuludest aina suurema osa (Joonis 2). Eesti Maksu- ja Tolliameti andmetel olid tulumaksuseaduse alusel tehtud töötajate maksuvabad tervise edendamise kulud 2019. aastal 10,1 miljonit ja 2024. aastal 28,8 miljonit eurot. Sellele lisanduvad tervise edendamise kulud, millelt on makstud erisoodustusmaksu (4,1 miljonit 2024. aastal). Kindlustusseltside kogutud eratervisekindlustuse sissemaksed ettevõtetelt on kasvanud 1,2 miljonilt 2019. aastal 21,3 miljonini 2024. aastal.

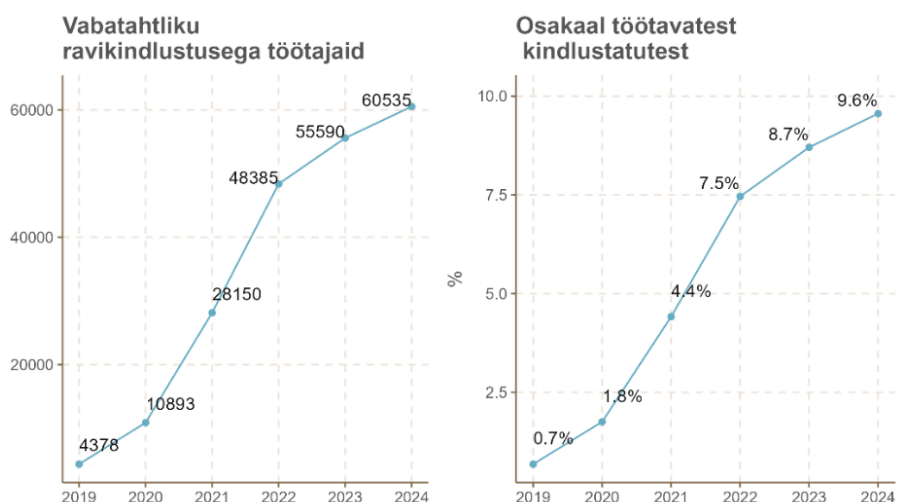


Joonis 2. Tööandjate tehtud tervise edendamise kulud aastatel 2019–2024 võrrelduna eratervisekindlustuse maksete ja väljamakstud hüvitistega

Allikas: Eesti Maksu- ja Tolliamet, Eesti Kindlustusseltside Liit

Arvestades, et aastatel 2019–2024 on ettevõtetepoolsed erakindlustuse sissemaksed kasvanud oluliselt kiiremini kui ettevõtete vabatahtlikud tervise edendamise kulud kokku, peab ettevõtete tervise edendamise kulude struktuuris olema toimunud muutus erakindlustuse sissemaksete kasuks. Aastatel 2022–2024 moodustasid kindlustusseltside kogutud maksed ettevõtete maksuvabadest tervise edendamise kuludest ligikaudu kolmveerandi (76% 2022. aastal, 78% 2023. aastal ja 74% 2024. aastal).

Eratervisekindlustusega kaetud töötajate arv oli Eesti Kindlustusseltside Liidu andmetel 2024. aasta lõpus ligikaudu 60 000, mis moodustas 9,6% inimestest, kes olid töötamise kaudu riikliku ravikindlustusega kaetud (Joonis 3).



Allikas: Eesti Kindlustusseltside Liit, Tervisekassa
Autorite arvutused

Joonis 3. Tööandjate kaudu eratervisekindlustuse sõlminud kindlustatud isikute arv ja osakaal sotsiaalmaksu maksmise teel kindlustatud isikutest⁸

Statistikaameti läbiviidud Eesti sotsiaaluuringu (ESU) küsitlusandmete järgi on tööandja erakindlustusskeemidega kaetud inimeste arv samas suurusjärgus (tabel 6). Küsitluse kohaselt teadis 2024. aasta esimesel poolel ligikaudu 52 000 inimest (neist 50 000 olid vanuserühmas 20–64), et neil on tööandja erakindlustus. Vanuserühmas 20–64 moodustas see näitaja 2024. aastal 6,9% rahvastikust ning vanuserühmas 15 ja vanemad 5,0%.⁹

Tabel 6. Tööandja erakindlustusskeemiga kaetud inimeste arv Eesti sotsiaaluuringu järgi

Aasta	Vanuserühm	Inimeste arv tuhandetes	Hinnangu 95%-lised usalduspiirid	Osakaal rahvastikust
2023	15+	49,6	44,0–55,2	4,8%
2024	15+	52,3	46,6–58,1	5,0%
2023	20–64	48,7	43,2–54,2	6,8%
2024	20–64	50,0	44,4–55,6	6,9%

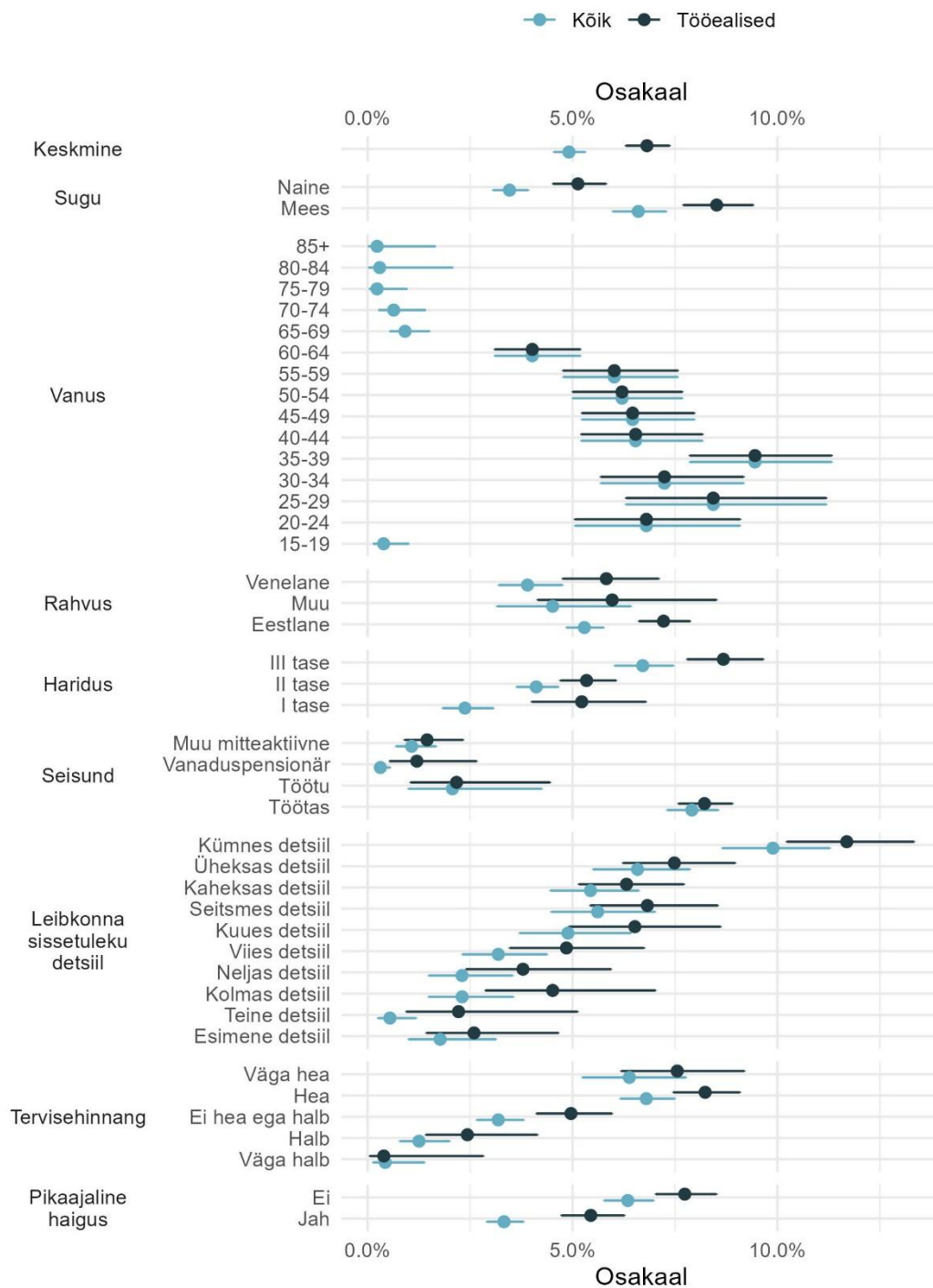
Allikas: Eesti sotsiaaluuring, autorite arvutused

Märkus. Näitaja on leitud vastusena küsimusele „Kas Teie tööandja on Teid kindlustanud või olete end

⁸ Sotsiaalmaksu maksmise teel kindlustatud isikute all peetakse silmas järgmisi Tervisekassas kindlustatud inimeste rühmasid: tööandja poolt kindlustatud isik, füüsilisest isikust ettevõtja, viisa alusel töötaja, tulu- ja sotsiaalmaksu deklaratsiooni (TSD) alusel kindlustatu, FIE tegevuses osalev abikaasa. Allikas: <https://tervisekassa.ee/kindlustatud-isikute-andmed>, aasta lõpu seis.

⁹ Küsitlusuuringu tulemused võivad olla väiksemad mitmel põhjusel: Eesti Kindlustusseltside Liidu esitatud andmed on aasta lõpu seisuga kajastavad kumulatiivsed andmed, aga sotsiaaluuringu andmed kajastavad jaanuari kuni mai seisuga, kui kõik tööandjad ei olnud veel lepinguid sõlminud; kõik töötajad ei pruugi ka teada, et tööandja on nad kindlustanud; samuti on võimalik, et mõni inimene on kaetud mitme tööandja poolt korraga ja kajastub kindlustusseltside andmetes mitmekordselt. Teisest küljest võivad küsitlusandmed sisaldada lisaks vabatahtlikule ravikindlustusele ka elukindlustust, vastutuskindlustust jms.

oma ettevõtte kaudu kindlustanud ja maksate muudesse erakindlustusskeemidesse (nt tervisekindlustus, elukindlustus jms)? Ärge arvestage siin pensionikindlustuse II ja III sammast.“



Joonis 4. Tööandja erakindlustusskeemiga kaetud töötajate osakaal sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes aastatel 2023–2024

Allikas: Eesti sotsiaaluuring, autorite arvutused

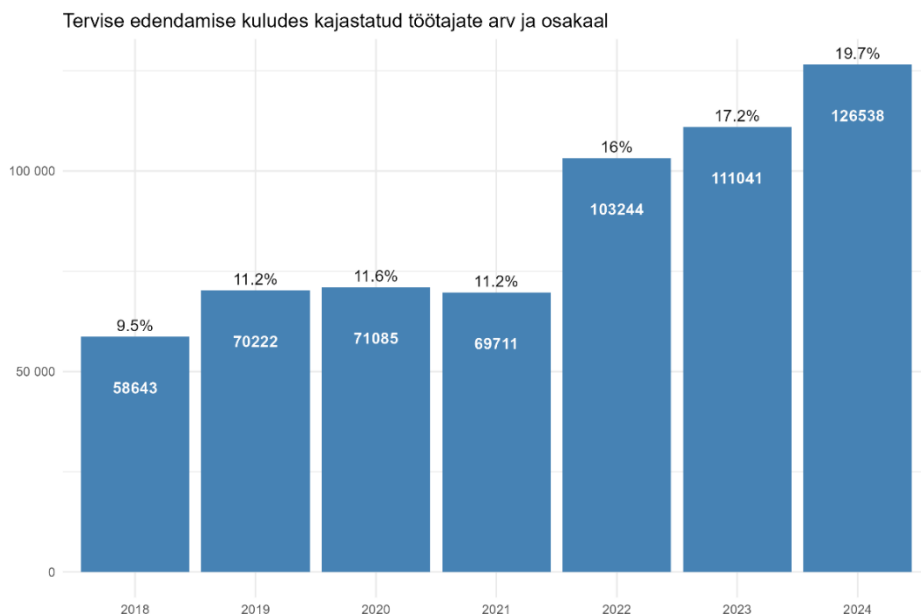
Märkus. Joonisel on esitatud punkthinnang koos ligilähedase 95%-lise usaldusintervalliga.

Tööandja erakindlustuse olemasolu saab vaadata ka inimeste sotsiaaldemograafiliste tunnuste lõikes, eelkõige tööealiste inimeste (vanuses 20–64) seas (Joonis 4). Erakindlustus on suurema

töenäosusega olemas meestel kui naistel (8,5 vs. 5,1%, aastate 2023–2024 keskmisena), eestlastel kui venelastel (7,2 vs. 5,8%), enim vanuserühmas 25–39 ning kõrgema haridustasemega ja väga hea või hea tervise enesehinnanguga inimestel. Väga tugev on seos ka leibkonna sissetulekuga, näiteks kümnendas detsiilis on tööealiste seas kindlustuse omajate osakaal 11,7%, kuid esimeses detsiilis 2,6%.

Tööandjapoolse vabatahtliku ravikindlustuse olemasolu sõltub kolmest asjaolust. Esiteks, kas tööandja üldse pakub tervise edendamise kulude hüvitamist kuni 400 euro ulatuses aastas. Teiseks, kas erakindlustus pakub tööandjale ravikindlustuspaketti ja kas tööandja soovib seda kasutada. Kolmandaks, kas töötaja valib tööandja kaudu pakutud ravikindlustuspaketi või eelistab kasutada muid tervise edendamise kulusid. Avalike andmete põhjal ei ole teada, millistel ettevõtetel on sõlmitud erakindlustusleping. Küll aga on olemas anonümiseeritud informatsioon selle kohta, milliste karakteristikutega ettevõtted teevad tervise edendamiseks maksuvabalt kulutusi ja kui suures ulatuses.

Ettevõtete deklareeritud maksuvabade tervise edendamise kulude andmed näitavad, et kasu saanud töötajate arv on kasvanud 2024. aastaks võrreldes 2018. aastaga enam kui kaks korda, 59 000 töötajalt 136 000 töötajani ehk ligikaudu 77 000 inimese võrra. Kasv langeb kokku samal ajavahemikul avaldunud erakindlustuse kasvuga (ca 60 000 inimest). 2024. aastal deklareeriti tervise edendamise kulusid ligikaudu viiendiku (19,7%) töötajate eest (Joonis 5). Ent teistpidi vaadates, ligikaudu 80% töötajate eest ei teinud tööandjad tervise edendamise kulusid ka 400-eurose maksuvabastuse raames. Samal ajal on peaaegu 50% kasvanud kulutusi teinud ettevõtete arv (3974 ettevõttelt 2018. aastal 5944 ettevõtte 2024. aastal). Lisaks maksab aastas umbes 500 ettevõtet tervisekuludelt erisoodustusmaksu.



Joonis 5. Töötajate arv ja osakaal, kelle eest on aastatel 2018–2024 deklareeritud tervise edendamise kulusid

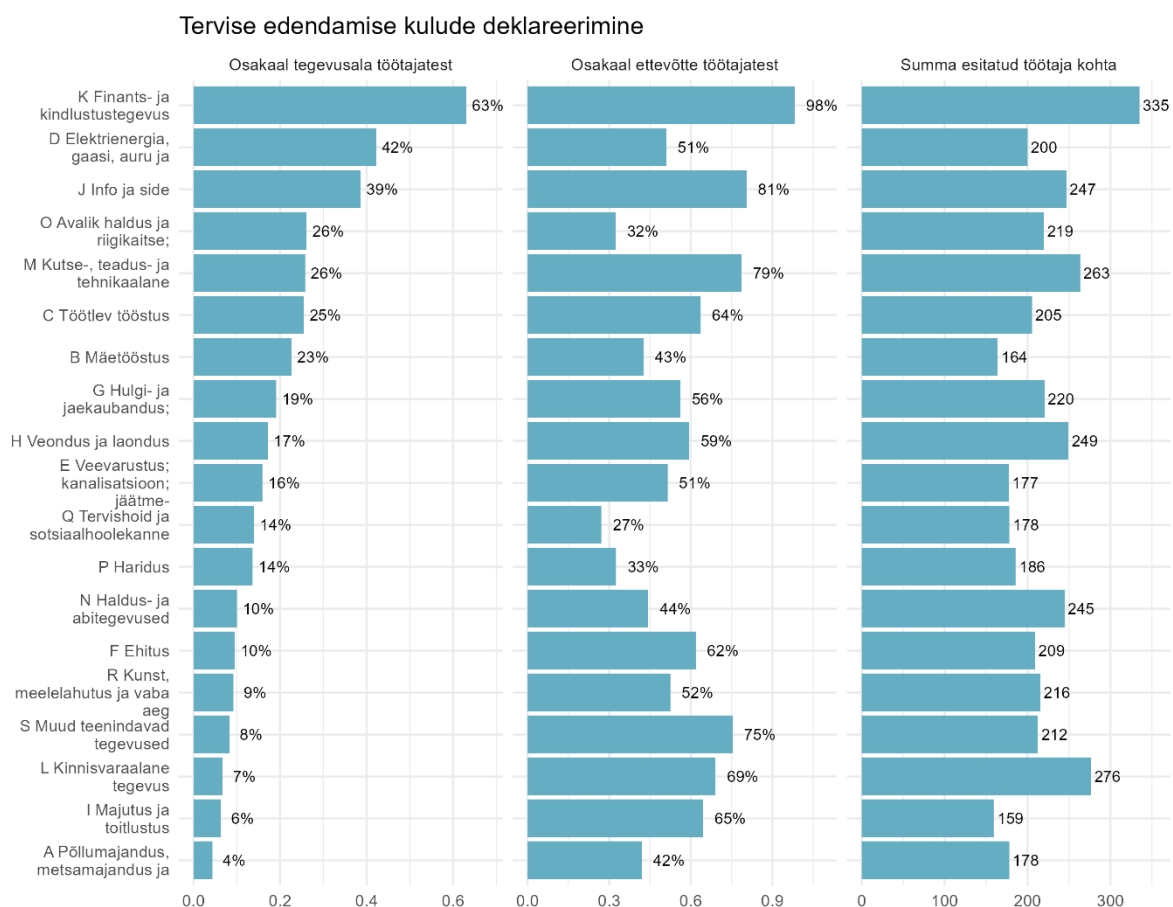
Allikas: Eesti Maksu- ja Tolliamet, Rahandusministeerium, autorite arvutused

Märkus. Osakaal on leitud võrreldes kuukeskmise töötajate arvuga tulu- ja sotsiaalmaksu

deklaratsioonides (TSD). Alandmetes on töö autorid korrigeerinud ilmsed sisestusvead. Detailseid andmeid saab küsida autoritelt.

