

RAPORT 2021

Pikaajalise hoolduse tulevik

Arengusuundumused
aastani 2035



ARENGUSEIRE
KESKUS

Riigikogu juures tegutsev sõltumatu mõttekoda

Pikaajalise hoolduse tulevik

Arengusuundumused
aastani 2035

Raport

Lenno Uusküla

Autor: Arenguseire Keskus
Raporti koostaja: Lenno Uusküla
Keeletoimetaja: Siiri Ombler
Kujundus: OÜ Groovy Solutions

Raport on kokkuvõtte Arenguseire Keskuse pikaajalise hoolduse tuleviku seiretööde tulemustest.

Raportis sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Arenguseire Keskus (2021). Pikaajalise hoolduse tulevik. Arengusuundumused aastani 2035. Raport. Tallinn: Arenguseire Keskus.

ISBN 978-9916-631-06-5 (trükis)

ISBN 978-9916-631-07-2 (pdf)

Loe ka teisi pikaajalise hoolduse tuleviku uurimissuunas ilmunud töid www.arenguseire.ee.

> HAAP Consulting „Pikaajalise hoolduse tulevik“

> Praxis „Pikaajalise hoolduse rahastamise väljakutsed ja lahendused“

Täname

Täname uurimissuuna juhtkomisjoni: Hele Everaus (Riigikogu), Helle-Moonika Helme (Riigikogu), Indrek Holst (Sotsiaalkindlustusamet), Rait Kuuse (Sotsiaalministeerium), Helmen Kütt (Riigikogu), Anniki Lai (Sotsiaalministeerium), Sulev Liivik (Rahandusministeerium), Siiri Otsmann (Erakond Eesti 200), Marion Rummo (Sotsiaalministeerium), Priit Sibul (Riigikogu), Margit Sutrop (Riigikogu), Jan Trei (Eesti Linnade ja Valdade Liit), Marika Tuus-Laul (Riigikogu).

Täname eksperte, kes uuringu valmimisele oma teadmisi jagades kaasa aitasid: Richard Anton Braun (Federal Reserve Bank of Atlanta), Tamara R. Konetzka (Chicago Ülikool), Maarjo Mändmaa (AS Hoolekandeteenused) ja Niku Määttänen (Helsingi Ülikool). Täname Sotsiaalministeeriumi töötajad ja paljusid valdkonnaga seotud inimesi, kes osalesid intervjuudel, paneeldiskussioonidel ja seminaridel ning küsitlusuuringus.

Sisukord

EESSÕNA	8
UURIMISSUUNA KOKKUVÕTE	9
PIKAAJALISE HOOLDUSE TRENDID	13
Kuidas muutub tulevikus abivajadus?	14
Kuidas muutub tulevikus nõudlus pikaajalise hoolduse teenuste järele?	16
Milline on inimeste endi teadlikkus pikaajalise hoolduse riskist?	18
Pikaajalise hoolduse riiklikud väljakutsed	19
PIKAAJALISE HOOLDUSE KORRALDUSE TULEVIK	21
Tärnisüsteem pikaajalise hoolduse teenustes	22
Eelistatud koduteenused	23
Ennetuse roll tuleviku kujundajana	23
Tehnoloogia kasutuselevõtt	24
Vastutuse jagamine riigi ja kohaliku tasandi vahel	26
Pikaajalise hoolduse korralduse tulevikustsenaariumid	27
PIKAAJALISE HOOLDUSE RAHASTAMISE TULEVIK	30
Pikaajalise hoolduse rahastus Eestis võrreldes teiste riikidega	31
Pikaajalise hoolduse rahastusmodelid	32
Pikaajalise hoolduse riiklik kindlustus	34
Erakindlustus ja isiklikud säästud	36
Eelrahastamine	37
Erinevate rahastusmodelite võrdlus	38
Pikaajalise hoolduse rahastamise stsenaariumid	40
Pikaajalise hoolduse rahastus. Järeldused ja soovitus	43

Eessõna

Pikaajaline hooldus on valdkond, millele eelistatakse mitte mõelda. Mitte keegi ei soovi kujutleda end vanadusest põdurana või mõnel muul põhjusel abivajajana. Tulemuseks on see, et inimesed oluliselt alahindavad pikaajalise hoolduse riski ning jäävad lootma, et küll keegi – omaksed, kohalik omavalitsus – ikka aitab.

Aga abivajadus ühiskonnas kasvab, kuna rahvastik vananeb, ning omaksed ei jaksa seda üha raske-
mat koormat lõputult kanda. Juba praegu oleme olukorras, kus ülekaalukas toetumine informaaalsele hooldusele ehk omaste tasustamata tööle toob ühiskonnale kaasa märkimisväärsed peidetud kulud, mis väljenduvad omastehooldajate tööturult eemalejäämises ning heaolu languses.

Pikaajalist hooldust käsitatakse Eestis kui peresisest teemat, mis tuleb omaste ringis lahendada. See on veel kaugel arenenud riikide arusaamast, milles rõhutatakse, et inimene ei ole oma abivajaduses ise süüdi. Seega on inimese ja tema perekonna jaoks tegemist objektiivse ja potentsiaalselt väga suurte kuludega seotud riskiga, sarnaselt näiteks tõsise haigusjuhtumiga. Viimase puhul ju ei eeldata, et perekond ravib, ega isegi mitte seda, et perekond kannab kõik ravikulud.

Eesti seisab kahe järjestikuse väljakutse ees. Esiteks, leevendada juba olemasolevat hoolduskoormust. Teiseks, valmistuda rahvastiku vananemisest tulenevaks abivajaduse kasvuks. Piltlikult öeldes peame hüppama olümpiaväärilise tulemuse olukorras, kus kvalifikatsiooninorm ei ole veel täidetud.

Rahastusvajak selles valdkonnas on juba praegu ning veel enam tulevikus nii tõsine, et seda ületada on lootust üksnes kõigi osapoolte – riigi, omavalitsuse, ettevõtete, perekonna ja inimese enda – koostöös ning kombineeritud panustega. Sellise süsteemi loomine, kus igal osapoolel on motivatsioon jõukohast osa sellest koormast ise kanda, pole lihtne ülesanne. Loodetavasti on sel teel pisut abi käesolevast raportist.



Viljakat kaasamõtlemist!

Tea Danilov

Arenguseire Keskuse juhataja



Uurimissuuna
kokkuvõte

Pikaajaline hooldus (PH) on mõeldud inimestele, kes vajavad abi igapäevaeluga toimetulekul ja ühiskonnaelus osalemisel. Umbes pooltel abivajajatest on füüsilised ja vaimsed võimed vähenenud vanuse tõttu, pooled abivajajad on kas sündinud erivajadusega või on see tekkinud mõne õnnetuse või haiguse tagajärjel.