Kõigi tegevusalade lõikes deklareerivad enim tervise edendamise kulusid oma töötajate eest finants- ja kindlustustegevuse ettevõtted (63% töötajatest 2024. aastal), neile järgnevad elektrienergia jm varustamise (42%) ning info ja side valdkonna ettevõtted (42%). Kõige vähem deklareeritakse oma töötajate eest kulusid põllumajanduse, metsamajanduse ja kalapüügi valdkonnas (4% töötajatest) ning majutuse ja toitlustuse valdkonnas (6%; Joonis 6).

Ettevõtete deklaratsioonide andmed ei võimalda eristada, kas tervise edendamise kulud hõlmavad erakindlustuse ostmist või muid tervise edendamise kulusid. Mida suurema osa oma töötajatest ettevõtte deklareerib maksuvaba tervise edendamise kulude all ja mida lähemal on kulud maksimaalsele 400-eurosele piirile, seda suurem on võimalus, et tegemist on ühtse paketi, mis laieneb kõigile ettevõtte töötajatele. Samas näitasid erakindlustusettevõtetega tehtud intervjuud, et väga palju kasutatakse siiski väiksemaid pakette, mis jäävad alla 400 euro piiri.



Joonis 6. Tervise edendamise kulude deklareerimine tegevusalade lõikes 2024. aastal

Allikas: Eesti Maksu- ja Tolliamet, Rahandusministeerium, autorite arvutused

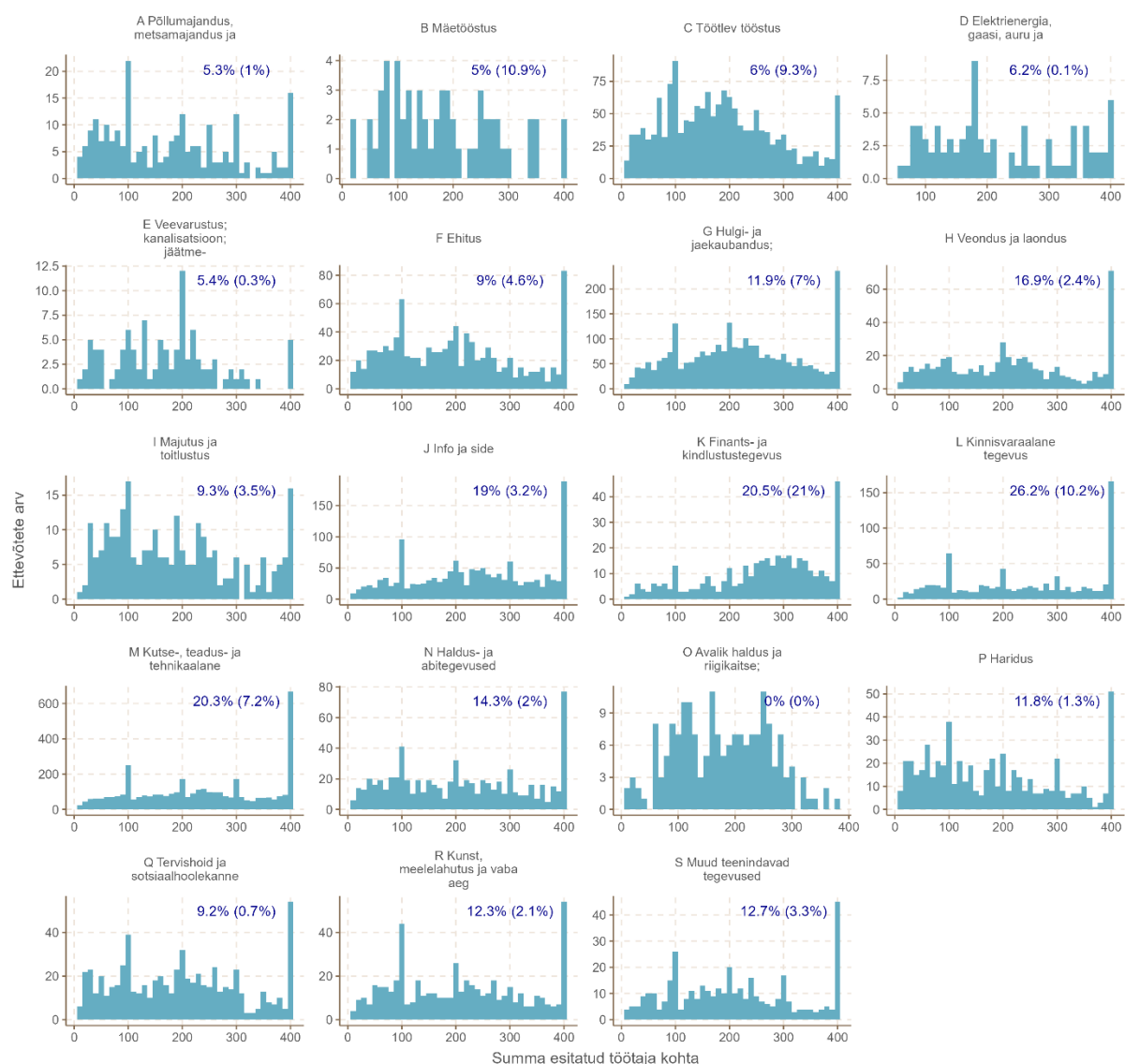
Märkus. Vt eelmine joonis. Ettevõtte töötajate osakaalu leidmiseks on tervise edendamise kulude deklaratsioonides kajastatud töötajate arv jagatud . ettevõttes töölepingu alusel töötavate inimeste

aastakeskmise arvuga; summa esitatud töötaja kohta on leitud, kui tervise edendamise deklaratsioonis esitatud kulu kokku jagatud deklaratsioonis kajastatud töötajate arvuga.

Kui ettevõtte kasutab maksuvabasid tervise edendamise kulusid, siis selle töötajaskonnast peaaegu kõik kasutavad soodustust üksnes finants- ja kindlustustegevuses (98% ettevõtete töötajatest), ka info ja side valdkonnas on see näitaja suur (81%). Ühe deklaratsioonis esitatud töötaja kohta kasutatud summa on samuti keskmiselt kõrgeim finants- ja kindlustustegevuses. Kõige väiksem on tervise edendamise kulusid kasutavate töötajate osakaal ettevõtetes ja asutustes, mis tegutsevad tervishoiu- ja sotsiaaltoetuste (27%), avaliku halduse (32%) ja hariduse valdkonnas (33%). See viitab sellele, et nende valdkondade ettevõtetes ja asutustes kasutatakse kõige harvemini laiapõhjalisi tervise edendamise või sportimise pakette, mis automaatselt kataksid kogu töötajaskonna, ning tervise edendamise kulud jäävad sagedamini töötaja enda kanda.

2024. aastal oli 400-eurose maksuvaba piiri lähedal (s.t 390 eurot või enam) 14,5% deklaratsiooni esitanud ettevõtetest (860 ettevõtet), kes esindavad 5,9% deklaratsioonides kajastatud töötajatest (ca 7400 töötajat). Enim kasutatakse 400-eurost maksuvaba piiri finants- ja kindlustustegevuses, kus selle piiri lähedal on ligikaudu 21% töötajatest (Joonis 7). Töötajate osakaalu poolest järgnevad kinnisvaraala tegevus (10,2% töötajatest) ja mäetööstus (10,9%).

Deklareeritud summade jaotus töötaja kohta
Ülemise piiri lähedal: ettevõtted % (töötajad %)

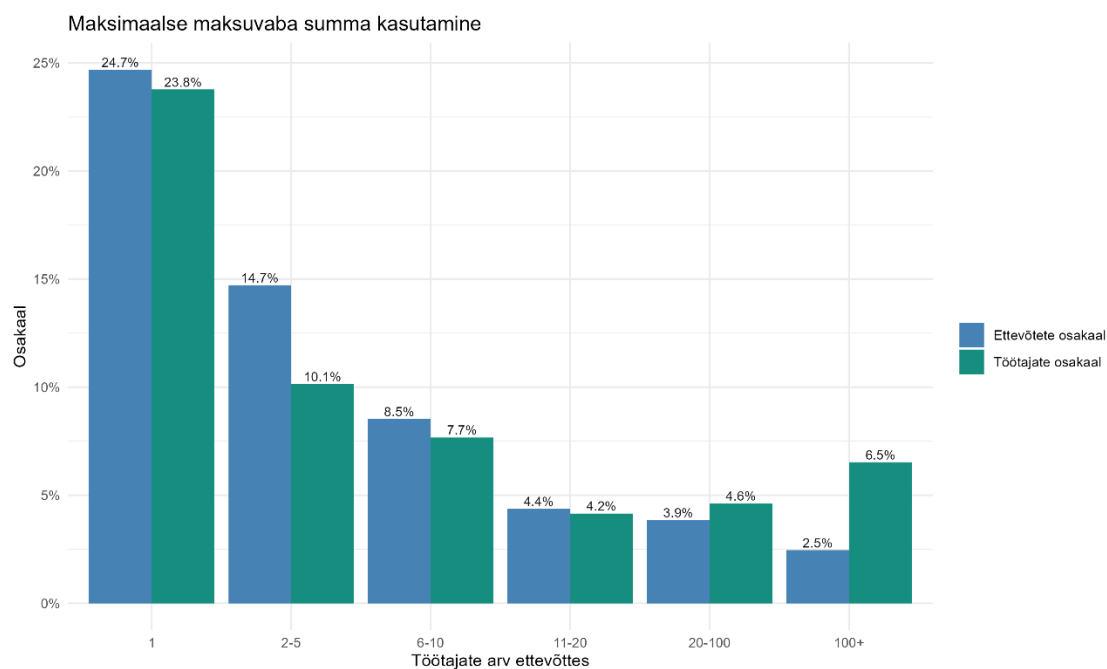


Joonis 7. Ettevõtete jaotus tervise edendamisega seoses deklareeritud summade järgi ühe töötaja kohta eri tegevusalade lõikes (2024)

Allikas: Eesti Maksu- ja Tolliamet, Rahandusministeerium, autorite arvutused

Märkus. Arvutustest on välja jäetud need ettevõtted, kelle deklareeritud summa oli alla 10 euro. Piiri lähedal olevaks loetakse ettevõtteid, kelle deklareeritud summa ühe töötaja kohta oli 390 eurot või enam.

Erakindlustusettevõtete tehtud intervjuudest selgus, et kindlustust pakutakse ettevõtetele, kus on üle 5 töötaja (väiksemate ettevõtete töötajad saavad osta isikukindlustust). Tervise edendamise kulusid teinud ettevõtete suuruse järgi vaadates kasutavad kõige enam 400-eurost tervise edendamise kulu aga ära just ühe töötajaga ettevõtted (25% ettevõtetest) või ka kuni 5 töötajaga ettevõtted (15% ettevõtetest). Üle 10 töötajaga ettevõtetest, kes tervise edendamise kulusid teevad, kasutab maksimaalse 400-eurose maksuvabastuse ära vaid 3–4% ettevõtetest.

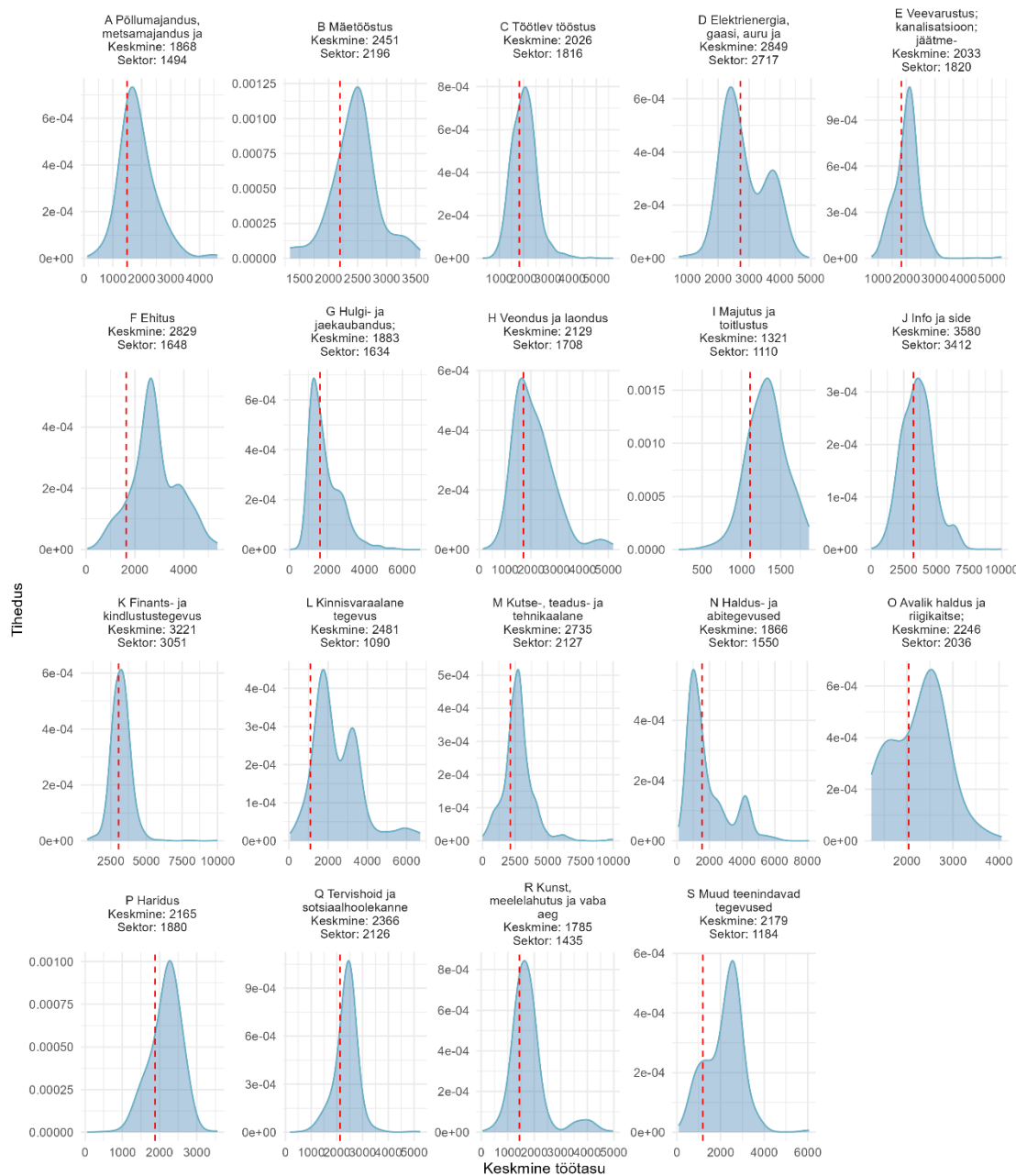


Joonis 8. Maksimaalset maksuvabastust kasutavate ettevõtete osakaal ettevõtete suuruse järgi (2024)

Allikas: Eesti Maksu- ja Tolliamet, Rahandusministeerium, autorite arvutused
Märkus. Vt eelmine joonis.

Ettevõtted, kes teevad tervise edendamise kulusid, maksavad keskmiselt ka kõrgemat palka kui tegevusala keskmine. Seega võib arvata, et tervise edendamise kulusid mõjutab eelkõige ettevõtete edukus. Suurimad erinevused tegevusalade lõikes nende ettevõtete vahel, kes kannavad tervise edendamise kulusid, ning sektori keskmise vahel avalduvad kinnisvaraalasest tegevuses ja ehituses, väikseimad on erinevused finantsvaldkonnas.

Keskmise töötasu jaotus (sektori näitajad sildi all)

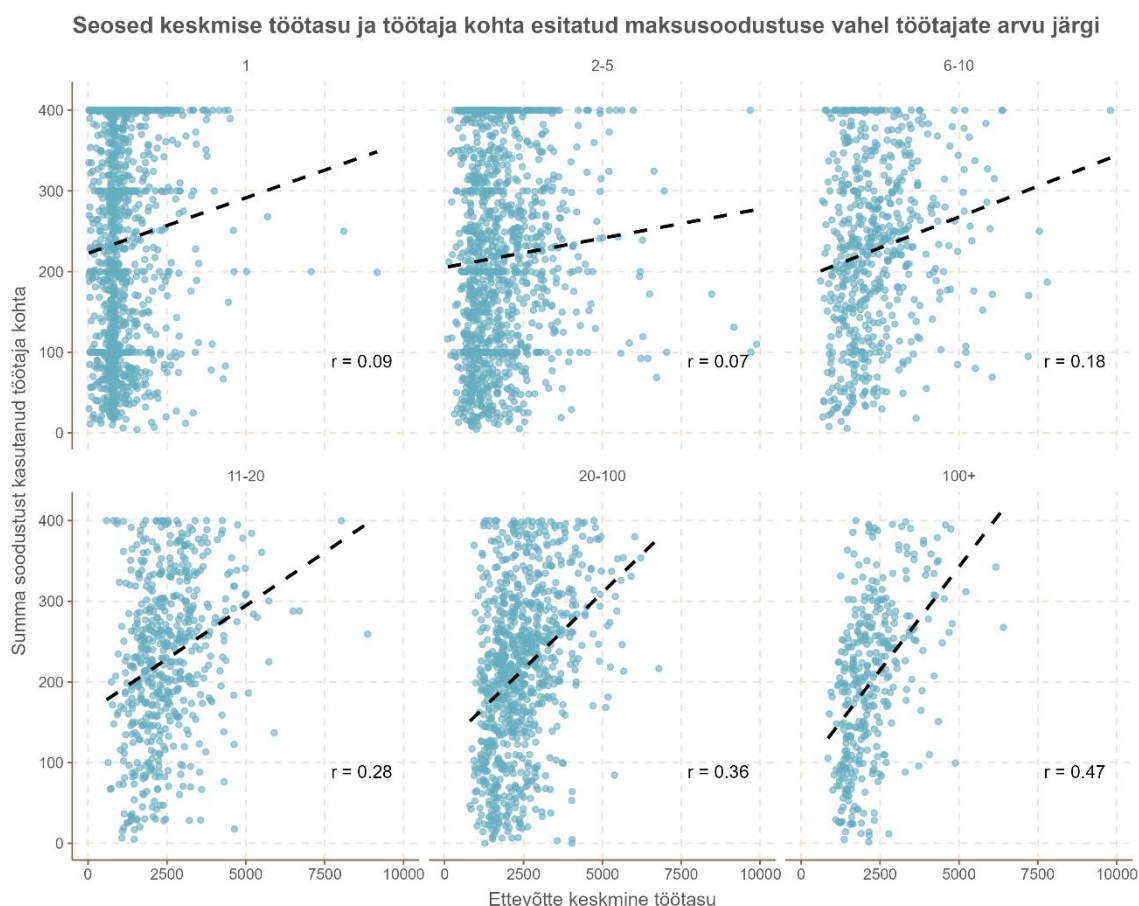


Joonis 9. Ettevõtete jaotus keskmise töötasu järgi võrreldes tegevusala keskmisega (2024)

Allikas: Eesti Maksu- ja Tolliamet, Rahandusministeerium, autorite arvutused

Märkus. Joonistel on ettevõtete jaotus kaalutud töötajate arvuga.

Ettevõtted, kus keskmine palk on suurem, esitavad keskmiselt ka suurema maksuvabastuse summa ühe töötaja kohta. Ehkki seos tervikuna on nõrk (korrelatsioonikordaja on 0,13), siis mida enam on ettevõttes töötajaid, seda tugevam on seos keskmise palga ja keskmise tervise edendamise kulu vahel.



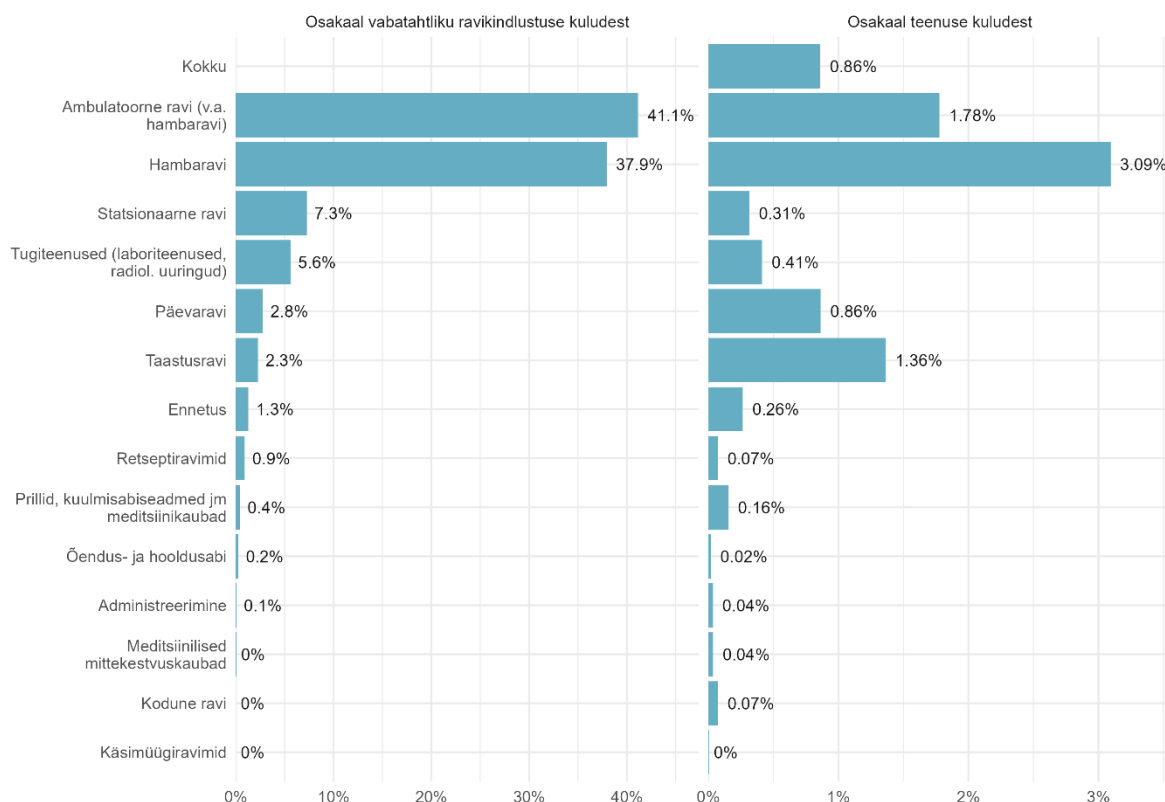
Joonis 10. Seos ettevõtete keskmise töötasu ja keskmise maksusoodustuse summa vahel töötajate arvu järgi (2024)

Allikas: Eesti Maksu- ja Tolliamet, Rahandusministeerium, autorite arvutused

Tööandjate tervise edendamise kulude analüüs näitab, et erakindlustuse osakaal nendes kuludes on viimastel aastatel kiiresti kasvanud. Praeguseks moodustavad erakindlustuse maksed ligikaudu kolmveerandi kõigist maksuvabadest tervise edendamise kuludest, mis viitab tööandjate eelistusele pakkuda töötajatele standardiseeritud tervisekindlustuspakette varasema killustatud kulude tegemise asemel. Samas jõuab soodustus siiski vaid piiratud hulgani töötajatest: 2024. aastal deklareeriti kulusid ainult ligikaudu viiendiku töötajate eest, kusjuures vähesed ettevõtted kasutavad ära maksimaalse 400-eurose piiri. Ettevõtte suurus, palk ja tegevusala määravad suuresti, kas ja kuidas tervise edendamise kulusid kasutatakse. Väiksemad ettevõtted, eriti kuni viie töötajaga, jõuavad sagedamini maksimaalse piiri kasutamiseni, samas suuremates ettevõtetes jääb kasutus tagasihoidlikumaks. Erakindlustust võimaldavad keskmisest kõrgema palgatasemega ettevõtted ning kõige ulatuslikumalt on seda kasutatud finants-, kindlustus- ja infotehnoloogiasektoris, samas põllumajanduses ja teeninduses on selle levik marginaalne. Tööandja tervisekindlustus praegusel kujul on pigem täiendav viis optimeetida tööjõu maksukoormust kõrgema sissetulekuga töötajate puhul ja edukamates ettevõtetes. Seega on tööandja eratervisekindlustus pigem selektiivne lisahüve kui universaalne tööandjapoolne panus töötava elanikkonna tervise parandamisse.

2.2.3 Erakindlustuse hüvitatud teenused

Erakindlustuse makstud hüvitiste struktuuri koondab Tervise Arengu Instituudi (TAI) tervishoiu kogukulude statistika. TAI andmestiku ja eelduste¹⁰ kohaselt läks 2023. aastal 38% eraravikindlustuse kulutustest hambaravile, 41% muudele ambulatoorsele raviteenusele, 7% haiglaravile, 6% uuringutele, 3% päevaravile. Kokku moodustasid vabatahtliku ravikindlustuse kulutused tervishoiukuludest 0,9%. Samas hambaravi kuludest moodustasid need 3,1% ja muust ambulatoorsest ravist 1,8%.



Joonis 11. Vabatahtliku ravikindlustuse tervishoiukulude struktuur ja osakaal tervishoiukulude struktuuris teenuste lõikes 2023. aasta tervishoiu kogukulude statistika alusel

Allikas: Tervise Arengu Instituut

Märkus. Lisaks tööandja kaudu ostetud erakindlustuse hüvitistele sisaldavad TAI kulud ka reisikindlustusega seotud ravikulud ja Tervisekassa vabatahtliku ravikindlustuse kulusid.

Erakindlustuse enda raporteeritud kahjunõuete aluseks olevate kulude struktuur näitab samuti, et kõige rohkem hüvitatakse ambulatoorse ja päevaravi teenuseid (v.a hambaravi) ning hambaravi (tabel 6). Need moodustavad igal aastal suurima osa kogusummast. Aastal 2024

¹⁰ TAI paneb vabatahtliku ravikindlustuse kulud ja nende struktuuri kokku erinevatest kildudest, mida kindlustusseltsid neile saadavad. Reeglina puudub neil kõigi kulude struktuur, mistõttu tehakse kulude jaotuse kohta ka eeldusi. Osaliselt võib suur erinevus TAI ja EKSL-i summade vahel olla tingitud ka erinevast arvutusmetoodikast.

hüvitati ambulatoorset ja päevaravi 4,89 miljoni euro eest ning hambaravi 5,04 miljoni euro eest. Need kaks kategooriat koos moodustavad üle 68% kõigist hüvitistest.

Dünaamikat vaadates on näha, et 2023. aastal langes koguhüvitiste summa 12,4 miljonile eurole (võrreldes 14,5 miljoniga 2022. aastal), kuid 2024. aastal kasvas see taas 14,5 miljoni euroni. Eriti märgatav oli kasv ambulatoorse ravi, hambaravi ja taastusravi puhul. Uuringute (nt labori- ja radioloogiateenused) eest makstud summad langesid 2023. aastal järsult, kuid taastusid osaliselt 2024. aastal.

Kindlustusjuhtude arvu poolest on enim kasutatud teenused samuti ambulatoorne ravi, hambaravi ja uuringud. Näiteks ambulatoorse ravi juhtude arv kasvas 2024. aastal märkimisväärselt 83 892 juhtumini (2022. aastal 50 417). Hambaravi juhtumeid oli 2024. aastal 78 580 ning uuringuid 54 995. Need arvud viitavad erakindlustuse laialdasemale kasutusele ning teenuste kättesaadavuse või vajaduse kasvule.

Tabel 7. Erakindlustuse kahjunõuded liigiti aastatel 2022–2024

Kahjunõude liik	Kahjunõuete summa (tuh euro)			Kindlustusjuhtude arv			Keskmine nõue ühe kindlustusjuhu kohta		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Ambulatoorne ja päevaravi (v.a hambaravi)	4022	4225	4891	50417	61780	83892	80	68	58
Hambaravi (nii ravi kui ka ortodontia)	4267	4274	5041	48653	59413	78580	88	72	64
Statsionaarne ravi (üle 24 tunni haiglas olemine)	202	349	393	3280	675	871	61	517	451
Taastusravi (sh massaaž)	772	837	1094	16322	18263	25114	47	46	44
Uuringud (laboriteenused, radioloogia)	1989	528	406	51810	10959	4782	38	48	85
Ennetus (vaktsineerimine, töötervishoid)	1230	988	1127	18145	18876	23571	68	52	48
Muud teenused (kui midagi jääb katmata) ülalt	405	488	558	3574	4504	6124	113	108	91
Retseptiravimid	129	131	143	8782	9315	16293	15	14	9
Prillid	509	379	433	3754	3396	3787	136	111	114
Muud abivahendid ja kaubad	0	2	2	5	16	51	41	107	42
Kokku tasutud teenuste ja vahendite eest	14505	12403	14523	216262	176413	244510	67	70	59

Allikas: Eesti Kindlustusseltside Liit, autorite arvutused

Keskmine kahjunõue ühe kindlustusjuhtumi kohta on aastatel 2022–2024 mõnevõrra kõikunud, kuid keskmiselt näitab see langustrendi: 67 eurolt 2022. aastal 59 euroni 2024. aastal. Suurimad muutused toimusid uuringute ja statsionaarse ravi valdkonnas. Uuringute puhul kasvas keskmine nõue märgatavalt: 38 eurolt 2022. aastal 85 euroni 2024. aastal, viidates sellele, et kuigi juhtumite arv vähenes enam kui kümme korda, oli iga juhtum kallim. Statsionaarse ravi puhul tõusis nõue 61 eurolt 2022. aastal 451 euroni 2024. aastal, s.o üle seitsme korra, mis näitab, et kuigi juhtumite arv on endiselt väike, on iga haiglaravi juhtum erakindlustuse kontekstis oluliselt kallinenud. Samal ajal vähenes keskmine nõue näiteks hambaravis (88 eurolt 64 eurole)

ja prillide puhul (136 eurolt 114 eurole), mis võib viidata pakutavates kindlustuspakettides tehtud muudatustele, üldisele hinnalangusele, inimeste omaosaluse kasvule või suuremahulisele teenuste tarbimisele väiksemate kuludega juhtumite arvelt.

2.2.4 Erakindlustuse omamise seos arstiabi kättesaadavusega

Erakindlustusseltside tasutud ambulatoorne ja päevaravi (ca 83 000 ravijuhtu), moodustab Tervisekassa rahastatud ambulatoorse ja päevaravi eriarsti ravijuhtudest (2,78 miljonit 2024. aastal) ligikaudu 3%.

Selleks, et hinnata, kas vabatahtlik erakindlustus on aidanud inimestel kiiremini arsti juurde pääseda võrreldes nendega, kes ei omanud täiendavat erakindlustust, kuid kes olid sarnaste sotsiaaldemograafiliste tunnustega, kasutasime Eesti sotsiaaluuringu 2024. aasta andmeid.

Analüüsis kasutati lineaarse tõenäosusmudeli (LPM) hinnanguid, et uurida tööandja tervisekindlustuse seost vastajate hinnangutega selle kohta, milline on nende ligipääs tervishoiuteenustele. Tabelis on esitatud kordajad, mis näitavad, kuidas tööandja tervisekindlustuse olemasolu on mõjutanud tõenäosust saada hambaarsti või eriarsti vastuvõtule, kui seda on vajatud. Mudelitesse on lisatud kontrollmuutujatena sugu, vanus, leibkonna sissetulek ja piirkond.

Tabel 8. Tööandja kindlustuse olemasolu seos arsti vastuvõtule saamisega

Valim	Hambaarst			Eriarsti		
	15 ja vanemad	15 ja vanemad	20–64	15 ja vanemad	15 ja vanemad	20–64
Tööandja kindlustus	0,072*** (0,015)	0,042*** (0,015)	0,040*** (0,015)	0,009 (0,029)	–0,002 (0,029)	0,014 (0,029)
Teised tunnused mudelis (sugu, vanus, sissetulek, piirkond)	Jah			Jah		
Vabaliige	0,893*** (0,006)	0,781*** (0,038)	0,743*** (0,049)	0,836*** (0,007)	0,838*** (0,041)	0,792*** (0,052)
Vaatlusi	5 198	5 198	3 527	4 847	4 847	3 052

Märkus. Kordajad lineaarsest tõenäosusmudelist; sulgudes standardhälbed; *p < 0,1; **p < 0,05; ***p < 0,01.