Pikaajaline hooldus hõlmab erinevaid tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid, mis ennetavad inimese tervise halvenemist ja võimete vähenemist ning toetavad igapäevast toimetulekut ja loovad heaolu. Turu-uuringute AS-i läbi viidud uuringu kohaselt **elab Eestis 160 900–190 500 inimest, kes kasutavad kõrvalabi oma igapäevastes toimetustes.**

Paljud vajavad abi, kuid mitte kõik. Abivajadust elu viimastel aastatel ei ole inimesel endal võimalik väga täpselt ennustada. Vanas eas on abivajadus tõenäoline, kuid mitte kõigil pole abi vaja ning abivajaduse ulatus on väga erinev. Eluea jooksul toimunud õnnetused ja haigused, mis viivad pikaajalise hoolduse vajaduseni, tabavad väheseid. Osad lapsed sünnivad erivajadusega ja nende abivajadus elu jooksul võib olla märkimisväärselt suur. **Kuigi riskid on sarnased, on pikaajalise hoolduse kulude jaotus inimeste vahel väga ebaühtlane.**

USA kohta tehtud hiljutiste uuringute järgi vajab praegu 65-aastastest inimestest 52% oma ülejäänud elu jooksul mingil määral PH teenuseid, sh 58% naistest ja 47% meestest. Keskmine abivajaduse kestus on umbes kaks aastat, kuid iga seitsmes 65-aastane vajab abi rohkem kui viis aastat. Oodatav kulu on umbes 75 000 dollarit (65 000 eurot) iga praeguse 65-aastase inimese kohta. Kuna abi vajab tulevikus iga teine, siis on keskmine kulu ühe abivajaja kohta praeguses vääringus 150 000 dollarit (130 000 eurot) ning neist osadel on tulevased kulud kordades suuremad.¹

Pikaajalise hoolduse vajadus kasvab



Üle 65-aastaste inimeste osakaal rahvastikus kasvab 2050. aastaks ligikaudu kolmandikuni (2019. aastal 20%). 2020. aastal korraldatud uuringu alusel vajas selles vanusegrupis hooldust iga viies inimene. Eeldades, et abivajajate osakaal jääb samaks, lisandub hooldatavaid suurusjärgus 2% rahvastikust ehk enam kui 26 000 inimest. Abivajadus võib kergesti kasvada sellest suuremaks, sest dementsussündroomi ja erivajadustega inimeste arv on samuti kasvutrendis.



Aastaks 2050 on üle 80-aastaste inimeste arv nüüdsega võrreldes peaaegu kahekordistunud. Euroopa Komisjoni prognoosi kohaselt on selleks ajaks 125 000 inimest vanuses 80+. Üle 100-aastaste inimeste arv on aastaks 2050 kuuekordistunud. Selles vanuses on siis ligikaudu 700 inimest.²



Eakatel on samaaegselt mitu kroonilist haigust või sündroomi, mis tekitavad pikaajalise hoolduse vajaduse. Dementsussündroomiga inimeste arv peaaegu kahekordistub 2050. aastaks, jõudes enam kui 3%-ni täisealisest rahvastikust.

¹Favreault ja Dey (2015). „Long-Term Services and Supports for Older Americans: Risks and Financing Research Brief“. Hinnad olid USA-s aastal 2020 umbes 10% kõrgemad kui 2015. aastal.

² Statistikaamet.



Elu lõpus on toimetulek väga erinev. Sellele aitab kaasa pensionide erinevuse suurenemine, eriti kui paljudel pole II samba pensioni. Esimese samba pension võib moodustada vaid 20–30% keskmisest brutopalgast.³



Abivajaduse tekkimise korral saab lähedastele vähem loota. Eakad inimesed elavad valdavalt üksi või paarina. Lapsi on vähem. Leibkondi, kus lapsed elavad eakate vanematega koos, jääb üha vähemaks, samuti ei ela lapsed vanemate läheduses.



Inimesed ei oska mõelda endast kui tulevasest abivajajast. Pikaajalise hoolduse teema vajab Eesti ühiskonnas rohkem teadvustamist. Teadlikkuse tõstmiseks on vaja koguda ja jagada informatsiooni näiteks selle kohta, kui suure tõenäosusega võib iga inimene abi vajada ning kui abi peaks vaja minema, kui suures ulatuses abi vajatakse ning kui palju selline abi maksab.

Professionaalsete teenuste osakaal suureneb

Professionaalsete koduteenuste areng on vajalik abivajajate ja lähedaste heaoluks ning abivajaduse suurenemise ärahoidmiseks.

Tehnoloogia areng saab pakkuda PH valdkonnas vajalikke lahendusi, kuid selleks on vaja ühiskonnas luua vajalikud eeldused.

Suur osa tervises seisundi jälgimisest toimub distantsilt IKT abil.⁴ Tervise-, liikumis- ja asukohaandmete edastamine reaajas on saanud tavapäraseks. Inimesed lepivad privaatsuse vähenemisega.

Hooldajatena on tulevikus vaja kasutada võõrtööjõudu, et pakkuda teenust, mille eest kliendid maksta jõuavad, sest rahvastiku vananemine toob kaasa tööjõu nappuse hooldussektoris.⁵



Tulevikus on võimalikud erinevad PH valdkonna stsenaariumid, arvestades teenuse jagunemist riigi ja kohaliku omavalitsuse vahel ning võimalikke erinevaid rahastusi:



Hoolduskindlustuse mudel
(keskne korraldus, riiklik rahastus)



Elustiilimudel
(keskne korraldus, erarahastus)



KOV-kogukonna sünergia (kohalik korraldus, riiklik rahastus)



Turumajanduslik mudel
(kohalik korraldus, erarahastus)

³ Sotsiaalministeerium, Rahandusministeerium (2016). „Riikliku vanaduspensioni jätkusuutlikkuse analüüs“.

⁴ Vandebosch jt (2005). „Elderly and ICT: scenarios for the future“.

⁵ ILO, OECD (2019). „New job opportunities in an ageing society“. – 1st Meeting of the G20 Employment Working Group.

Rahastuse võtmeküsimuseks on riskide kaetus

Pikaajalise hoolduse vajaduse risk on igal inimesel, sellest riskist tulenevaid kulusi on mõistlik hajutada. Vastutuse jätmine isikule endale või säästude olemasolu eeldamine pole lahendus.

Valida on, kas kulu on otsene, ehk makstakse teenuste eest, või kaudne, ehk lähedaste hooldajad ei saa teenida töist tulu ja kaotavad isiklikus heaolus.

Teenuste kättesaadavuse tagamiseks rahastatakse PH teenuseid suures ulatuses riiklikult. Valdkonda rahastatakse tööjõumaksudest ja üldisest maksutulust.

Riiklik rahastus saab eelkõige pakkuda miinimumteenust. Riik peaks pakkuma õigusruumi PH kindlustuse (nt koos elukindlustuse või tervisekindlustusega) ning tagurpidise hüpoteegi loomiseks. Teenused on jaotatud tärnisüsteemi.

Eestil on vaja liikuda eelfinantseeritud süsteemi suunas, kus osa rahast kogutakse aastaks 2035 ja hilisemate aastate tarvis.