Allikas: ESU 2024. Vastus küsimusele „Kas Te saite hambaarsti / eriarsti / perearsti vastuvõtule iga kord, kui Te seda vajasite?”

Tulemused viitavad sellele, et tööandja tervisekindlustuse olemasolu on seotud parema ligipääsuga hambaravile. Tööandja kindlustusega inimestel on 7 protsendipunkti suurem tõenäosus saada vajalikul hetkel hambaarsti vastuvõtule kui neil, kellel sellist kindlustust ei ole. Kui vaadata ainult tööealisi inimesi (vanuses 20–64) ja arvestada teisi taustategureid, siis muutub mõju väiksemaks (4 protsendipunkti). Eriarstiabi puhul sellist seost ei ilmnenu –

kordajad on väikesed ja statistiliselt ebaolulised. See näitab, et tööandja kindlustus parandas inimeste hinnangul eeskätt hambaraviteenuse kättesaadavust.

2.2.5 Mugavusvalimipõhised küsitlused

Kindlustusseltside küsitlused

Viimastel aastatel on vabatahtliku ravikindlustuse kohta mitmed kindlustusseltsid läbi viinud küsitlusi nii oma klientide seas kui ka laiemalt, aga need ei pretendeeri üldistama Eesti seisu tervikuna.

PZU Kindlustuse 2025. aastal tööandjate seas läbi viidud küsitlus näitas, et tööandjad peavad pakutava tervisekindlustuse puhul kõige kasulikumaks hambaravi hüvitamist. Hambaravile järgnesid eriarstiabi ehk ambulatoorne ravi ja profülaktilised uuringud. Küsitluse kohaselt peetakse tervisekindlustuse puhul kõige tähtsamaks laia kindlustuskaitset ja paindlikke lahendusi, personaalse kindlustusnõustaja olemasolu ning kiiret ja efektiivset kahjukäsitlust.¹¹

PZU Kindlustuse 2024. aastal 47 personalijuhi seas läbi viidud küsitlus näitas, et personalijuhid peavad täiendavat tervisekindlustust kas väga oluliseks (68%) või lihtsalt oluliseks (32%) motivatsioonipaketi osaks. Küsitletud ettevõtetest 38% pakkus oma töötajatele tööandja täiendavat tervisekindlustust (62% ei pakkunud). Põhjused, miks ettevõtted töötajatele tööandja tervisekindlustust ei paku, on PZU sõnul erinevad: ettevõtted kardavad majanduslikult keerulistel aegadel teha lisakulutusi või puudub sobiv lahendus. PZU klientide seas on enim kasutatavad teenused hambaravi ja ambulatoorne ravi. Samuti rõhutati vaimse tervisega seotud teenuste olemasolu.¹²

ERGO ja CV.ee koostöös 2024. aasta lõpus valminud küsitlusuuringust selgus, et 82% inimestest sooviksid, et nende tööandjad pakuksid täiendavat ravikindlustust. Tööandja ravikindlustust peetakse tugevaks konkurentsieeliseks, mis võib mõjutada ka töökohta valiku otsust. Ligikaudu pooled vastanutest (46%) töid välja, et töökohta valides on täiendava ravikindlustuse olemasolu nende jaoks väga oluline. Ligikaudu 40% uuringus osalenutest väitsid, et nemad kasutavad juba praegu tööandja ravikindlustuse hüvesid.¹³ Kõige enam on vastajad kasutanud hambaraviteenuseid (47%), eriarsti vastuvõtule pöördumist (38%), vaksineerimist (31%) ja terviseuuringuid (27%). See langeb kokku eelmises alapeatükis käsitletud kindlustusseltside liidu statistikaga. Uuringus osalenutel paluti anda hinnang ka sellele, millist ravikindlustuse kaitset nad kõige enam hindavad: 71% tõi taas välja hambaravi, 67% nägemiskontrolli ja prillide toetuse ning 45% eriarsti vastuvõtule pöördumise võimaluse. Samuti märkis 44% vastajatest, et tööandja ravikindlustus peaks pakkuma kaitset ka töövõimetuse eest. Järjest rohkem soovivad

¹¹ Küsitlus: Tööandja tervisekindlustuse suurim pluss on hambaravi hüvitamine. – Äripäev. Meditsiiniuudised, 17. aprill 2025, <https://www.mu.ee/uudised/2025/04/17/kusitlus-tooandja-tervisekindlustuse-suurim-pluss-on-hambaravi-huvitamine>.

¹² Personalijuhid peavad tööandja tervisekindlustust oluliseks. – Postimees, 19. aprill 2024, <https://tervis.postimees.ee/8004190/personalijuhid-peavad-tooandja-tervisekindlustust-oluliseks>.

¹³ Kuna erakindlustus on tööealisest elanikkonnast 7–10%, viitab asjaolu, et 40% vastanutest kasutab ravikindlustust, valimi kallutatusele võrreldes üldkogumiga.

töötajad kindlustuspaketis näha ka vaimse tervise nõustamise teenust (40%). Inimeste jaoks on kõige olulisem see, kui palju arsti juures käimine maksab (51%), millal on esimene vaba aeg (46,5%), kui lähedal meditsiinasutus asub (45%) ja kas on võimalik saada vastuvõtuaeg kindla arsti juurde või konkreetseesse kliinikusse (27,8%).¹⁴

Tartu Ülikooli veebiküsitlus

Käesoleva projekti käigus korraldati küsitlus ka Tartu Ülikooli küsitluskeskkonnas, kus kõigile küsimustele vastas 185 inimest (kokku oli vastanud 234). Kõigile küsimustele vastanutest 24% omas tööandjapoolset vabatahtlikku ravikindlustust ja nendest omakorda 89% kasutas sellega kaetavaid teenuseid, peamiselt hambaravi (92% teenuse kasutajatest), eriarsti ambulatoorne vastuvõtt (59%), uuringud (54%) ja vaktsineerimine (44%). Enamikul juhtudel (59%) pidid inimesed ise kõigepealt teenuse eest maksma ja hiljem see hüvitati neile, kuid tervikuna peeti hüvitise saamist lihtsaks. Vastanutest enamikul (84%) tuli tervishoiuteenuse kasutamise eest maksta ka omaosalus. Kindlustuse omajatest valdav enamik (87%) leidis, et erakindlustus parandas nende jaoks teenuste kättesaadavust. Neist inimestest, kellel tööandjapoolset vabatahtlikku ravikindlustust ei olnud, soovis 38%, et tööandja seda pakuks. Ise seda osta enamik (73%) ei sooviks või ostaks juhul, kui see oleks odavam (23%).

Küsitluse vabavormiliste vastuste põhjal joonistub välja kahepoolne hoiak. Toetajad näevad tööandjapõhisel erakindlustusel mastaabiefekti ja praktilist väärtust just seal, kus Tervisekassa katvus on piiratud või omaosalus suur – hambaravis, prillide ja muude abivahendite hüvitamises, kiiremas ambulatoorses eriarstiabis ning ka vaimse tervise teenustes. Samas rõhutas hulk vastajaid, et erakindlustus ei lahenda arstide ja õdede nappusest tulenevat „pudelikaela“: kui pakkumine ei kasva, ei vähene ka järjekorrad. Muret tekitab ka risk, et kõrgema sissetulekuga ja „juba hästi kindlustatud“ rühmad võivad rohkem ning see süvendab solidaarses süsteemis ebavõrdsust. Vabatahtliku ravikindlustuse disainiga seoses kordusid kolm sõnumit. Esiteks peetakse praegu kehtivat 400-eurost maksuerandit aegunuks ja liiga väikeseks; sooviti lävendi tõstmist (nt 1000 euroni) või spetsiaalse soodustuse kehtestamist just erakindlustusele. Teiseks sooviti selgemat ja läbipaistvamat katet: omaosalused, hüvitiste laed ja välistused varieeruvad kindlustusseltside vahel palju ning portatiivsus (töökoha vahetamisel) on ebakindel. Kolmandaks peeti oluliseks teenusekasutuse hõlpsust, näiteks võimalust pöörduda otse eriarsti juurde, kuid samal ajal hoiatati tarbimise „stiimuli“ eest, kui aasta lõppedes tuleb kindlustust „ära kasutada“. Mitmed vastajad märkisid ka, et osa praegu erakindlustuse kaudu kaetavatest ennetusega seotud kuludest kuuluvad loogiliselt töötervishoiu kuludesse. Küsitlusele vastanutest omas erakindlustust 23%, kellest omakorda 90% olid seda ka kasutanud.

Poliitikajäreldustena pakkusid vastajad välja eri suundi. Ühed pooldavad solidaarsesse süsteemi lisaraha suunamist ja erakindlustuse vaoshoidmist (sh reklaami piiramine ja maksusoodustuste kaotamine), teised näevad olulist rolli sihitult täiendavas kindlustuses, eelistatult tööandja kaudu ja selgete reeglitega. Keskne sõnum oli, et kui erakindlustust laiendada, tuleks seda teha koos kaitsemehhanismidega: miinimumstandardid ja läbipaistev

¹⁴ Uuring: tööandja ravikindlustust soovib 82% töötajatest. ERGO, 29.11.2024, <https://ergo.ee/artiklid/uuring-tooandja-ravikindlustust-soovib-82-tootajatest>.

omaosalus, haavatavatele rühmadele suunatud tugi, töötervishoiuga dubleerimise vältimine ning koordineerimine Tervisekassa poolt pakutavate teenustega, et vähendada järjekordi, mitte süvendada kihistumist. Alternatiivina mainiti personaalse tervisekonto loomist (osa sotsiaalmaksust läheb töötaja kontole), ent ka selle puhul rõhutati universaalse katvuse ja võrdse ligipääsu tagamise esmatähtsust.

Seega nii erakindlustusseltside läbiviidud küsitlused kui ka projekti käigus korraldatud küsitlus näitavad, et erakindlustuse olemasolu korral püüavad inimesed kindlustuse ära kasutada. Enamasti kasutatakse hambaraviteenust, mida saadakse tänu kindlustusele odavamalt, kuid populaarsed on ka ambulatoorne eriarsti teenus, uuringud ja vaktsineerimine. Vabatahtlikku ravikindlustust pakkuvad ettevõtted näevad seda eelkõige töötajate motivatsioonipaketi osana. Ka inimesed eelistavad erakindlustuse rolli suurendamisel näha seda pigem tööandjapoolse kohustusena.

2.3 Kindlustusseltside esindajatega tehtud intervjuude kokkuvõte

Uuringu tarvis viidi läbi 7 intervjuud suuremate kindlustusseltside esindajatega, kes pakuvad eratervisekindlustust: BTA, Compensa Elukindlustus, ERGO, If Kindlustus, LHV Kindlustus, PZU ja Seesam. Intervjuud toimusid Teamsi kaudu iga kindlustusseltsiga eraldi. Neljas intervjuus osales kolm kindlustusseltsi esindajat, kolmes intervjuus üks esindaja. Intervjuude keskmine kestus oli 1 tund ja 29 minutit (lühim 53 min, pikim 1 t 42 min), intervjuud salvestati ja transkribeeriti.

Intervjuude käigus uuriti intervjuueeritavate seisukohti eratervisekindlustuse lepingute ja pakettide ning tervishoiuteenuste kasutamise teemal. Samuti küsiti, millisena näevad erakindlustusfirmad koostööd riikliku ravikindlustussüsteemiga ning milline võiks olla eratervisekindlustuse turu areng Eestis.

2.3.1 Lepingud ja paketid

Eratervisekindlustus on kõige kiiremini arenenud ja kasvanud kindlustustoode alates 2018. aastast. Kui ettevõtetel oleks rahalisi võimalusi rohkem, siis oleks kindlustusseltside hinnangul ka lepinguid rohkem. Turul on seitse pakkujat, mis kindlustusseltside hinnangul tagab tiheda konkurentsi.

Kindlustusseltside klientideks on peamiselt tööandjad. Kliente saadakse läbi turunduse, otsepöördumiste, maaklerite, agentide ja hangetel osalemiste. Mõnes valdkonnas ei leia tööandjad turult töötajaid, kui nad töötajatele erakindlustust ei paku, see on tavapärase kompensatsioonipaketi osa. Tööandjatel on odavam anda töötajatele palgatõusu asemel maksuvaba tervisekindlustust. Klientide hulgas on nii kontoritöötajaid kui ka tööstus- ja kaubandusettevõtteid. Enamik kindlustatutest asuvad Harjumaal ja Tartumaal, aga on ka üle Eesti kindlustatuid (asutuste ja ettevõtete filiaalides). Kindlustusandjatel reeglina standardpakette ei ole. Suurettevõtetel on laiem kindlustuskatete valik, sest riskid on kindlustusseltside jaoks paremini maandatud. Ka väiksemate tööandjatega sõlmitakse lepinguid, aga neile pakutakse „võta või jäta“ paketti või sellist lahendust, mille korral inimeste

omaosalus on suur. Reeglina alla viie töötajaga tööandjatega kindlustuslepinguid ei sõlmita. Sellisel juhul on tegemist juba eraisiku ravikindlustusriski maandamisega.

Suurema ettevõttega võib olla sõlmitud ka mitu paketti, näiteks 200-eurone ja 400-eurone vastavalt sellele, kas valitakse ainult kindlustus või ka sporditoetus. Kõige sagedasemad ongi 200- ja 400-eurosed paketid, aga on sõlmitud ka kallimaid pakette, mille korral rakendub erisoodustusmaks. Paketid võivad ettevõttesiseselt ka erineda olenevalt töökohaga kaasnevatest terviseriskidest. Lepingu sõlmimisel inimese terviseseisundit ei arvestata. Mõnel pool on katseajal töötajatele tagatud väiksem kate.

Järgneva aasta lepingu kindlustuskate võib nii kasvada kui ka kahaneda sõltuvalt eelmise perioodi kasutusest. Kindlustusandjaid vahetatakse harva, sest see suurendab halduskoormust, kuna töötajatele tuleb uue lepingu sisu ja teenuste kasutamise reeglid selgeks teha. Kui töötaja vahetab aasta jooksul töökohta, siis kindlustus kaob, sest tööandja enam tema eest ei maksa. Vahel saab töötaja võimaluse pereliikmeid ise oma raha eest täiendavalt kindlustada. Aastate jooksul on paketid muutunud vastavalt tööandjate soovidele ja teenuseosutajate pakutavate teenuste arengule.

Isikukindlustust pakub ainult üks kindlustusselts. Neil on mitu kliendigruppi:

- välismaalased, kes taotlevad elamisluba või viisat ja kes peavad vastavalt välismaalaste seadusele omama mingisugust garantiid, kuidas nende raviarved Eestis olemise ajal saavad makstud. Üks võimalus on sõlmida eratervisekindlustus, alternatiivina aktsepteerib Politsei- ja Piirivalveamet ka reisikindlustust;
- residendid, kindlustamata isikud, kellele Tervisekassa kindlustus ei laiene ja kes ei saa seda endale ka osta. See isikute ring on muutumas, sest seadusemuudatus, mis võimaldaks inimestel lihtsamini ise Tervisekassast kindlustust osta, on menetluses;
- residendid, kes soovivad täiendavat kindlustust suuremate tasuliste raviteenuste katmiseks, mille korral Tervisekassa ravijärjekorrad on pikad.

Isikukindlustuse korral arvestatakse ka inimese terviseseisundit. See on nagu tavaline elukindlustusleping, mille korral juhul, kui inimesel juba on mingisugune probleem tervisega, siis seda enam kindlustada ei saa, kroonilised haigused on välistatud. Vastavalt võlaõigusseadusele deklareeritakse terviseseisund enne lepingu sõlmimist ühe korra ja kindlustusandja ei tohi peale 3. aastat enam ühepoolset lepingut lõpetada. Kindlustusmakse kasvab ka koos vanusega.

2.3.2 Tervishoiuteenuste kasutamine

Mõned kindlustusandjad teevad koostööd konkreetsete tervishoiuteenuse osutajatega, aga üldiselt saab inimene ise valida, kelle poole ta teenuse saamiseks pöördub. Nii on tagatud üleeestiline katvus. Seetõttu maksab inimene teenuse eest esmalt ise ja kindlustus kompenseerib talle arved. Selleks on igal kindlustusseltsil oma veebilahendus, kuhu inimene saab üles laadida oma tšekid ja muud vajalikud dokumendid. Kontrollitakse kõiki arveid, veendumaks, et teenus oleks osutatud õigele inimesele ja selle oleks registreerinud tervishoiuteenuse osutaja või kutseregistris olev isik. Kindlustusandja koostööpartneri juures teenuse saamisel tasub inimene üksnes omaosaluse ning kindlustusandja arveldab tervishoiuteenuse osutajaga otse. Suuremad koostööpartnerid on seltsidel välja kujunenud, neid ei ole palju ja neid ei ole kõigil seltsidel.

Koostööpartnerite leidmine ei ole lihtne. Viimasel ajal on psühholoogilise teenuse osutajad võtnud erakindlustusseltsidega koostöö tegemiseks ühendust.

Nõutuimad on hambaravi, eriarstiabi, taastusravi ja vaimse tervise teenused. Tihti esitatakse väljamaksmiseks ka Tervisekassale eriarsti vastuvõtu eest tasutud 20-eurone omaosalus ja retseptiravimite omaosalus. 5-euroseid omaosaluse tšেকে on hüvitamiseks esitatud varemgi, kuid peale omaosalus suurenemist on nende kompenseerimine oluliselt kasvanud. Strateegilist ostmist ei toimu, näiteks eriarsti juurde minekuks ei ole vaja pere- või üldarsti saatekirja. Teatud teenuste puhul on aga arsti suunamine vajalik. Tegu on mugavusteenusega ja eeldatakse, et inimesel on ravivajadus olemas, kui ta tasulist teenust soovib. Reeglina rakendatakse omaosalust, mis peaks mittevajalikud pöördumised välistama. Siiski tuleb sageli ette, et inimesed soovivad olemasoleva limiidi ulatuses teenuseid maksimaalselt tarbida, eriti aasta lõpus. See mõjutab järgmise aasta limiite ja omaosalust. Kui limiit on ületatud, jätkab inimene tervishoiuteenuste kasutamist kas oma raha eest või liigub Tervisekassa süsteemi. Teenuste hinnakujundamisse kindlustajad ei sekku, kaetakse inimese makstud teenuste hind ning loodetakse turu toimimisele. Kui on kallim teenus, saab seda vähem kasutada.

2.3.3 Avaliku sektoriga tehtav koostöö ja eratervisekindlustuse areng

Koostööd Tervisekassa ja riikliku ravikindlustussüsteemiga ei toimu ning seda ei ole ka plaanis. Tunnistatakse, et riiklik ravikindlustus katab Eestis väga palju teenuseid, mistõttu eratervisekindlustusel on siin vähem võimalusi kui näiteks Lätis. Täiendavaid teenuseid, mida võiks Tervisekassa asemel hakata kompenseerima erakindlustus, reeglina välja ei toodud, v.a ühe seltsi esindaja, kes arvas, et tasub kaaluda pereliikme õendusabi kompenseerimist, et töötaja saaks end tööle pühendada. Töövõimetuslehtede kompenseerimisele oli osa intervjuueritavaid vastu, samas teised leidsid, et traumakindlustuse raames neid juba kompenseeritakse.

Peamiseks eratervisekindlustuse arengut pärssivaks teguriks peeti ettevõtete keerulist majanduslikku olukorda, mis ei võimalda neil täiendavaid kulutusi teha. Mitme kindlustusseltsi esindajad tõid probleemina välja ka tervise edendamise kuludele seatud 400-eurose maksuvaba piirmäära, sest mitmed ettevõtted pidid maksma ka kõrgemaid tasusid, mille pealt tuleb tasuda erisoodustusmaksu. Samas mõne seltsi jaoks ei olnud 400-eurone piirmäär probleem, sest lepingud sõlmitakse üldjuhul pigem väiksemate kindlustusmaksete kohta.

Paradoksaalsena ostetakse erakindlustuse kaudu töötervishoiuteenuseid, mis on olemuselt erisoodustusmaksuvaba teenus, ja nii kulutatakse ära teiste teenuste limiite. Töötervishoiuteenuste kompenseerimine on enamikul kindlustusseltsidel kindlustustingimustes välja toodud, tegelikkuses pidid nad aga loobuma nendest teenustest oma pakettide osana.

Probleemina toodi välja ka asjaolu, et kutseregister ei sisalda kõiki kutseid, näiteks toitumisnõustaja. Seetõttu ei saa neid teenuseid kindlustuspakettide raames pakkuda.

Peaaegu kõik kindlustusseltside esindajad arvasid, et eratervishoiuteenuste turg kasvab orgaaniliselt lähima viie aasta jooksul kaks korda. Laiemaid arengustsenaariume ei osatud või ei soovitud avada, nende teemade arutamine on delegeeritud Eesti Kindlustusseltside Liidule.

Eratervisekindlustuse kohustuslikuks muutumist üldjuhul ei toetatud, sest see ei meeldi tööandjatele. Samas ühe seltsi esindaja leidis, et see oleks hea lahendus.

Kokkuvõtteks saab kindlustusseltside intervjuude põhjal öelda, et seltside nägemuses on tööandjate ravikindlustus töötajatele pakutav maksuvaba hüve, mille paketid on tavaliselt 200–400 euro suurused ning nende sisu kujundatakse vastavalt ettevõtte suurusele ja riskidele. Teenuseid kasutatakse peamiselt hambaravi, eriarstiabi, taastusravi ja vaimse tervise valdkonnas, kusjuures klient maksab sageli esmalt ise ja kulud hiljem hüvitatakse talle. Tervisekassaga koostööd ei tehta ning otseselt ka ei nähta, mis teenuseid võiks erakindlustus täiendavalt pakkuda. Peamised arengut takistavad tegurid on ettevõtete majanduslik olukord ja 400-eurone maksuvaba piirmäär, kuid järgmise viie aasta jooksul oodatakse turu loomulikku kahekordistumist.

Seega toimub Eestis praegu tööandja kindlustuse kaudu koore riisumine (*cream skimming*) nii ettevõtete valikul (enamasti suuremad ettevõtted, peamiselt Tallinnas ja Tartus) kui ka kindlustuspakettide osas. Kui teenuste kasutamine on olnud oodatust suurem, toob see kaasa kindlustuspaketi lahjenemise või inimeste omaosaluse suurenemise. Esineb risk, et madalama sissetulekuga leibkonnad ei saa erakindlustusest oodatavat kasu, kuna sageli kasutatakse süsteemi, kus inimesele kompenseeritakse kulud tagantjärele. Eratervisekindlustus ei ole seni Eestis tegelenud ka strateegilise ostmise, hinna- ega kvaliteedikontrolliga, et muuta tervishoiusüsteemi efektiivsemaks.

3. Stsenaariumid

Koostatud andmeanalüüsile ning läbiviidud intervjuudele tuginedes selgub, et Eesti eratervisekindlustuse kasutamise kogemus ühtib paljuski senise rahvusvahelise kogemusega. Vabatahtliku tervisekindlustuse puhul esineb risk, et erakindlustuse pakkujad valivad sihipäraselt oma turgu ning pigem on tegemist luksustoote, mis täidab tervishoiusüsteemi toimimise parandamisel üksnes piiratud rolli. Eriti kehtib see Eesti puhul, kus turg on väike ja elanikkonnal on juba universaalne või peaaegu universaalne kindlustuskaitse olemas. Tööandja eraravikindlustus ei ole Eestis vähendanud survet avalikule eelarvele, pigem vastupidi – erakindlustuse kaudu on loodud maksusoodustus kõrgema sissetulekuga inimestele ja see vähendab riigieelarve tulusid. Kindlustusseltsid toovad välja vajaduse suurendada maksuvaba soodustust eratervisekindlustusele, sest ettevõtted ei jõua erakindlustust osta. Kindlustusseltsidega tehtud intervjuud näitasid, et erakindlustusseltsid on turul hinnavõtjad, mis aga suurendab Tervisekassa kulusurvet, sest konkureeritakse samale tervishoiutöötajate ressursile.

Eelnevat arvestades pakume välja kolm stsenaariumi, mis võiksid Eesti eratervisekindlustuse puhul olla tõenäolised arengusuunad, ning kirjeldame nende stsenaariumidega kaasnevat positiivset ja negatiivset mõju. Samuti teeme ettepanekuid, kuidas negatiivset mõju maandada.

- Nullstsenaarium: jätkub praegu kehtiv tööandjate tasutav vabatahtlik eratervisekindlustus

- Stsenaarium 1: praegu kehtivat vabatahtlikku eratervisekindlustust laiendatakse selektiivselt (nt tööandja või üksikisiku suuremate maksusoodustuste kaudu)
- Stsenaarium 2: eratervisekindlustus muudetakse inimestele kvaasikohustuslikuks, et kompenseerida Tervisekassa katmata teenuseid või suurt omaosalust, makstes kindlustuse eest kas ise või tööandja kaudu või kasutades riigi tasutud subsidiume

3.1 Nullstsenaarium: senise vabatahtliku tööandjapoolse eratervisekindlustuse jätkumine

Selle stsenaariumi puhul eeldame, et eratervisekindlustust pakutakse endistviisi eelkõige tööandja kaudu antava kindlustusena ning säilivad praegused maksusoodustused. Andmeanalüüsile tuginedes näeme, et 80% töötajate puhul ei kasuta tööandjad ära tervise edendamise kuludele või eratervisekindlustusele kehtestatud maksusoodustust. Suure töönaosusega kasvab nende ettevõtete osakaal, kes seda võimalust töötajatele pakuvad, kuna töötajate hinnangul on see motivatsioonipaketi oluline osa. Eeldatavasti jätkub eratervisekindlustuse kasv eelkõige valgekraede hulgas ning pigem jõukamate, Tallinnas, mujal Harjumaal ja Tartus paiknevate ettevõtete seas, kuna selles sihtrühmas on erakindlustuse nõudlus kõige suurem ning pakkumine kõige kasumlikum. Ühtlasi ei ole piiravaid regulatsioone, mis takistaks kindlustusseltsidel selekteerida, kellele oma teenust pakkuda.

Teisalt, ühiskonnas laiemalt võib tööandja eratervisekindlustuse kasv tekitada palgasurvet neis sektorites, kus tervisekindlustustoodet ei pakuta või kus see on töö iseloomu või ettevõtte asukoha tõttu kallim. Kuna kindlustuspakettide sisu, sealhulgas kaetavad teenused ja pakutav omaosalus, ei ole avalik informatsioon ning pakkumisi tehakse ettevõttest ja sektorist lähtuvalt, võib kindlustuspakett olla sõltuvalt ettevõttest kas kallim või selle kate lahem. See võib seada soodsamasse olukorda need ettevõtted, kelle risk on kindlustajate hinnangul madalam.

Lisaks võib rahvusvahelisele kogemusele tuginedes eeldada, et Eesti turul hinnavõtja rollis olevad kindlustusseltsid ei ole motiveeritud teenuste hinna üle läbi rääkima ning piire seadma, sest see võib tähendada, et teenuseosutajatest partnerite valik väheneb ja selle tagajärjel ka kindlustatute rahulolu kahaneb. Tervishoiuteenuste turul puudub kindlustusseltsidel ka vajalik läbirääkimisjõud, sest eratervisekindlustuse maksuvabastus on väike (kuni 400 eurot aastas), mis ei võimalda pakutavaid hüvitisi suurendada ning olla tervishoiuteenuse osutajatega hinna üle peetavatel läbirääkimistel Tervisekassa kõrval tõsiseltvõetavaks konkurendiks.

Seega prognoosime, et kui tööandja erakindlustus praegusel kujul säilib, siis

- tööandjate pakutava erakindlustuse kasutus kasvab, kuid teatud piirini, sest jääb pigem paremini toimetulevate ettevõtete privileegi, kes suudavad seda endale lubada või kelle segmendis on konkurents töötajatele suurem;
- võib osa tervishoiuteenuseid (eriti hambaravi) muutuda sihtrühmale, kellel on eratervisekindlustus olemas, kättesaadavamaks, sest tänu maksusoodustusele hind patsiendi jaoks langeb;

- kasvab Tervisekassa hinnasurve, sest passiivse hinnavõtjana hakkavad kindlustusseltsid Tervisekassaga konkureerima (eriti tugevalt avaldub see teenuste puhul, mille personaliressurss on piiratud ja nõudlus ületab pakkumise);
- kasvab palgasurve ettevõtetele, kes tegelevad valdkonnas, kus töötajaskonna terviseriskid on suuremad ja erakindlustuspakett seetõttu kallim;
- väikese turu tõttu suurt hinnakonkurentsi kindlustusandjate vahel ei teki.

Selleks, et maksusoodustusega pakutav tööandja eratervisekindlustus parandaks arstiabi kättesaadavust ühiskonnas võrdselt ega looks ebavõrdset olukorda tööjõuturu eri sektorite vahel, võiks rakendada järgmisi mehhanisme:

- muuta erakindlustus kõigile tööandjatele kohustuslikuks või kehtestada kindlustuspakkujatele reeglid, mis takistaksid selektiivset valikut (samuti võimalust eelistada kasumlikumat turgu);
- kehtestada kindlustuspakkujatele reeglid, mille kohaselt tuleb miinimumpakette pakkuda võrdselt kõigile sektoritele ning teha pakettide maksumused, kaetavad teenused ja nende puhul rakendatav omaosalus avalikuks;
- kooskõlastada kindlustusseltside kaetavate teenuste struktuur Tervisekassaga, et vähendada hinnasurvet tervishoiuteenustele;
- vähendada töötervishoiu dubleerimist, vältimaks olukorda, kus erakindlustuspaketid sisaldavad teenuseid, mis on ettevõtete jaoks niigi maksuvabad;
- luua regulatiivne raamistik ja järelevalve, mis jälgiks eraravikindlustuse turukontsentratsiooni ja soodustaks hinnakonkurentsi – selleks tuleb turuosaliste andmeid regulaarselt koguda ja teha need kättesaadavaks;
- julgustada väiksemaid ja madalama palgatasemega ettevõtteid liituma kollektiivsete kindlustuslepingutega, et laiendada katvust ja vähendada sektoritevahelist ebavõrdsust.

3.2 Stsenaarium 1: praegu kehtiva vabatahtliku eratervisekindlustuse selektiivne laiendamine (nt tööandja või üksikisiku suuremate maksusoodustuste kaudu)

Üks võimalus erakindlustust laiendada on suurendada maksuvabastust või kehtestada eratervisekindlustusele eraldi maksuvabastus. Kui maksuvabastust suurendada 400 eurolt 1000 euroni, nagu on välja pakkunud Eesti Kindlustusseltside Liidu ja Tööandjate Keskliidu ning Vabariigi Valitsuse juures tegutseva ettevõtjate nõukogu esindajad, suureneks kindlustusfirmade huvi eratervisekindlustuse pakkumise vastu. See kiirendaks eratervisekindlustuse turu mahu kasvu.

Suurem maksuvabastus võib kaasa tuua ka eratervisekindlustuse laiema kasutuse ettevõtete seas, kuna võimaldab maksuvabastuse kaudu vähendada tööjõukulusid. Lisaks muudaks suuremate summade maksuvaba katmine erakindlustuse tööandjate jaoks atraktiivsemaks võrreldes teiste tervise edendamise kuludega, sest kindlustus on halduslikult lihtne lahendus ja

laieneb ühtse paketina kogu töötajaskonnale. Samas näitavad andmed, et praegu saab maksusoodustusega tervise edendamise teenustest osa ainult viiendik töötajaskonnast, mistõttu võib maksusoodustuse suurendamine kasvatada pigem nende töötajate hüvesid, kelle peale tööandjad juba praegu kulutusi teevad. Teistele töötajatele jääks soodustus endiselt kättesaamatuks, sest paljud ettevõtted – eriti väiksemad ettevõtted ning need, kes tegutsevad madalama palgatasemega sektorites või sellistes sektorites, kus kindlustuse pakkumine ei ole töötajate kõrgema haigestumisriski tõttu atraktiivne – ei kasuta maksusoodustust ka praeguse 400-eurose piirmäära korral, kuna see ei ole neile majanduslikult võimalik.

Kui erakindlustust ei tehta tööandjatele kohustuslikuks, jääb selle levik ka edaspidi sõltuma ettevõtte suurusest, tegevusalast, palgatasemest ja kasumlikkusest ning üldisest majanduskeskkonnast. Suurema maksuvabastuse korral suureneks eraravikindlustust kasutavate töötajate osakaal nendes sektorites, kus see on juba praegu populaarne (finantssektor, info ja side, kinnisvara), kuid laiem töötajaskond sellest ei võidaks. Pigem jääksid veelgi ebasoodsamasse olukorda ettevõtted ja asutused, kes ei suuda eraravikindlustust oma töötajatele pakkuda, sealhulgas avaliku sektori asutused (nt haridus- ja kultuuriasutused). Seega võib maksusoodustuse suurendamine ilma erakindlustuse kohustuslikkusega muuta selle veelgi selgemalt teatud töötajagruppide hüveks, andes tööturul suurema eelise nendele ettevõtetele, mille tegevusvaldkonnas on terviseriskid väiksemad. Nii ei teki kogu tööturгу võrdselt katvat lahendust.