Rahastusstsenaariumid katavad nii era- kui avaliku sektori ressursside erineva kasutuse:



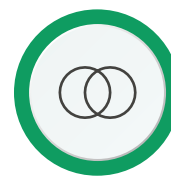
On küll hilja, kuid lahkuda võimatu näib (väike erarahastus, väike avaliku sektori rahastus)



Viis viimast (väike erarahastus, suur avaliku sektori rahastus)



Elu lühikene, raha pikk (suur erarahastus, väike avaliku sektori rahastus)



Üksi pole keegi (suur erarahastus, suur avaliku sektori rahastus)

Eestile on tulevikuks soovituslik kombineeritud lähenemine: kokku kulud u 2% SKT-st:

- Majapidamiste sissetulekutelt makstav kindlustus: lisaks maksavad üle 25 aasta vanused lastetud inimesed 0,25% kõrgemat maksu. See toob rahastusse kokku 0,7% SKT-st (188 mln eurot, 2020 aasta SKT arvestuses).
- Avaliku sektori ressursside panus riigieelarve üldistest tuludest 0,7% SKT-st (188 mln eurot).
- Sotsiaalkaitse eelarve panus 0,1% SKT-st (27 mln eurot) nendele, kes ei ole võimelised tasuma omafinantseeringut teenuste eest.
- Omafinantseering teenuste eest 0,2% SKT-st (54 mln eurot), mis kaetakse jooksvalt oma sissetulekutest ning säästude realiseerimisest.
- Kindlustuslepingutest ja tagurpidistest kinnisvaralaenudest ning kinnisvara müügist saadud ressursid moodustavad hoolduse eest tasumisenä 0,3% SKT-st (80 mln eurot).

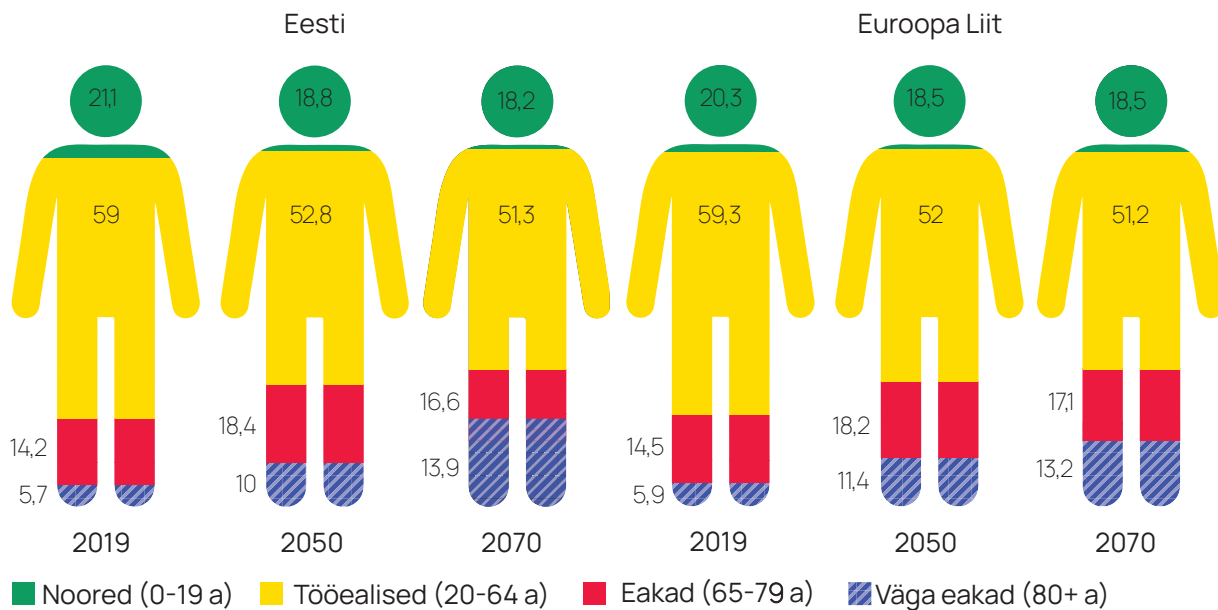


Pikaajalise hoolduse trendid

Kuidas muutub tulevikus abivajadus?

Eesti tulevased demograafilised trendid sarnanevad Euroopa üldiste trendidega – rahvastik vananeb ja abivajadus suureneb (vt Joonis 1). Eakate osakaal kasvab Eestis järgmiste kümnendite jooksul Euroopaga samas tempos.

Eestis kasvab veidi kiiremini väga eakate (80+) osakaal kogu rahvastikus. Aastaks 2050 on üle 80-aastaste inimeste arv nüüdsega võrreldes peaaegu kahekordistunud. Euroopa Komisjoni prognoosi kohaselt on selleks ajaks 125 000 inimest vanuses 80+. Üle 100-aastaste inimeste arv on aastaks 2050 kuuekordistunud. Selles vanuses on siis ligikaudu 700 inimest.⁶



Joonis 1. Vanusegrupi osakaal rahvastikus, (%)
Allikas: Euroopa Komisjon

Abivajadus igapäevatoimingutes on keskmisest suurem üle 65-aastaste inimeste seas.⁷ Siiski esineb Eestis kõikides vanusegruppides Euroopa keskmisega võrreldes rohkem igapäevategevusi takistavaid piiranguid.⁸ 2020. aastal oli 51% Eesti elanikest enda hinnangul mõni pikaajaline (krooniline) haigus või terviseprobleem.⁹ Võrreldes eakate vanusegrupiga ei nähta alla 65-aastaste seas nii kiiret PH teenuste vajaduse kasvu.

Vanusegrupis 65+ esineb Eestis EL-i keskmisega võrreldes rohkem liikumispiiranguid ning kõrgemat kehamassiindeksit. Turu-uuringute AS-i 2020. aastal läbi viidud küsitluse kohaselt on viimase 30 päeva jooksul tundnud liikumis- ja liigutamispäiranguid 33% elanikest (mis on 95% tõenäosusega 342 100–382 400 inimest).¹⁰ Lisaks on Eesti eakatel võrreldes EL-i eakatega suuremad probleemid vaimse tervise ja kognitiivsete võimetega.¹¹ Eestis esineb Turu-uuringute AS-i uuringu põhjal hinnanguliselt 29%

⁶ Statistikaamet.

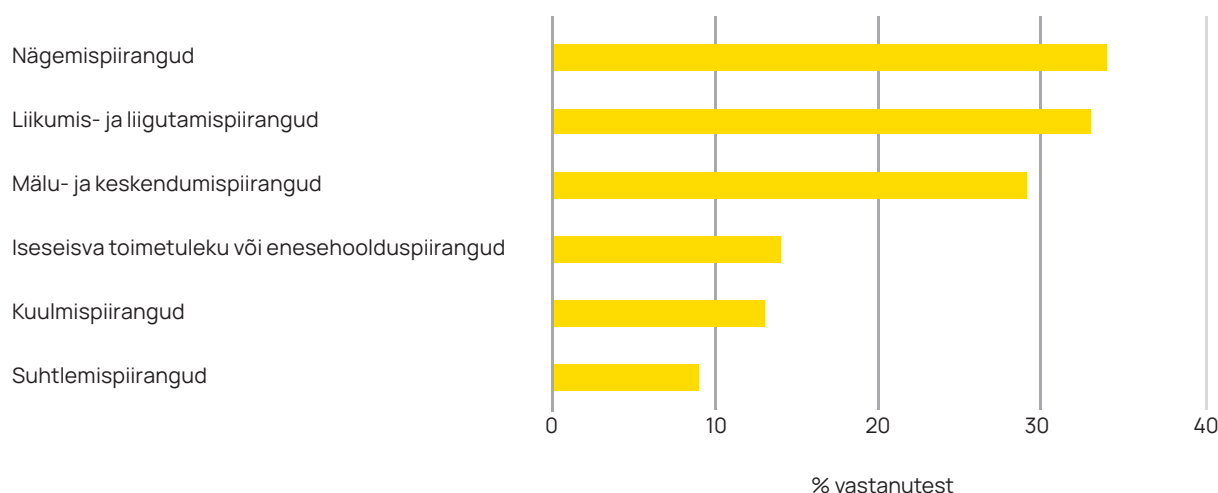
⁷ Maailmapank (2017). Reducing the burden of care in Estonia.