Riigi perspektiivist tooks maksuvabastuse suurendamine kaasa maksutulu vähenemise, sest potentsiaalne palgatõus asendatakse vähemalt osaliselt maksuvaba hüvitisega, mis on töötaja motivatsioonipaketi osa. Kuna maksuvabastust kasutavad pigem edukamad ettevõtted, võivad maksusoodustuse eelised langeda peamiselt kõrgema palgaga töötajate gruppidele, süvendades sotsiaalset ebavõrdsust. Väikesed, madalama sissetuleku ja väiksema kasumlikkusega ettevõtted või suurema terviseriskiga seotud sektorid ei pruugi ka suurema maksuvabastuse korral saada seda kasutada, mistõttu kasvab nendes sektorites palgasurve. Kokkuvõtvalt toetab maksusoodustuse suurendamine edukamate majandussektorite konkurentsieelise kasvu.

Teisalt puudub erakindlustusel sellisel juhul huvi tervishoiusüsteemi tõhususe parandamise vastu, sest erakindlustus ei võta finantsriski patsiendi raviteekonna eest tervikuna. Erakindlustus tasub teenuste eest vaid ülempiirini ja ülejäänud peab patsient tasuma kas omast taskust või pöörduma riikliku ravikindlustuse süsteemi poole. Intervjuude põhjal puudub Eesti erakindlustusseltsidel tervishoiuteenuste strateegiline ostupoliitika ega sekkuta tervishoiuteenuste hinnakujundusse. Eratervisekindlustuse pakujate soov ja võimekus kontrollida pakutud teenuste kvaliteeti ja vajadust on pigem tagasihoidlik, näiteks võimaldavad kindlustusseltside paketid eriarstivisiiti ka ilma perearsti eelneva konsultatsioonita. Kuna tervishoiuturul esineb patsientide, arstide ja kindlustusseltsi vahel informatsiooni asümmeetriat, võivad patsiendid ilma eelselektatsioonita saada ka mittevajalikke teenuseid ja uuringuid.

Erakindlustuse laiendamise korral võivad erialadel, kus nõudluse ja pakkumise vahe on suur, tegutsevad tervishoiuteenuste osutajad (nt vaimse tervisega seotud teenuste osutajad, keda

juba praegu turul napib) ja tervishoiutöötajad (nt psühhiaatrid, sh lastepsühhiaatrid, ning psühholoogid ja dermatoloogid) liikuda solidaarse ravikindlustuse kaudu rahastatavast sektorist ära erasektoris ning Tervisekassale võib tekkida täiendav hinnasurve. See võib suurendada avaliku sektori kulusid, halvendada teenustele juurdepääsu avalikus süsteemis ning süvendada tervishoiuteenuste kättesaadavuse ebavõrdsust.

Samas aitaks eratervisekindlustusele senisest suurema või eraldi maksusoodustuse kehtestamine parandada osa inimeste ligipääsu teenustele, eriti hambaravile ja ambulatoorsele arstiabile, mille omaosalus kas ongi juba suur või aina kasvab. Maksusoodustust suurendades on võimalik kindlustusel katta ka laiemat teenuste paketti ning suurendada kaetavat osa, s.t rakendada kaetavatele teenustele väiksemat omaosalust. Laiem teenuste pakett annaks kindlustusseltsidele suurema jõuõla teenuseosutajatega hinnakokkulepete tegemiseks, nii et hinnakonkurents tõenäoliselt suureneks. Samas, kui erakindlustus jääb Eesti turul suuremate ettevõtete privileegiks ja kindlustuse pakkumise turul suurt konkurentsi ei teki, siis ei teki ka hinnakonkurentsi.

Seega prognoosime, et kui tööandja erakindlustusele kehtestatud maksusoodustuse piirmäära suurendada, siis võib turul täheldada järgmisi ilminguid:

- kiireneb erakindlustuse turu kasv;
- tööandjad saavad palkade tõstmise asemel kasutada töötajate motiveerimiseks maksuvaba hüve, samas suuremad, kasumlikumad ja väikesema terviseriskiga ettevõtted saaksid tööjõuturul konkurentsieelise;
- paraneb osa elanikkonnagruppide juurdepääs teenustele, eelkõige hambaravile ja ambulatoorsetele teenustele, mille omaosalus on suur ja kasvab veelgi;
- kindlustusandjate mõju tervishoiuteenuse osutajatega läbirääkimisel võib tugevneda: suurem hulk kindlustatuid võib parandada kindlustusandjate positsiooni teenuste tingimuste ja hinna üle läbirääkimisel;
- maksusoodustuse suurendamisel võib riigi maksutulu väheneda, kuna osa potentsiaalsest palgakasvust asendatakse maksuvaba hüvega, mille tagajärjel vähenevad riigieelarve ja ka Tervisekassa tulud ning võib tekkida vajadus avaliku sektori pakutavaid teenuseid vähendada;
- paradoksaalselt vähendab maksusoodustus ka Tervisekassasse laekuva sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa, seega sisuliselt subsideeritakse kõrgema sissetulekuga ettevõtete töötajate erakindlustust solidaarse ravikindlustuse arvel;
- kuna erakindlustus ei võta vastutust patsiendi raviteekonna eest tervikuna ega loo stiimuleid teenuste kvaliteedi ja kulutõhususe parandamiseks, siis turu mahu kasvades kasvab ka tervishoiuteenustele avaldatav hinnasurve ja tervishoiusüsteemile kaasnev kulu;
- erakindlustuse turu laienemisel võib halveneda avalike teenuste kättesaadavus, eriti suure nõudlusega erialadel, mille spetsialistid (nt psühhiaatrid, psühholoogid, dermatoloogid) võivad solidaarsest süsteemist väljuda.

Selleks, et maksuvabastuse laiendamine ei jääks edukamate ettevõtete privileegiks ega nõrgestaks avalikku tervishoiusüsteemi, tuleks rakendada sarnaseid meetmeid, mida on

kirjeldatud nullstsenaariumi juures. Erakindlustuse turu mahu märkimisväärse kasvu korral tasub lisaks kaaluda järgmisi samme:

- kompenseerida saamata jäänud sotsiaalmaksust johtuv Tervisekassa tulude langus muude avaliku sektori tulude varal;
- luua riiklik raamistik erakindlustuse kaetavate teenuste kvaliteedi, hinnakujunduse ja andmete läbipaistvuse tagamiseks;
- kujundada mehhanismid, mis motiveerivad tervishoiutöötajaid püsima solidaarses tervishoiusüsteemis.

3.3 Stsenaarium 2: inimestele eraravikindlustuse kvaasikohustuslikuks muutmine suure omaosaluse kompenseerimiseks

Mitmed Euroopa riigid (Prantsusmaa, Horvaatia, Sloveenia) on kujundanud oma tervishoiusüsteemid nii, et patsiendi rahaline panus teenuse kasutamisel on suhteliselt suur, kuid seda riski leevendab formaalselt vabatahtliku, ent praktikas sisuliselt kohustusliku täiendava ravikindlustuse olemasolu (vt lisa 2 ja lisa 3 Sloveenia ja Horvaatia kohta). Seda mudelit võib kirjeldada kui kvaasivabatahtlikku, kuna kindlustuse olemasolu ei ole seaduse järgi kohustuslik, ent selle puudumine tähendab sageli märkimisväärset omaosaluse riski. Selline korraldus võib olla poliitiliselt atraktiivne, sest riik ei pea tõstma makse, küll aga tekitab see küsimusi võrdsuse, tõhususe ja administratiivse keerukuse osas.

Näited taolisest korraldusest teistes Euroopa riikides

Prantsusmaal katab riiklik ravikindlustus enamikul elanikkonnast suure osa tervishoiuteenuste kuludest, kuid jätab teatud mahu omaosaluse patsiendi kanda. Omaosalus on tavaliselt 10–30% sõltuvalt teenuse liigist. Selle katmiseks on kujunenud ulatuslik täiendava ravikindlustuse turg, kus üle 95% elanikkonnast omab kas tööandja kaudu või individuaalselt sõlmitud kindlustuslepingut. Madalama sissetulekuga inimeste jaoks on loodud riiklikult subsideeritud mehhanism, näiteks *complémentaire santé solidaire*, mis võimaldab neil soodsatel tingimustel või isegi tasuta saada täiendava kindlustuse kaitse. OECD (2004) järgi aitas erakindlustus oluliselt suurendada arstiabi kasutamist ja retseptiravimite ostmist, sest vähendas inimeste omaosalust märkimisväärselt või lausa kaotas selle. (Buchmueller & Couffinhal, 2004)

Horvaatias on omaosalus tervishoiuteenuste eest tasumisel suhteliselt suur (enamasti 20%), kehtides nii ambulatoorse arstiabi, diagnostika, ravimite kui ka statsionaarse ravi puhul. (Džakula *et al.*, 2021) Sarnaselt Prantsusmaaga on loodud võimalus sõlmida täiendav kindlustus, mida pakuvad nii avalikud kui ka eraõiguslikud kindlustusandjad. Riiklik toetus piirdub kindlate sihtrühmadega, näiteks madalapalgaliste pensionäridega.

Sloveenia süsteem oli enne 2023. aasta reformi kõige struktureeritum näide kvaasivabatahtliku mudeli kohta. Kuigi täiendav ravikindlustus ei olnud seaduse järgi kohustuslik, omas seda valdav enamik elanikkonnast. Tegemist oli kogukonnapõhise ja reguleeritud tootega, mille kaudu kaeti sisuliselt kogu omaosalustasudega seotud risk. Riik toetas kindlustuse maksmist madala

sissetulekuga isikute puhul. Süsteemi olemust iseloomustas asjaolu, et ilma täiendava kindlustuseta inimene jäi oluliste kulude ees kaitseta, mistõttu kindlustuse sõlmimine oli sisuliselt vältimatu. (Albreht *et al.*, 2021)

2023. aastal kaotati Sloveenias erakindlustusel põhinev süsteem. Erakindlustuse toetamiseks kasutatud vahendid suunati ümber riikliku tervishoiusüsteemi rahastamisse ning kehtestati uus kohustuslik lisamaks, mis võimaldas vähendada inimeste omaosalust tervishoiuteenuste eest tasumisel. Valitsus tegi selle otsuse pandeemiajärgsel ajal, kui erakindlustuse pakkujad kavatsesid märkimisväärselt suurendada kindlustusmaksid seoses tervishoiukulude kasvuga (muu hulgas pandeemia mõjude tõttu), mida valitsus ei pidanud sotsiaalselt vastuvõetavaks.

Tugevad küljed

Suure omaosaluse ja kvaasivabatahtliku kindlustuse kombinatsioonil võib mõningatel juhtudel olla mitmeid eeliseid. Esiteks aitab see kujundada patsientide teadlikkust tervishoiuteenuste hindade suhtes, kui nad endale sobivat erakindlustust valivad. Kui erakindlustuse makse sõltub teenuse tarbimisest, võib see pidurdada ebavajalikku nõudlust. Täiendav kindlustus tagab kaitse suuremate rahaliste riskide eest. Teiseks pakub vabatahtlik kindlustus omaosaluse katmiseks teatud paindlikkust ja võimaldab kohandada kaitse ulatust vastavalt isiklikule eelistusele või tööandja pakutavale pakatile. Kolmandaks võimaldab selline rahastusmudel jagada kulude kasvu koormat avaliku sektori ja eraalike vahel, vähendades otsest survet riiklikule maksusüsteemile. Kvaasivabatahtlik ravikindlustus, mis katab suure omaosaluse, võib riikliku süsteemi kulusid vähendada juhul, kui suurendatakse avaliku sektori pakutavate teenuste omaosaluskoormust ja vähendatakse teenuste paketti, mida saaks hakata katma erakindlustus. Kui tekiks selge lahusus Tervisekassa hüvitatavate teenuste ja erakindlustuse kaetavate teenuste vahel, puuduks ka Tervisekassa hinnasurve risk. Kui teenuste lahusust ei teki, siis Tervisekassa hinnasurve säilib ning kokkuvõttes ei pruugi süsteem avaliku sektori kulusid vähendada.

Nõrgad küljed

Kõige suurem risk on kindlustuse kättesaadavusega seotud ebavõrdsus. Kui lisakindlustus ei ole universaalselt kättesaadav või selle hind sõltub individuaalsest riskist, siis võivad vaesemad või kehvema tervise seisundiga inimesed piisavast kaitsest ilma jääda. Seega on erakindlustuse toimimiseks vaja väga selgeid regulatsioone, mis piiraksid kindlustajate selektiivsust, ning madalama sissetulekuga inimestele mõeldud toetusmehhanisme.

Teiseks kaasneb keeruka kahekihilise süsteemiga suur halduskoormus. Väikeriigis nagu Horvaatia pakub omaosaluse katmiseks täiendavat kindlustust seesama asutus, mis korraldab ka solidaarset ravikindlustust. Sloveenias oli suur halduskoormus üks peamisi kriitikaobjekte, mis viis süsteemi ümberkujundamiseni 2023. aastal, kui täiendav kindlustus asendati ühtse kohustusliku lisamaksuga.

Erakindlustuse kaasamine omaosaluse katmiseks on poliitiliselt ja majanduslikult haavatav lahendus. Kui majanduskasv aeglustub, tööpuudus kasvab või riiklikud toetused vähenevad, võib kindlustus ja seeläbi ka tervishoiuteenus muutuda mõnele rühmale kättesaamatuks.

Omaosalust kattev kvaasivabatahtlik erakindlustuse süsteem tegeleb eelkõige raha ümberjaotamisega. Süsteemi ja protsesside tõhususe suurendamine, teenuste koordineerimine ning ennetus on selle puhul teisejärgulised. Kui kõige kallimad ja keerulisemad juhtumid jäävad endiselt avaliku sektori (Tervisekassa tüüpi asutuste) kanda, puudub erakindlustusel selge stiimul tegeleda haiguste ennetamise, krooniliste seisundite juhtimise ja raviteekonna optimeerimisega. Erakindlustusfirmal ei ole enamasti juurdepääsu ka kõikidele inimeste terviseandmetele ja tal puudub süsteemne integratsioon teenusepakkujatega.

Prantsusmaa, Horvaatia ja Sloveenia kogemused näitavad, et süsteemi edukus sõltub suurel määral riiklikust korraldusest ning sotsiaalpoliitilisest kontekstist. Kasutades eeskujuna Horvaatiat ja Prantsusmaad, võiksid kohustuslik ja erakindlustus koos toimida järgmise mudeli alusel.

Tabel 9. Täiendav kindlustus omaosaluse katmiseks koos lisakindlustusega

Valik	Sisu
Baastase (Tervisekassa)	Säilitada praegune Tervisekassa rahastatud teenuste süsteem, kuid suurendada inimeste omaosalust (väiksem teenuste pakett ja suurem omaosalus).
Omaosalus	Kehtestada 10–20%-line omaosaluse määr kõigile tervishoiuteenustele, kuid rakendada ühe ravijuhtumi ülempiiri (nt 500 eurot) ja kalendriaasta ülempiiri.
Täiendav kindlustus omaosaluse katmiseks (Tervisekassa ja erakindlustus)	Täiendavat vabatahtlikku kindlustust omaosaluse katmiseks võivad pakkuda nii Tervisekassa (kõigile võrdse kuutasu eest, nt 15 eurot kuus) kui ka erakindlustusseltsid (võivad kohandada kindlustusmakset vastavalt inimese puhul hinnatud riskile). Täiendav kindlustus katab Tervisekassa lepingupartnerite juures osutatavate teenuste omaosaluse; kehtima võib jääda sümboolne omaosalus. Täiendava kindlustuse maksja oleks üldjuhul inimene ise.
Erandid	Madala sissetulekuga inimeste või teatud sotsiaaldemograafiliste rühmade eest (nt puudega inimesed) teeb täiendava kindlustusmakse riik.
Valikuline lisakindlustus (erakindlustus)	Vabatahtlik lisakindlustus (erakindlustusena) võimaldab katta kiirema arstiabi nendes ravisutustes, mis ei ole Tervisekassa lepingupartnerid. Lisakindlustuse eest võib maksta tööandja maksusoodustusega kuni kindla piirmäärani (nt 400 või 600 eurot aastas) või eraisik ise.

Taoline täiendav kindlustus, mis kataks omaosaluse, tooks tervisesüsteemi raha juurde, osaliselt küll omaosaluse arvelt. Näiteks igakuine 15-eurone makse miljonilt inimeselt tooks aastas tervisesüsteemi kokku ligikaudu 180 miljonit eurot lisaraha. See moodustab ligikaudu 10% tervishoiuteenuste 2024. aasta täidetud eelarvest.

Süsteemi üldist tõhusust (ehk paremat koordineeritust, välditavate haigusjuhtude ennetamist jm) taoline täiendav omaosaluse kehtestamine ja kindlustus iseenesest ei paranda – tegemist on vaid rahastamisega. Kui Tervisekassa jääb üheks lisakindlustuse pakkujaks (nagu Horvaatias), siis on täiendava kindlustuse halduskulud väikesed. Teisest küljest, avades omaosaluse katmise võimaluse ka erakindlustusele, saab erakindlustus laiema teenuste portfelli: omaosaluse katmine koos lisakindlustuse pakkumisega nende teenuste korral, mida Tervisekassa praegu ei kata. Erakindlustuse halduskulud omaosaluse riski katmisel on küll arvatavasti suuremad kui Tervisekassal (nt 2024. aastal maksti erakindlustuse kogutud maksetest tervisekulude katmiseks välja 75%), kuid seda kompenseerib ostjate jaoks lisakindlustuse võimalus.