⁸ Ibid.

⁹ Turu-uuringute AS (2021). Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring.

¹⁰ Turu-uuringute AS (2021). Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring.

¹¹ Maailmapank (2017). Reducing the burden of care in Estonia.



Joonis 2. 16-aastaste ja vanemate valdkondlikud tegevuspiirangud viimase 30 päeva jooksul (% vastanutest)¹³

Allikas: Turu-uuringute AS (2021)

elanikkonnast vaimsete võimete piiranguid ning mälu- ja keskendumishäireid (Joonis 2).¹² Abivajaduse kasvule viitab pensionäride (üle 65-aastaste isikute) suurenev arv ühiskonnas, mis kasvas 296 000 (2011) pealt 301 000-ni (2016), kellest iga viies vajab hooldust.

Rahvastiku vananemine toob kaasa puudega inimeste arvu suurenemise tulevikus. Eestis oli 2019. aasta seisuga 147 000 puudega inimest, mis moodustab rahvastikust 11%.¹⁴ Aastaks 2030 prognoositakse Eestis puudega inimeste arvuks

158 000 ja 2050. aastaks 170 000, mis teeb puudega inimeste osakaaluks juba üle 14% rahvastikust.¹⁵

Funktsionaalsete piirangute üha kasvava tähtsusega põhjustaja on dementsussündroom.

2018. aastal oli dementsusega inimeste osakaal EL-i rahvastikus hinnanguliselt 1,73% ehk 8,86 miljonit inimest (Joonis 3). Hinnangutele tuginevalt suureneb 2050. aastaks dementsusega inimeste koguarv Euroopa Liidus praegusega võrreldes peaaegu kaks korda.¹⁶

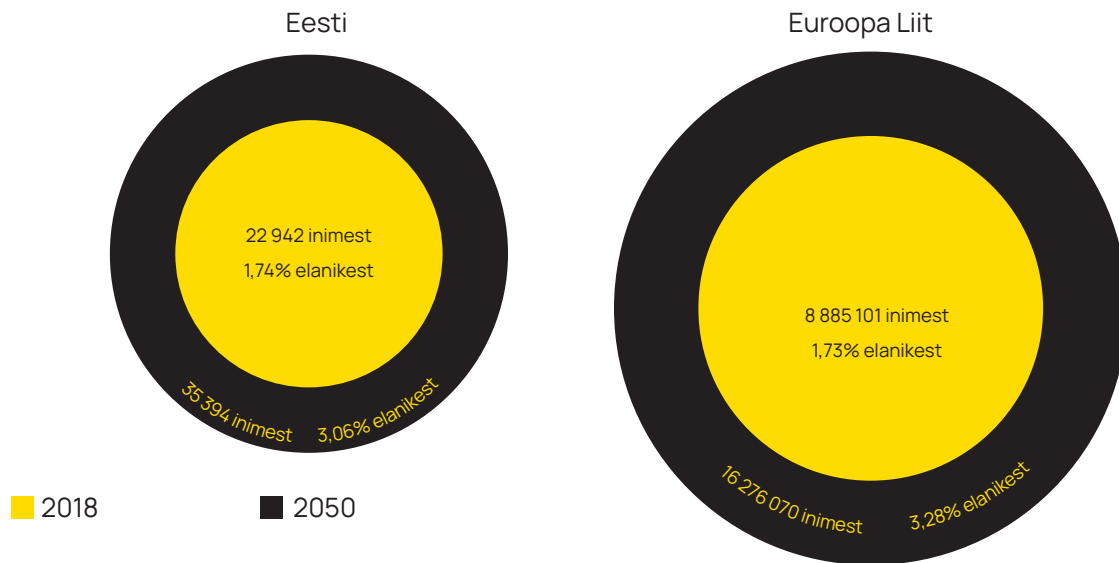
¹² Turu-uuringute AS (2021). Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring.

¹³ Turu-uuringute AS (2021). Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring.

¹⁴ Turu-uuringute AS (2021). Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring.

¹⁵ Euroopa Komisjon (2021). The 2021 Ageing Report.

¹⁶ European Ageing Network (2019). Long-term care 2030.



Joonis 3. Dementsussündroomiga inimesed Eestis ja Euroopa Liidus, nende koguarv ja osakaal rahvastikus (%)
Allikas: Dementia in Europe Yearbook 2019

Euroopa trendidega sarnaselt on ka Eestis dementsussündroomiga inimeste arv kasvamas. Alzheimer Europe'i aastaraamatu hinnangutele tuginedes oli Eestis 2018. aastal dementsusega inimeste osakaal populatsioonis 1,74% ja 2050. aastaks prognoositakse selleks 3,06%. Dementsussündroomiga inimeste arv kasvab üle 60-aastaste vanusegrupis, kuid 85+ vanuses nende arv 2050. aastaks kahekordistub. Suurema osa dementsussündroomiga inimestest moodustavad naised nii praegu kui ka tulevikuvaates.¹⁷

Kokkuvõttes pole nõudlus pikaajalise hoolduse järele seotud ainult eakate kasvava osakaaluga populatsioonis, vaid otseselt ka tervena vananemise protsessiga, kus abivajadust mõjutab suuresti erivajadustega inimeste osakaal vanemates vanusegruppides. Tuleb arvestada, et vähem haritud ja maapiirkonnas elavad inimesed on võrreldes linnas elavate eakatega vaesemad ning nende jaoks on piirangud igapäevategevustes tõenäolisemad, millest tuleneb ka suurem nõudlus hooldusteenuste järele.¹⁸

Kuidas muutub tulevikus nõudlus pikaajalise hoolduse teenuste järele?

Turu-uuringute AS-i uuringust lähtudes kasutab lähedaste-tuttavate kõrvalabi Eestis hinnanguliselt 160 900–190 500 inimest, ametlikke teenuseid kasutab 17 000–29 000 inimest. Sellest lähtudes kasutab ametlikke teenuseid praegu üksnes iga kümnes abivajaja. Täiendavat abi ametlike teenuste kujul vajaks 56 000–76 000 inimest.¹⁹

Turu-uuringute AS-i uuringu põhjal eelistatakse lähedaste-tuttavate toetust tihtipeale ametlikele teenustele, kui vajatakse abi hügieenitoimingutes ja eluruumides igapäevaste toimingu tegemisel ning asjade meelespidamisel või keskendumisel. Lähedaste pakutava abi eelistamise korral on oluliseks teguriks emotsionaalne side, võõra abistajaga suhtlemise harjumuse

¹⁷ Alzheimer Europe (2019). Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Turu-uuringute AS (2021). Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring.

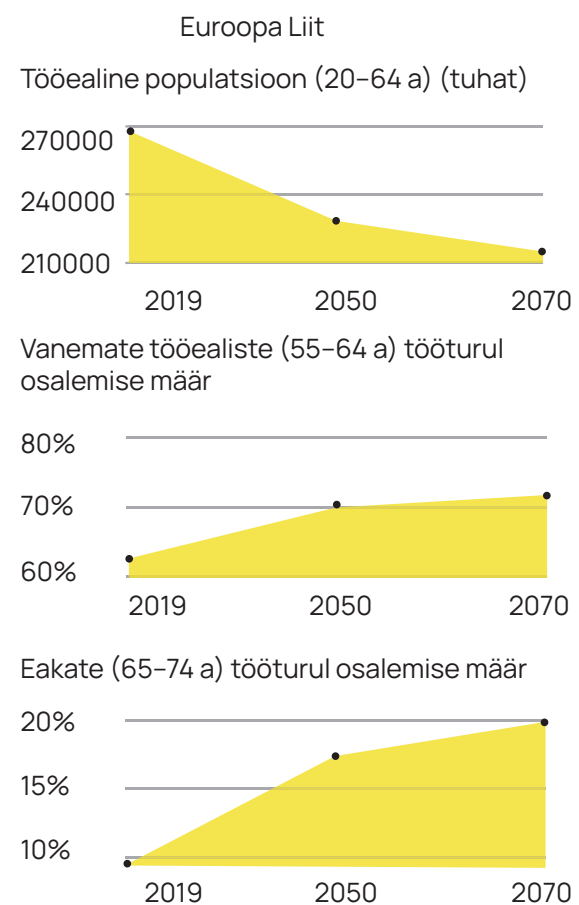
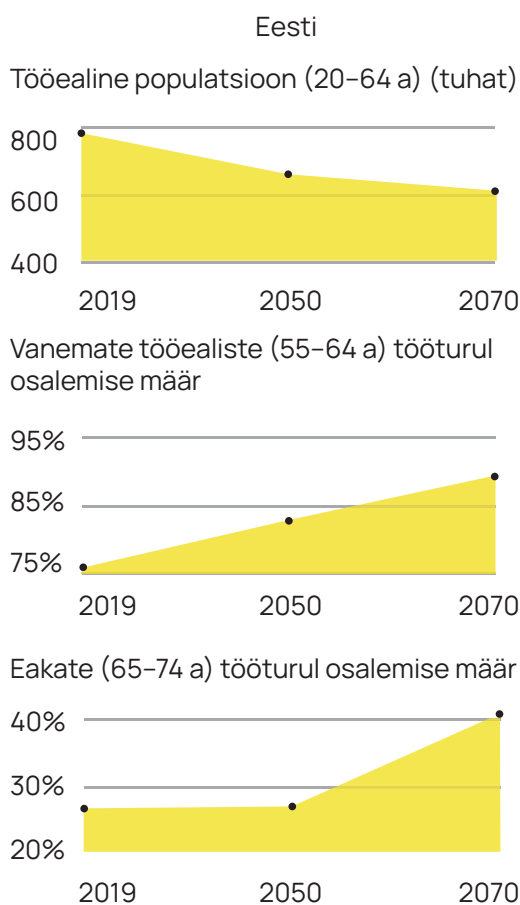
puudumine või vähene teadlikkus ning sellest tulenev skepsis. Suurt rolli mängib siin ka koduteenuste väike valik või suisa puudumine, mis polegi võimaldanud ametlike teenuste kasuks otsustada ning on toonud kaasa omaste suure hoolduskoormuse. Ametlikke teenuseid eelistati eelkõige seoses tervisetoiimingutega, mida tõi esile kolmandik tegevuspiirangutega inimestest.²⁰

Tulevikus suureneb kõige enam nõudlus kodus elamist toetavate teenusete järele, sest tegevuspiirangutega eakate arv suureneb; samas pole juba praegu jätkusuutlik peaaegu kahesaja tuhande inimese toetumine üksnes lähedaste ja tuttavate abile. Ka lähedased ja tuttavad vananevad ning võivad tulevikus ise abi vajada või osalevad nad hoopis tööturul ega saa abivajajat

hooldada. Sellele viitab ka prognoositav vanemaalaste osaluse suurenemine tööturul (Joonis 4), mis on Eestis tunduvalt suurem kui EL-i keskmine.

Kui praegu moodustavad 50 000 hooldajat Eesti umbes 650 000 hõivatust ligikaudu 7,7%, siis eeldades abivajaduse paarikümneprotsendist kasvu ja hõive kahanemist 590 000 inimeseni aastaks 2050, moodustaksid hooldajad Eesti tööga hõivatute üldarvust juba üle 10%.

Suur hoolduskoormus on tõsine probleem, mis süvenedes hammustab üha suurema tüki majanduskasvust ja inimeste heaolust.



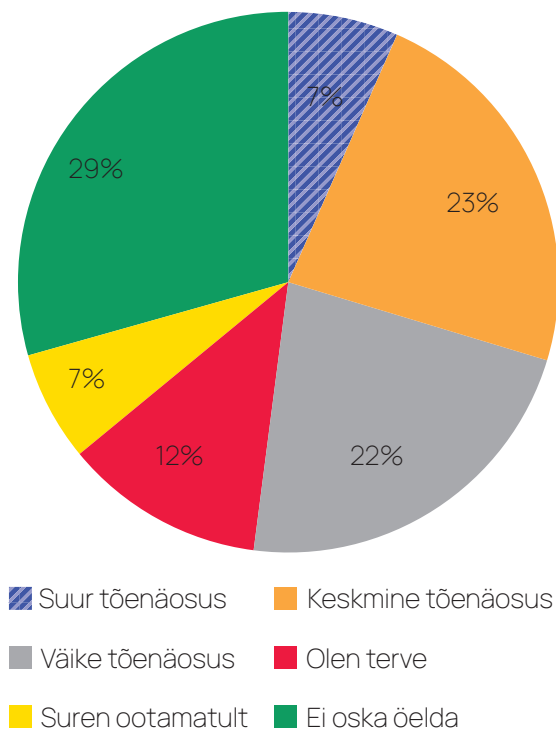
Joonis 4. Tööturul osalemise määra prognoos vanusegruppide lõikes
Allikas: Euroopa Komisjon

²⁰ Turu-uuringute AS (2021). Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring.

Eluea pikenedes ja nii vaimsete kui ka füüsiliste probleemide suurenedes kasvab ka vajadus institutsionaalsete teenuste järele. Euroopa Komisjoni hinnangul on 2050. aastaks lisanud umbes 10 000 institutsionaalse ehk asutusepõhise hoolduse saajat 2019. aastaga võrreldes. Suureneb nende abivajajate arv, kes vajavad spetsiifilist ja ööpäevaringset hooldust.

Milline on inimeste endi teadlikkus pikaajalise hoolduse riskist?