Erakindlustusel tekib huvi süsteemi tõhususe parandamise vastu ainult siis, kui ta võtab finantsriski patsiendi raviteekonna eest tervikuna, sealhulgas kallid ja keerulised juhtumid (nt vaimse tervise pikaajaline tugi, krooniliste haiguste juhtimine, taastusravi). Eesti erakindlustusettevõtetega tehtud intervjuud näitasid, et kindlustusseltsid on tervishoiuteenuste osutajate suhtes praeguses seisus hinnavõtjad.

Kui rahastada eratervisekindlustust tervishoiusüsteemis elanikkonna suurema omaosaluse katmiseks, siis prognoosime järgmist:

- täiendav kindlustus pakub kaitset suureneva omaosaluse eest ja vähendab individuaalset rahalist riski;
- süsteemi paindlikkus kasvab, millest tulenevalt saab kindlustuskatet kohandada vastavalt vajadustele või tööandja pakutavale pakatile;
- väheneb riigieelarvele avaldatav surve, kuna kulude kasvu koorem on jagatud avaliku sektori ja erasektori vahel;
- kui Tervisekassa ja erakindlustuse rollid on selgelt eristatud, võib väheneda Tervisekassale avaldatav hinnasurve;
- madalama sissetulekuga ja kehvema tervises seisundiga inimeste võimalused tervishoiuteenuseid kasutada halvenevad, eelkõige juhul, kui lisakindlustuse hind sõltub individuaalsest riskist, samuti suureneb oht selektiivseks kliendivalikuks;
- kahekihiline süsteem suurendab halduskoormust ja halduskulusid, eriti väikeriigis nagu Eesti;
- süsteem on haavatav majanduslanguse ja tööpuuduse kasvu suhtes, kuna olude halvenedes võib kindlustus muutuda mõnele elanikkonnarühmale kättesaamatuks;
- erakindlustus ei loo stiimuleid haiguste ennetamiseks ega krooniliste haiguste juhtimiseks, sest keskendub rahastamisele, mitte tervisetulemite parandamisele;
- kui kallid ja keerulised juhud jäävad Tervisekassa kanda, puudub erakindlustusel huvi süsteemi tõhusust parandada.

Selleks, et nimetatud riske leevendada, tuleks teha järgmist:

- tagada, et omaosaluse katmiseks mõeldud täiendav kindlustus oleks universaalselt kättesaadav või riiklikult toetatud madalama sissetulekuga elanikkonnas, muu hulgas

tuleks luua toetuskeemid, mille alusel riik tasub haavatavate rühmade (nt madala sissetulekuga, puudega inimeste) eest kindlustusmakse ise;

- kehtestada selged regulatsioonid, mis piiraksid kindlustajate selektiivsust klientide valikul ja nõuaksid hinnastamise läbipaistvust; alternatiivne võimalus on kohustada kindlustusseltse panustama riskide võrdsustamise fondi, mille kaudu toimub seltsidevaheline riskide ümberjagamine, arvestades kindlustatud isikute soolist ja vanuselist jaotust;
- piirata eratervisekindlustuse halduskulusid ja tagada, et enamik kogutud vahenditest suunataks tervishoiuteenuste rahastamisse;
- kujundada mehhanismid, mis tagaksid Tervisekassa ja erakindlustuse vahel selge tööjaotuse, vältides dubleerimist ja hinnasurvet;
- koguda eratervisekindlustuse turu kohta vajalikke andmeid (sh teave turu mahu, kulude ja ettevõtete omandivormi kohta) ning need avalikustada, et tagada süsteemi toimimise läbipaistvus.

Kokkuvõte ja järeldused

Käesolevas uuringus analüüsiti vabatahtliku ravikindlustuse kasutamist Eestis, kombineerides erisuguseid andmeallikaid: erakindlustusseltside kogutud sissemaksete ja tehtud väljamaksete andmed, maksusoodustusega tervise edendamise kulusid teinud ettevõtete andmed, Eesti sotsiaaluuringu küsitlusandmed (tööandja kindlustuse olemasolu analüüsimiseks), kindlustusseltsidega läbiviidud intervjuud, kindlustusseltside endi läbiviidud küsitlused ning uuringu käigus korraldatud küsitlus.

Erakindlustuse roll tööandjatepoolses tervise edendamises on kiiresti kasvanud. Veel 2019. aastal maksid tööandjad erakindlustusse umbes 1 miljon eurot, ent 2024. aastaks oli see summa kasvanud juba üle 21 miljoni euro. Viimastel aastatel on erakindlustuse maksed moodustanud ligikaudu kolmveerandi kõigist ettevõtete maksuvabadest tervise edendamise kuludest. Selline suundumus viitab asjaolule, et üha enam eelistavad ettevõtted pakkuda töötajatele standardiseeritud erakindlustuspakette senise killustatud tervise edendamise kulude katmise asemel.

Samas ilmneb, et tervise edendamise kulusid kasutatakse töötajaskonna seas suhteliselt vähe. Maksu- ja Tolliameti andmetel deklareeriti 2024. aastal kulusid vaid ligikaudu viiendiku töötajate eest, mis tähendab, et neli viiendikku töötajatest jäid tööandja poolt pakutavast toetusest kõrvale. See seab kahtluse alla maksuvabastuse 400-eurose piirmäära mõjususe, sest isegi nende ettevõtete hulgas, kes kulusid deklareerivad, jõuavad vaid vähesed töötajad piirmäära lähedale. 400-eurose soodustuse täielik kasutamine on koondunud üksikutesse sektoritesse ja väikesele osale töötajatest. Suuremates ettevõtetes tehakse maksimaalne 400-eurone kulutus töötaja kohta harva, samas ühe kuni viie töötajaga väikeettevõtted jõuavad tervise edendamise kulude piirmäära kasutamiseni oluliselt sagedamini. Lisaks on näha, et tervise edendamise kulusid tegevad ettevõtted on keskmiselt kõrgema palgatasemega kui nende tegevusala keskmine. See viitab, et erakindlustus on (ja oleks ka edaspidi) eelkõige jõukamate ettevõtete ja töötajate privileeg, kusjuures ettevõtte keskmise palga ja tervise edendamise kulude vahel ilmneb positiivne seos.

Tegevusalade lõikes on kontrastid suured. Finants- ja kindlustussektoris ning info- ja sidevaldkonnas deklareerib enamik tööandjaid oma töötajate eest tervise edendamise kulusid, sageli peaaegu kogu töötajaskonna ulatuses. Seevastu põllumajanduse, majutuse ja toitlustuse valdkonnas on kulude deklareerimine marginaalne. Selline ebaühtlane jaotumine kinnitab, et erakindlustuse levik on seotud ettevõtte majandusliku edukuse ja töötajate sissetulekuga.

Sellest võib järeldada, et erakindlustusel on kasutamata maksuvabastuse arvel Eestis veel kasvupotentsiaali, kuid see koondub tõenäoliselt kõrgema palgaga sektoritesse ja edukamate ettevõtete töötajatele. Enamiku töötajate jaoks jääb maksuvabastuse võimalus kasutamata ning madalama palgaga sektorites on erakindlustuse levik piiratud. Seetõttu võib erakindlustus

praegusel kujul jätkudes kujuneda pigem valitud töötajagruppide lisahüveks kui laiapõhjaliseks tööandjapoolseks panuseks kogu tööturul.¹⁵

Eestis oli tööandja kaudu erakindlustusega kaetud inimeste arv kasvanud 2024. aastaks ligikaudu 60 000-ni. Kuna erakindlustuse olemasolu sõltub eeskätt tööandja otsusest, peegeldab inimeste jaotus tööandja kindlustuse järgi pigem hõive struktuuri eri tegevusaladel ja nendes ettevõtetes, mitte niivõrd individuaalseid valikuid. Eesti sotsiaaluuringu andmed näitavad, et erakindlustus on sagedamini noorematel inimestel, meestel, eestlastel ning kõrgema haridustaseme ja kõrgema sissetulekuga inimestel. See viitab, et erakindlustus on tihedalt seotud tööturu ja palgataseme erinevustega ning on kättesaadavam just paremas majanduslikus seisus olevatele ja parema tervisega töötajatele.

Erakindlustuse hüvitatud teenuste struktuur näitab selgelt, et suurim osa kuludest on seotud hambaravi ja ambulatoorse arstiabiga (TAI eelduste kohaselt 2023. aastal 80%), kindlustusseltside liidu andmete järgi 2024. aastal 68%). Kindlustusjuhtude arvu järgi olid enim kasutatud teenused samuti hambaravi (78 580 juhtumit) ja ambulatoorne ravi (83 892 juhtumit). See viitab, et töötajad vajavad eeskätt kiiret ligipääsu eriarstile, kus järjekorrad on pikad, ning hambaravi, mille omaosalus on suur. Kindlustusettevõtete tehtud intervjuud toovad esile, et erakindlustuse kaudu lastakse patsiendil sageli pöörduda eriarsti juurde otse, ilma perearsti eelneva suunamiseta. See tähendab kiiremat ligipääsu ravile ja vähemat bürokraatiat, kuid tervishoiutöötajate personaliressursi kasutust arvestades on see suboptimaalne. Sama kinnitavad ka kindlustusseltside enda uuringud. Näiteks PZU küsitlused, mis viidi läbi tööandjate ja personalijuhtide seas, tõid samuti erakindlustuse kõige olulisema hüvena esile hambaravi, sellele järgnesid eriarsti vastuvõtt ja profülaktilised uuringud. Ka ERGO ja CV.ee uuring näitas, et töötajad hindavad kõrgelt just hambaravi ja kiiret ligipääsu eriarstile: ligi pooled vastanutest märkisid need kõige olulisemateks kindlustuse hüvedeks.

Oluline on märkida, et osa teenuseid, mida praegu hüvitatakse erakindlustuse kaudu (nt töötervishoiuga seotud ennetuskulud), kuuluvad ettevõtte töötervishoiu kohustuste alla, mis on maksuvabalt kuludesse kantavad. Seega praegune praktika osaliselt dubleerib olemasolevaid võimalusi. Samuti rakendub enamikule erakindlustuse teenustele omaosalus, mis peaks piirama tarbetuid pöördumisi ja suunama kindlustuse kasutust pigem vältimatute või väärtuslikumate teenuste poole. Kokkuvõttes peegeldab teenuste struktuur töötajate tegelikke vajadusi – kiiret ligipääsu esmavajalikele raviteenustele ja hambaravile –, kuid toob esile ka kohti, kus erakindlustus kattub tööandja jaoks niigi kohustuslike kuludega.

Kindlustajatel on soov, et 400-eurost maksuvaba piirmäära tõstetaks, kuna see on liiga piirav ning ettevõtetel, kes soovivad pakkuda laiemat katet, tuleb tasuda erisoodustusmaksu. Kuigi paljud paketid on väiksemad, tekib paradoksaalne olukord, kus isegi töötervishoiu teenuseid ostetakse erakindlustuse kaudu, mis sööb ära teiste raviteenuste kasutamise võimaluse. Poliitiline valik oleks piirmäära tõsta või luua eraldi soodustus just erakindlustuse jaoks, et

¹⁵ Kui kõik ettevõtted, kes tervise edendamise kulusid on teinud, oleksid deklaratsioonides kajastatud töötajate eest kasutanud 2024. aastal 400-eurost maksuvabastust, siis oleksid tervise edendamise kulud praeguse 28 miljoni euro asemel 51 miljonit eurot. Kui samade ettevõtete kõik töötajad oleksid kasutanud 400-eurost maksimumi, oleks summa 93 miljonit eurot. Kui tervise edendamise kulusid oleks makstud kõigi tulu- ja sotsiaalmaksu deklaratsioonides kajastatud töötajate eest (keskmiselt 641 000 töötajat ühes kuus), ulatuks summa 256 miljoni euroni.

eristada seda tavapärastest tervise edendamise kuludest, milleks algselt maksusoodustus oli mõeldud.

Eraldi tuleks soodustada lihtsate ja standardiseeritud paketilahenduste pakkumist väiksematele ettevõtetele. Praegu ei sõlmita tavaliselt lepinguid alla viie töötajaga tööandjatega, sest risk on kindlustusandja jaoks liiga kõrge. Samas on just väikeettevõtetes suurem valmisolek kasutada 400 eurot täielikult ära. Kui riik looks stiimuleid või riskijagamise mehhanisme, saaksid ka mikroettevõtted pakkuda töötajatele mõistlikku kindlustuskaitset.

Edendada tuleks soodsate kollektiivpakettide arengut ja turu läbipaistvust. Intervjuud näitavad, et suurettevõtetel on sageli võimalik valida mitme paketi vahel ning siduda kindlustus näiteks sporditoetusega, samas väiksematele jäävad „võta või jäta“ lahendused. Riigi roll võiks olla soodustada ühtseid miinimumstandardeid ja pakkuda tugistruktuuri, et ka väiksemad ettevõtted saaksid ligipääsu kollektiivsetele lahendustele. Vaja on vähendada haldusbarjääre. Praegu kaasneb kindlustusandja vahetamisega tööandjatele ja töötajatele märkimisväärne lisatöö, sest uue lepingu reegleid tuleb töötajatele uuesti selgitada. Standardiseeritud arveldus- ja kompensatsioonilahendused võiksid turgu lihtsustada ning muuta pakkujate vahetamise vähem koormavaks. Samuti vajavad tööandjad ja töötajad selgemat infot võimaluste ja piirangute kohta.

Ka tuleb suurendada teenuste sisu paindlikkust. Intervjuudest ilmnes, et nõutud teenused on hambaravi, eriarstiabi, taastusravi ja vaimse tervise teenused, kuid osa teenuseid, näiteks toitumisnõustamist, ei saa praegu kutsetunnistuste puudumise tõttu pakkuda. Kutse- ja teenuseregulatsiooni ajakohastamine annaks erakindlustusele võimaluse katta laiemat teenuste spektrit, mis vastaks paremini töötajate tegelikele vajadustele.

Kui erakindlustus muutuks laiemalt kättesaadavaks kõigile ettevõtetele, sealhulgas väiksematele ja madalama palgatasemega sektorites tegutsevatele tööandjatele, võiks oluliselt laieneda ka kindlustusega kaetud inimeste sotsiaalmajanduslik spekter. See aitaks tasakaalustada praegust kallutatust kõrgema sissetulekuga ja paremas majanduslikus seisus olevate töötajate suunas ning looks võimaluse, et erakindlustuse eelised jõuaksid ka nende töötajateni, kes seni on jäänud toetustest kõrvale. Nii võiks erakindlustus kujuneda senisest laiemaks kandepinnaks tööandjapoolseks hüveks.

Oluline ohukoht on see, et praegu maksab erakindlustus kogutud maksetest välja vaid ligikaudu kaks kolmandikku. See tähendab, et umbes kolmandik jääb halduskuludeks, vahendustasudeks, reservideks ja kindlustusandjate kasumiks, mis viitab asjaolule, et senine süsteem ei pruugi olla kõige efektiivsem viis, kuidas tööandjate tervise edendamise kulusid ära kasutada. Kui sama raha kulutatakse otse terviseteenustele, võiks osa töötajaid saada suuremat otsest kasu. Samas võib mastaabiefekt osaliselt aidata: kui kindlustusega liitub rohkem inimesi ja lepingud koonduvad suurematesse riskifondidesse, võib halduskulude suhteline osakaal väheneda ning kindlustuse vahendustasud ja riskihindamine muutuda efektiivsemaks. Kuid ka mastaabi kasv ei kõrvalda küsimust, kas erakindlustuse kaudu liiguvad ressursid ühiskonna tervise seisukohalt ikka kõige otstarbekamal viisil.

Eesti puhul on erakindlustuse rolli kujundamisel võimalik näha kolme peamist stsenaariumi.

Esimese ehk niinimetatud nullstsenaariumi korral jätkub tööandja vabatahtlik eraravikindlustus praegusel kujul. Kindlustuse kasutus kasvab peamiselt valgekraede ning suuremate ja jõukamate ettevõtete seas, kuid selle ulatus jääb piiratuks, sest enamik tööandjaid maksusoodustust ei kasuta. Kindlustusseltsid toimivad hinnavõtjatena ja nende ostetavad teenused konkureerivad sama tervishoiutöötajate ressursi pärast Tervisekassaga, mis suurendab hinnasurvet. Negatiivsete mõjude leevendamiseks tuleks selle stsenaariumi korral kehtestada selgemad reeglid kindlustusandjate selektiivse valiku piiramiseks, tagada miinimumpakettide ja hinnainfo läbipaistvus, koordineerida kaetavate teenuste ringi Tervisekassaga, vähendada dubleerimist töötervishoiuga, korraldada turu järelevalvet ning võimaldada väiksemate ettevõtete liitumist kollektiivlepingute alusel.