Uurimissuuna raames Norstat Eesti AS-i läbi viidud küsitlusest 1000 vastaja seas selgus, et Eesti inimesed alahindavad oma tulevast pikaajalise hoolduse vajadust. Abivajaduse tõenäosust hinnatakse väikeseks (vt Joonis 5). Vaid 7% vastanutest hindab tõenäosust suureks ning 23% vastanutest hindab seda keskmiseks. See tähendab, et 70% vastanutest hindab abivajadust väikeseks või olematuks ega oska hinnata,

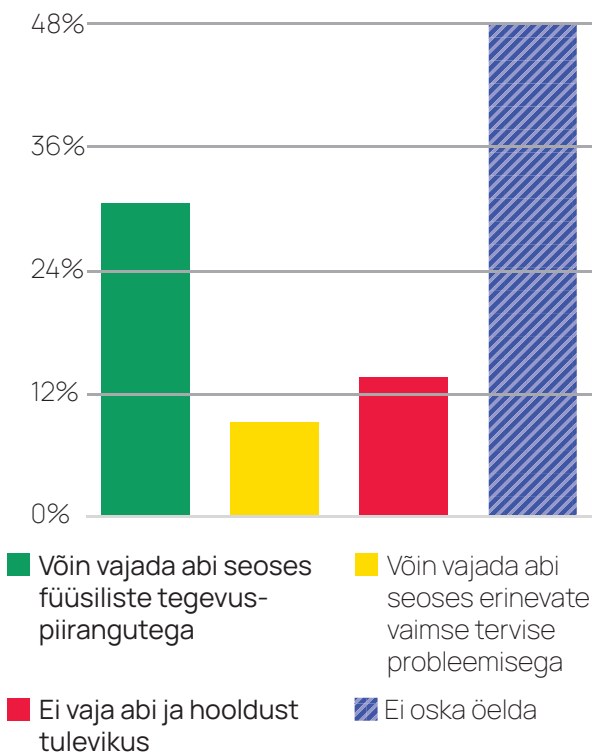


Joonis 5. Kui mõtlete oma elule ja tulevikule, siis kui suureks hindate tõenäosust vajada tulevikus hooldust? (% vastanutest)

Allikas: Norstat Eesti AS

milline on abivajadus. Vastused osutavad sellele, et rohkem kui kaks kolmandikku inimestest ei ole oma hooldusvajadust planeerimas, seda teemat peetakse (ekslikult) ebaoluliseks või ei ole inimesed piisavalt informeeritud.

Pikaajalise hoolduse teema vajab Eesti ühiskonnas tulevikus rohkem teadvustamist. Hetkel puuduvad lihtsalt kättesaadavad andmed Eesti elanike abivajaduse hinnangutest tulevikus üksikindiviidi vaatepunktist. On teada, kui paljud inimesed vajavad praegu abi, kuid pole andmeid selle kohta, kui suur on iga inimese tõenäosus vajada abi tulevikus erinevate tegevuspiirangutega seoses ning kui suur on oodatav kulu ning selle jaotus tulevaste abivajajate seas.



Joonis 6. Millistel põhjustel te arvatavasti vajaksite abi ja hooldust tulevikus? (% vastanutest)

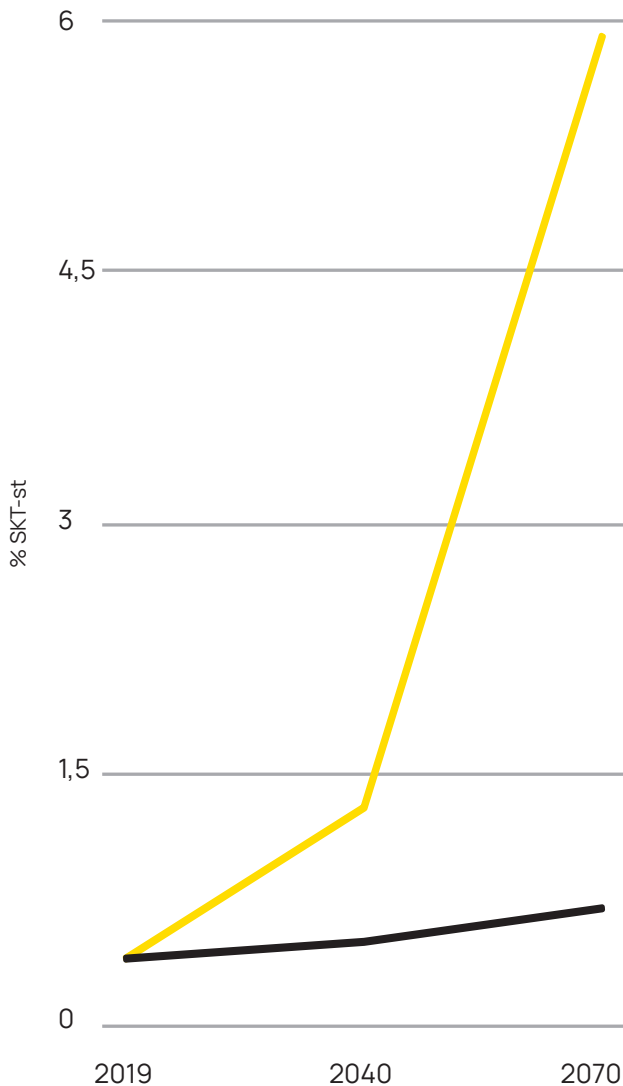
Allikas: Norstat Eesti AS

Pikaajalise hoolduse riiklikud väljakutsed

Pikaajalise hoolduse riiklike kulude oluliseks mõjuteguriks on pikaajalise hoolduse poliitika, eelkõige hüvede pakkumine avaliku sektori poolt ning sissetulekute ja varade jaotus ühiskonnas, millest sõltuvad inimeste võimalused tasuda

hoolduse eest omast taskust.²¹ Eesti kontekstis on oluline Euroopa Liidu ühine poliitika, mis tunnustab kõigi eurooplaste õigust kvaliteetsele ja taskukohasele pikaajalise hoolduse teenusele.

Sellest tulenevalt **on ootuspärane, et Eesti avaliku sektori panus pikaajalisse hooldusse muutub sarnasemaks Euroopa Liidu keskmise või eesrindlikumate riikide tasemega.**



■ Kulude ja katvuse sarnastumise stsenaarium
 ■ Baasstsenaarium rahvastikuproгноosi järgi

Joonis 7. Eesti pikaajalise hoolduse kulude prognoos Euroopa Komisjoni järgi, kulutuste osakaal (% SKT-st)

Allikas: Euroopa Komisjon

Prognooside järgi suurenevad Euroopa Liidus riikide avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele 2,7%-ni SKT-st järgmise 20 aasta jooksul, mis mõjutab oluliselt sotsiaalkaitse ja laiemalt riigi rahanduse jätkusuutlikkust.²² **Pikaajalise hoolduse kulud kasvavad ootuspäraselt kiiremini kui teised vananemisega seotud avaliku sektori kulud nagu tervishoiu- ja vanaduspensioni kulud.**

Euroopa Komisjoni 2021. aasta prognoosi järgi suurenevad Eesti avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele praeguselt tasemelt 0,4% SKT-st tasemeni 0,6% SKT-st aastaks 2050 ja 0,7%-ni aastal 2070 (vt Joonis 7), kui arvestada vaid rahvastikuprognose. Kui arvestada ka seda, et teenuste valik ja teenuste katvus muutuvad Euroopa Liidu liikmesriikidega sarnasuguseks, siis tõusevad kulud 2,2%-ni SKT-st aastaks 2050 ja 5,9%-ni SKT-st aastaks 2070.