Stsenaariumis 1 laiendatakse praegust süsteemi maksusoodustuste suurendamisega, mis kiirendab turu kasvu ja parandab teatud rühmade puhul tervishoiuteenustele juurdepääsu, kuid süvendab ebavõrdsust, sest kasu koondub edukamatesse, väikese riskiga sektoritesse. Riigile tähendab see maksutulu vähenemist ja kaudset survet Tervisekassa tulubaasile; samal ajal ei võta erakindlustus enda kanda vastutust patsiendi raviteekonna eest tervikuna, mistõttu jääb teenuste ülekasutuse ja hinnasurve risk püsima. Leevenduseks on soovitatav rakendada nullstsenaariumi meetmeid, peale selle on vaja kompenseerida Tervisekassa tulude kahanemine muudest allikatest, kehtestada kvaliteedi, hinnakujunduse ja andmete läbipaistvuse raamistik ning luua stiimulid tervishoiutöötajate püsimiseks solidaarses süsteemis.

Stsenaariumis 2 kujundatakse omaosaluse katteks formaalselt vabatahtlik, kuid sisuliselt kohustuslik täiendav kindlustus (riiklik või era-), mis jagab kulukoormuse avaliku ja erasektori vahel ning pakub finantskaitset. Omaosaluse kindlustamise vajadus koos võimaliku lisakindlustusega loob suurema turu erakindlustuse jaoks, kuid ei paranda iseenesest süsteemi tõhusust ega koordineeritust. Mudeli tugevus sõltub Tervisekassa ja erakindlustuse vahelisest selgest tööjaotusest. Suurimad riskid on teenuste kättesaadavuse ebavõrdsus, halduskoormus väikeses riigis ning haavatavus majandustsükli suhtes. Samuti on oht, et kui kallid kindlustusjuhud jäävad endiselt Tervisekassa kanda, ei ole erakindlustus huvitatud panustama ennetusse ja krooniliste haiguste juhtimisse. Riskide maandamiseks tuleks tagada universaalne või sissetuleku põhjal toetatud ligipääs, piirata kindlustusandjate selektiivset valikut ja halduskulusid, luua riskide jagamise fond, kehtestada läbipaistev hinnastamine, kindlustada selge rollijaotus ning koguda ja avalikustada turuandmeid. Sellist mudelit on kasutanud Prantsusmaa, Horvaatia ja Sloveenia (2023. aastani). Eesti puhul tähendaks see tervisesüsteemi rahastamise mitmekesistamist, ilma et peaks kohe makse tõstma, kuid see tooks kaasa suurema halduskoormuse, ebavõrdsuse süvenemise ohu ning vajaduse tugeva regulatsiooni ja toetusmehhanismide järele, et madalama sissetulekuga inimesed ei jääks kindlustusest kõrvale. Stsenaariumi 2 korral võiks mõningad teenused selgemini suunata vabatahtliku ravikindlustuse alla (nt hambaravi, prillid, teatud ennetus- ja mugavusteenused) ning jätta need Tervisekassa rahastusest välja. Selline lahendus võimaldaks Tervisekassa vahendeid suunata vältimatute ja kallimate teenuste hüvitamisele, kuid tekitaks vajaduse selgete kriteeriumide ja toetussüsteemide järele, et haavatavad rühmad ei jääks olulistest teenustest ilma. Eesti oludes

võiks see olla realistlik samm, kuid ainult juhul, kui säilib universaalse katvuse põhimõte ja erakindlustust kasutatakse pigem täiendava kui asendava rahastajana.

Kasutatud kirjandus

- Aaviksoo, A., Kruus, P., Leppik, L., Sikkut, R., Veldre, V., & Vörk, A. (2011). *Eesti sotsiaalkindlustuse jätkusuutliku rahastamise võimalused*. Poliitikauuringute Keskus Praxis.
- Albreht, T., Polin, K., & Pribakovic Brinovec, R. (2021). *Slovenia: Health system review* (Vol. 23). Arenguseire Keskus (2020). *Eesti tervishoiu tulevik. Stsenaariumid aastani 2035. Kokkuvõte*. Arenguseire Keskus. <https://arenguseire.ee/raportid/eesti-tervishoiu-tulevik-stsenaariumid-aastani-2035/>
- Buchmueller, T., & Couffinhal, C. (2004). *Private Health Insurance in France* (12; OECD Health Working Papers). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/555485381821>
- Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: A health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390(10097), 882–897. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280-1)
- Colombo, F., & Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems* (15; OECD Health Working Papers). OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/private-health-insurance-in-oecd-countries_527211067757.html
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015). *Switzerland: Health system review 2015* (Vol. 17). Džakula, A., Vočanec, D., & Banadinović, M. (2021). *Croatia: Health system review* (Vol. 23). Džakula, A., Vočanec, D., & Banadinović, M. (2024). *Croatia: Health System Summary*.
- Hsiao, W. C. (1995). Abnormal economics in the health sector. *Health Policy*, 32(1), 125–139. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(95\)00731-7](https://doi.org/10.1016/0168-8510(95)00731-7)
- Kramer, A. M. (2016). *Slovenia. Voluntary health insurance in Europe: Country experience* (Sagan A, Thomson S, editors). European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447706/>
- Kullberg, L., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2022). Does voluntary health insurance reduce the use of and the willingness to finance public health care in Sweden? *Health Economics, Policy and Law*, 17(4), 380–397. <https://doi.org/10.1017/S1744133121000086>
- Maynard, A., & Dixon, A. (2002). Private health insurance and medical savings accounts: Theory and experience. *Funding health care: Options for Europe*, 109–127. Open University Press.
- National Health Care Institute. (2025). *The Dutch health care system*. <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands>
- OECD (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries*. <https://doi.org/10.1787/9789264007451-en>
- Or, Z., Gandré, C., Seppänen, A., Hernández-Quevedo, C., Webb, E., Michel, M., & Chevreul, K. (2023). *France: Health system review 2023* (Vol. 25). <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-review-2023>
- Šarec, E., & Jošar, D. (2025). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Slovenia*. WHO Regional Office for Europe.
- Thomson, S., Sagan, A., & Mossialos, E. (2020). *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*. Cambridge University Press.

- Tynkkynen, L.-K., Alexandersen, N., Kaarbøe, O., Anell, A., Lehto, J., & Vrangbæk, K. (2018). Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy*, 122(5), 485–492. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.008>
- Vončina, L., & Rubil, I. (2018). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Croatia*. WHO Regional Office for Europe.
- Vörk, A., & Piirits, M. (2020). *Tervishoiu rahastamise ebavõrdsus ja omaosaluse mõju vaesusele*. Arenguseire Keskus.
- Vörk, A., & Piirits, M. (2022). *Eesti tervishoiu rahastamise senised uuringud ja uuendatud stsenaariumid*. Poliitikaanalüüs.
- Waitzberg, R., Allin, S., Grignon, M., Ljungvall, Å., Habimana, K., Kantaris, M., Thomas, S., & Rice, T. (2024). Mitigating the regressivity of private mechanisms of financing healthcare: An Assessment of 29 countries. *Health Policy*, 143, 105058. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105058>
- Yang, O., Yong, J., & Zhang, Y. (2024). Effects of private health insurance on waiting time in public hospitals. *Health Economics*, 33(6), 1192–1210. <https://doi.org/10.1002/hec.4811>

Lisa 1. Intervjueeritute nimekiri

Kindlustusselts	Intervjueeritav
BTA	Jana Mängel
Compensa Life	Merko Kimsto, Marleen Ottas
ERGO Life	Anneli Brandt, Janika Lüüs-Likk
IF	Evelin Strikholm, Kadri Puna
LHV	Alver Kivirüüt
PZU	Elo Raitviir, Kristel Solon
Seesam	Marit Raag

Lisa 2. Sloveenia vabatahtliku tervisekindlustuse kogemus

Sloveenia tervishoiu rahastamise süsteemi iseloomustas aastatel 1992–2023 pikk ja keeruline suhe täiendava erakindlustusega, mis oli mõeldud kohustusliku tervisekindlustuse raames kehtestatud omaosaluse katmiseks.

Sloveenia kohustuslik tervisekindlustuse skeem loodi 1992. aastal. See toimib ühe riikliku tervisekindlustusfondi (*Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ZZZS*) kaudu, mida finantseeritakse peamiselt tööjõumaksudest ja mis katab üle 99% elanikkonnast.

Aastatel 1993–2023 mängis tervishoiusüsteemis olulist rolli ka täiendav vabatahtlik tervisekindlustus, mis kattis kaasmaksed (omaosaluse) umbes 70%-l kogu elanikkonnast ja ligikaudu 95%-l neist, kes olid kohustatud kaasmakseid tasuma. Tervishoiuteenuste kaasmaksed varieerusid 5%-st 90%-ni teenuse hinnast. Kaasmaksetest oli vabastatud umbes veerand elanikkonnast, sealhulgas lapsed, tudengid, sotsiaaltoetuste saajad ja teatud terviseseisundiga inimesed.

Kuigi täiendav kindlustus loodi vabatahtliku vahendina, muutus see peagi süsteemi *de facto* kohustuslikuks osaks. Aastatel 1993–1999 valitses seda turgu mittetulunduslik kindlustusandja *Vzajemna* (kuni 1999. aastani ZZZS-i osa), millele hiljem lisandusid erakindlustusfirmad. 2023. aastal oli vabatahtliku tervisekindlustuse turul kolm kindlustuspakkujat, kes pakkusid kaasmaksete kindlustust (kasumit mittetaotlev *Vzajemna* – 40% vabatahtliku tervisekindlustuse turust, Triglav – 25%, Generali – 18%), mistõttu turg oli väga kontsentreeritud. Kaasmaksete kindlustamisel ei tegelenud kindlustusfirmad teenuste ostmisega, vaid tasusid kaasmakseid. Solidaarselt katmata tervishoiuteenuste kindlustamise korral võisid kindlustuspakkujad osta teenuseid otse tervishoiuteenuste osutajatelt ja rääkida läbi ka hindade suhtes.

Kuna üle 95% elanikkonnast liitus täiendava kindlustusega, et vältida osalist teenuste eest maksmist, oli see sisuliselt kohustuslik, kuigi seaduse järgi vabatahtlik. Lisaks tuli kindlustuse mitteomamisel maksta hiljem kõrgemaid kindlustusmaksmeid. Maksetele ei olnud kehtestatud mingeid maksusoodustusi. Kindlustusfirmad pidid omalt poolt pakkuma kindlustust kõigile võrdse makse eest. Riskide erinevust kindlustusfirmade vahel tasakaalustas riskide ümberjagamise fond. Peale täiendava kaasmaksete kindlustuse pakkusid kindlustusfirmad vabatahtlikku tervisekindlustust ka selliste teenuste tarbeks, mida riiklik tervisekindlustus ei katnud või mille osutamiseks ei olnud teenuse osutajal riikliku kindlustusandjaga lepingut. Täiendava kindlustuse osakaal kõigis tervishoiukuludes oli väike (2023. aastal ca 3%), kuid sellega oli kaetud umbes kolmandik elanikkonnast (2023. aastal 36%).

2009. aastal hakati aga arutlema kaasmaksete kindlustuse süsteemi reformimise või kaotamise üle. Peamised murekohad olid täiendava kindlustuse maksete pidev kasv, regressiivsus (erakindlustuse maksed moodustasid 4% leibkonna kuludest kõige madalamas kvintiilis ja 1,4% kõige kõrgemas kvintiilis), süsteemi killustatus ja ebatõhusus suurte halduskulude tõttu (70 miljonit eurot aastas) ning tervishoiuteenuse osutajate motivatsioon pakkuda selliseid tervishoiuteenuseid, mille omaosalus oli suurem.

Lõplik lahendus leiti 2024. aastal, kui vähendati märkimisväärselt kasutajatasusid ja täiendava vabatahtliku kindlustuse maksed asendati uue kohustusliku maksega (34 eurot 2024. aastal, 37

eurot 2025. aastal), mida tasub ligikaudu kolmveerand elanikkonnast. Selle tulemusena vähendati süsteemi keerukust ja halduskulusid. Mõni omaosaluse vorm jäi alles: referentshinnad ambulatoorselt väljakirjutatud ravimite ja meditsiinitoodete puhul (s.t kasutajad peavad tasuma jaehinna ja referentshinna vahe) ning lisatasud hambaravis, juhul kui patsient valib mittestandardse materjali.

Peale kaasmaksete vähendamist jäi erakindlustus siiski alles täiendava kindlustusena mõningate teenuste puhul (nt hambaravis) või lisakindlustusena, mis võimaldas teenustele kiiremini ligi pääseda. Asenduskindlustuse rolli mängib erakindlustus ka osa mitteresidentide puhul. 2024. aastal pakkus erakindlustust kuus kasumit taotlevat kindlustusandjat ja kindlustust ostsid peamiselt suurema sissetulekuga inimesed iseendale või tööandjad oma töötajatele.

Sloveenia ebatavaliselt kõrge täiendava vabatahtliku tervisekindlustuse katvuse tase peegeldas suurte kaasmaksete laialdast rakendamist (sh protsentuaalne omaosalus statsionaarse ravi eest) ja aastakümneid kestnud ranget reguleerimist, mis tegi seda tüüpi VHI kättesaadavaks. Tänu täiendava VHI laialdasele kasutuselevõtule moodustas see 2023. aastal 12% jooksvatest tervishoiukulutustest, rohkem kui üheski teises Euroopa riigis. See omakorda hoidis omaosaluse suhteliselt väiksena: 2023. aastal moodustas omaosalus 13% jooksvatest tervishoiukulutustest. Kindlustusmaksed ei olnud ka nii regressiivsed, kui oli omaosalus. Seetõttu oli Sloveenias omaosalusest tulenev leibkondade vaesusrisk madal.

Allikad: Šarec & Jošar (2025), Kramer (2016)

Lisa 3. Horvaatia vabatahtliku tervisekindlustuse kogemus

Horvaatias on kohustuslik ravikindlustussüsteem ja tegutseb üks üleriigiline ravikindlustusfond (HZZO), mis vastutab kõigi avalikult rahastatavate tervishoiuteenuste ostmise eest. Rahvastiku hõlmatus on suur ja avalikult rahastatavate teenuste pakett on lai. Peaaegu kõigi tervishoiuteenuste ja ravimite puhul rakendatakse omaosalust (kaasmakseid). Selle mõju leevendamiseks on alla 18-aastased ja mõned teised haavatavad rühmad (kokku umbes 20% elanikkonnast) omaosaluse maksmise kohustusest suures osas vabastatud, samuti on omaosaluse katmiseks võimalik hankida täiendav vabatahtlik ravikindlustus (katab veel 64% elanikkonnast).

Vabatahtlikul ravikindlustusel on kaks rolli: omaosalust kattev täiendav roll (ingl *complementary*) ja lisakindlustuse roll (*supplementary*).

Enamik omaosalust katvast täiendavast vabatahtlikust ravikindlustusest on HZZO enda pakutud (97% kindlustatutest). Hõlmatus on suur, sest kindlustus on kättesaadav kõigile, sõltumata vanusest ja tervises seisundist; kindlustus on suhteliselt taskukohane, fikseeritud kuumakse ei sõltu vanusest ega tervises seisundist; lisaks pakub valitsus tasuta kindlustuskaitset (raha tuleb riigieelarve üldistest maksutuludest) madala sissetulekuga inimestele (ja veel mõnele rühmale), kes moodustavad ligikaudu kolmandiku kõigist täiendava ravikindlustusega kaetud inimestest. Täiendava kindlustuse makse suurus ei sõltu inimesest, vaid on keskmine (*community rated*). Täiendava kindlustuse makseid ei saa maha arvata maksustatavast tulust.

Lisakindlustus katab aga neid teenuseid, mida osutavad HZZO lepinguta teenuseosutajad. Selliste teenuste hulka kuuluvad ennetavad tervisekontrollid, eriarsti ambulatoorsed vastuvõttud, diagnostika ja laboriuuringud ning füsioteraapia, samuti parem majutus (nt privaatpalat) haiglates, mis on HZZO lepingupartnerid. 2015. aastal oli lisakindlustusega kaetud ca 2,5% elanikkonnast. Seda kindlustust pakkus 2021. aastal kuus kasumit taotlevat firmat. Sagedasti pakuvad seda tööandjad juhtidele. Ka lisakindlustuse makseid ei saa maksustatavast tulust maha arvata.

Riikliku tervishoiusüsteemi pakutavate teenuste lai pakett koos täiendava vabatahtliku tervisekindlustuse ulatusliku levikuga on kaasa toonud selle, et omaosaluse roll tervishoiukuludes on Horvaatias Euroopa Liidu keskmisest oluliselt väiksem (9,2% 2021. aastal) ja leibkondade finantskaitse on tugevam kui teistes Ida- ja Kesk-Euroopa riikides.

Allikad: Vončina & Rubil (2018), Džakula *et al.* (2021), Džakula *et al.* (2024)