Eesti pikaajalise hoolduse kulud võivad suureneda tasemelt 0,4% SKT-st aastal 2019 tasemeni 0,5–2,2% SKT-st aastal 2050 tulenevalt rahvastiku vananemisest, kulude kasvust ja teenuste katvuse laienemisest.

²¹ Fernandez jt (2011). „Long-Term Care“.

²² Spasova jt (2018). „Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies“.

Pikaajalise hoolduse rahastuse vajaduse kasvus mängib suurt rolli vananev ühiskond. Kogukulude kasvus omab olulist kohta ka PH teenuste ulatus ja kättesaadavus ka erivajadustega inimestele ja nendele, kes vajavad PH teenuseid mõne vigastuse või haiguse tagajärjel.

Tulevikus kahaneb lähedaste roll abiandjana. Eestis on hinnanguliselt enam kui 50 000 inimest, kes oma lähedasi regulaarselt aitavad, nende hulgas on ka palju abivajajate lapsi.

Proгноoside kohaselt on tulevikus laste osatähtsus väiksem. Lapsi on vähem ning tööturu paindlikkuse ja üldiste elus edasijõudmise väärtuse taustal elavad lapsed vanematest eemal. Paljudel ei ole lapsi, mistõttu laste abi on välistatud.

Oodatava eluea ning pensionil oldava aja pikenedamisel võib olla ka positiivseid külgi. Kui aeg, mil pikaajalist hooldust vajatakse, ei pikene ja tervena elatud aastaid on rohkem, saavad eakad inimesed ka üksteist aidata. Pikem eluiga ei tähenda automaatselt pikemaajalist hooldusvajadust, kui inimesed on üksnes viimased eluaastad olukorras, kus nad tuge vajavad. **Võtme küsimuseks on tervena elatud aastad. Meeste eluea pikenemine naiste omast kiiremini viib olukorran, kus võib olla rohkem paare, kes koos elavad ja vananevad, tehes nii teineteise aitamise kergemaks.**

Pikaajalise hoolduse teenuste hind tõuseb tulevikus üldisest hinnatasemest kiiremini, sest teenused on tööjõumahukad. Üldise palgataseme kõrval on hooldajate ja teiste spetsialistide palgad Eestis praegu pigem suhteliselt madalad ning oodata on suuremat palgakasvu võrreldes tavalise palgakasvuga. Seetõttu kaaneb tulevikus teenuse suhteline ostujõud ning väheneb ligipääs pikaajalise hoolduse teenustele.

PH kulude kasvu pidurdamiseks on muuhulgas võimalik pikaajalise hoolduse sektoris kaasata senisest enam vabatahtlikke, neid, kes valivad asendusteenistuse ajateenistuse asemel, ning panustada kogukonnanhooldusse. Nii formaliseeritud kui ka institutsionaliseeritud teenuste pakkumisse saab kaasata vabatahtlikke, kes on teinud läbi mõningase väljaõppe ning saavad aidata paljude igapäevatoimingu ja lihtsamate teenustega. Selline abi võib alguses olla näiteks inimeste saatmine õues jalutuskäigul. Paindlikud eluasemelahendused võimaldavad koos elada inimestel, kes saavad üksteist aidata. Selle eelduseks on kinnisvaraturu paindlikkus ja inimeste valmisolek liikuda ühest elukohast teise.

Eestis kasvab nõudlus võõrtööjõu kasutamise järele pikaajalise hoolduse valdkonnas. Tulevikus on vähem tööealisi inimesi, suurem hulk abivajajaid. Töötingimuste paranedes võib oodata, et Eesti inimesed ei soovi hooldajana töötada, sest see vahetustega töö on raske nii emotsionaalselt kui ka füüsiliselt. Makstes piisavalt kõrget palka, et teha töö atraktiivseks paljudele, muutuvad teenused nii kalliks, et ei enamik abivajajaid ega ka riik pole võimelised selle eest tasuma. Lühiajaliste töötajate kasutamine PH sektoris pole teenuse kvaliteedi tagamiseks optimaalne. Tulevikus on vaja võõrtööjõudu aktiivselt planeerida ning harida nii keeleoskuse kui ka ametialaste oskuste osas.

Hea näide: Saksamaa viib läbi koolitusi riigis, kust nad PH teenuse osutajaid soovivad värvata. Nad õpetavad nii tööoskusi kui ka keelt. Lõpueksami sooritanutele garanteeritakse töökoht Saksamaal.

Pikaajalise hoolduse korralduse tulevik



Tärnisüsteem pikaajalise hoolduse teenustes

Arvestades pikaajalise hoolduse kulukoorma kiiret kasvu, on tulevikus põhjust **oodata erinevaid teenusstandardeid ehk tärnisüsteemi tekkimist pikaajalises hoolduses.**

Sissetulekud ja tarbimine erinevad üle elukaare ja inimeste lõikes. **Ebavõrdsus, mis valitseb ühiskonnas tööealise elanikkonna hulgas, kandub otseselt edasi ka vanaduspõlve ning pikaajalise hoolduse teenustesse.** Nii võib eeldada, et ka pikaajalise hoolduse teenuseid saab tarbida väga erineval määral. Tärnisüsteem aitab paremini hinnata teenuste kvaliteeti ning kaasa erasektorit ja erarahastust teenuste arendamisse.

Riikliku süsteemi ülesanne on võimaldada abivajajatele teenused, mis tagavad inimväärse elu. Sõltumata sellest, kas teenust osutab või finantseerib riigi keskvalitsus või kohalik omavalitsus, saab ühiskond tulevikus tagada üksnes teatava miinimumstandardi, mis võib olla antud juhul nt ühe tärni teenus, millest omaosalus kataks osa nendest kuludest, mille eest inimene tasuks ise oma kodus elades. Kõigile ei ole võimalik tagada luksushotelli tasemel teenust, kuid kui inimese tõise elu jooksul saadud sissetulekud seda lubavad, võib ta ise finantseerida ka luksuslikumaid teenuseid vanaduspõlves. **Teenusstandardite kujundamine sellisena, et riik katab kõigi abivajajate baasteenused, annab olulise tõuke teenuste eraturu arenguks ja isikliku vastutuse võtmiseks.**



Riiklik **ühe tärni miinimumteenus** institutsionaalses hoolduses võib tähendada puhast ja sooja ruumi, kus abivajajad on kahe- või kolmekesi ühes toas, WC ja pesemisvõimalused on ühised paarikümne inimesega. Neile pakutakse lihtsat sööki, linu vahetatakse harvem kui kord nädalas. Õueminekuvõimalused võivad olemas olla, kuid neid, kes ise liikuda ei jaksa, viiakse õue vaid kord nädalas. Vabaajategevusi ei pakuta. On olemas raamaturiigul ja mõned lauamängud ning ühiselt kasutatavas ruumis televiisor. Praegustes hindades võib selline teenus maksta umbes 1200 eurot kuus.



Kui inimesel on kogutud ressursse või ostetud kindlustus või on lähedased valmis juurde maksma, siis võib kujutada ette ka viietärniteenust. Abivajajatel on eraldi toad oma pesemisvõimalustega, oma televiisor, raadio ning arvuti. Toas on istumiseks diivan ja tugitool, kirjutuslaud, söögilaud on mitmekesine. Elamukompleksis on palju võimalusi erinevateks teenusteks, olemas on õueala. Abistajaid on piisavalt, nõnda et ka liikumiskaskustega inimesed saavad olla väljas nii palju, kui nad soovivad. Soodustatakse isetegemist, koduloomad on pigem oodatud, nende eest hoolitsevad abivajajad ise võimaluste piires. Regulaarselt käivad külas teatrid ning igapäevast toimuvad erinevad üritused, kus inimesi aktiivselt kaasatakse, kus nad saavad ise panustada millegi tegemisse, sest ehkki igapäevaseks toimetulekuks vajavad nad abi, on nad siiski teataval määral töövõimelised. Praegustes hindades võib selline teenus maksta üle 3000 euro kuus.

Ka koduteenuste puhul on vajalikud erinevad teenusstandardid. **Ühetärniteenuse** puhul võib näiteks tuua abivajajale sügavkülmutatud suppe, mida saab soojaks teha. Kord paari nädala tagant on võimalik saada õue ning abiks käib ka koristaja. **Viietärniteenuses** **tuuakse aga värske soe söök iga päev koju**. Kodud on ümber ehitatud ja disain läbi mõeldud, et oleks mugav ise toimetada. Kaks korda päevas käib abiline, kes kontrollib rohtude võtmist, aitab hügieenitoimingutega ja saadab õues. Koduste teenuste puhul on rahastussüsteem sarnane insitutsionaalse hoolduse tärnisüsteemiga. Ühetärniteenuseid saab inimene minimaalse omaosalusega, kuid lisanduvate teenuste korral kasvab omaosalus märgatavalt.

Eelistatud koduteenused

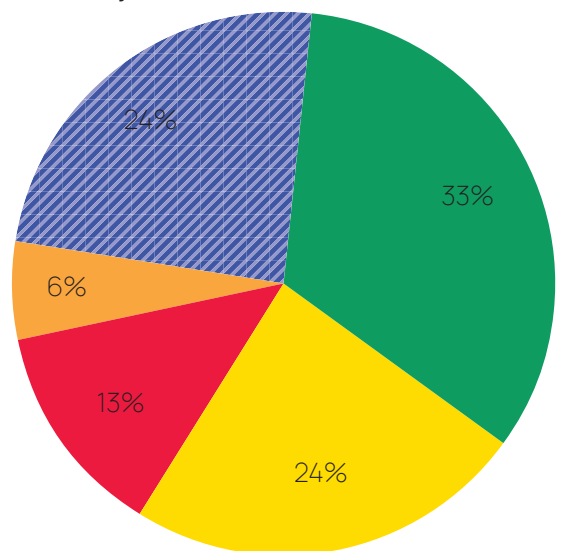
Koduteenused on pikaajalise hoolduse tuleviku keskne samm. Arengud selles vallas on olulised mitmes väga olulises vaates.

Inimesed eelistavad elada kodus ja mitte hoolekandeaustuses. Joonisel 8 on näha, et küsitlustele vastanutest eelistas lähedaste abi ja professionaalset abi kodus kokku 57% vastanutest, sealhulgas 33% lootis lähedaste abile ja 24% eelistas professionaalset teenust. Kogukonnalahendusi eelistas 13% ja hooldust hoolekandeaustustes eelistas vaid 6% vastanutest.

Kui ametlikud koduteenused puuduvad või on väga piiratud nagu Eestis praegu, asetab see kogu koorma laste ja lähedaste õlule. Inimesed, keda kodudes hooldavad omaksed, ei saa teenuseid, mis toetaksid nende hakkamasaamist ja toimiks ennetavana, et olukord ei halveneks.

Lähedased, kes hooldavad, on tihti ülekoormatud. Nad ei oska sageli abivajajaid aidata, on väsinud, ning sotsiaalseid sidemeid on vähe.

Nende tervis on pigem halb ja nad saavad tulevikus väikest pensioni. Nad satuvad hiljem ise suurema tõenäosusega abivajajate hulka, suurendades nõudlust pikaajalise hoolduse teenuste järele.



■ Ei oska öelda ■ Hoolekandeaustus
■ Lähedased ■ Kogukonna lahendused
■ Professionaalne abi kodus

Joonis 8. Pikaajalise hoolduse teenuste eelistused (% vastanutest)

Allikas: Norstat Eesti AS

Ennetuse roll tuleviku kujundajana

Pikaajalise hoolduse vajaduse ennetamine sisaldab palju erinevaid tegevusi, millest osad on seotud tervise hoidmisega, mõned tähendavad pikaajalise hoolduse teenuste õiget planeerimist või on seotud füüsilise keskkonnaga, kus inimesed elavad.

Kahtlemata seostub pikaajalise hoolduse üldine ennetus üldise tervises seisundi hoidmisega. Siia alla kuulub esmalt füüsiline aktiivsus – nii inimeste igapäevase liikumise hoidmine kui ka spetsiaalsete harjutuste tegemine. Samuti on olulisel kohal sotsiaalsed sidemed ja vaimne aktiivsus, sealhulgas üksinduse vältimine ning elule mõtte andmine. Inimeste aktiivsena hoidmine

vanaduspõlves on järjest suurem väljakutse. Kehalist aktiivsust toetab suurel määral ka vaimne tervis, mille seisukohast on keskse tähtsusega rahuldustpakkuvate sotsiaalsete sidemete olemasolu. Kuna pikaajalise hoolduse teenused võivad olla tulevikus enam tehnoloogiakesksed, vähenevad inimkontaktid ja sotsiaalne isolatsioon muutub veelgi suuremaks probleemiks. Tavapäraste arsti saatekirjade kõrval tulevad kasutusele sotsiaalsed saatekirjad – näiteks suunatakse eakaid tantsuringi, laulukoori, spordiklubisse või eakate päevakeskustesse suhtlema.

Hea näide: Jaapanis kasutatakse eakate suhtlusvajaduse rahuldamiseks vestlusroboteid.

Tähtis roll on ka regulaarsetel tervisekontrollidel, arsti juhiste järgimisel, viirustest hoidumisel ja hügieenil. Liikumispiirangutega inimeste puhul muutub oluliseks füüsilise ligipääsu tagamine arstiabile; ei saa ka eeldada, et inimesed on ise võimelised endale transporti organiseerima.

Nii kodustes tingimustes kui ka väljas on eakate inimeste puhul väga oluline vigastustest hoidumine. Ohutu keskkonna loomine on tähtis, sest taastumine vigastustest on väga raske. Vigastustest ja haigustest taastumisel on kriitilise tähtsusega tavapärase elu juurde naasmine.

Hea näide: Viljandis on käivitatud projekt PAIK, kus panustakse rahalisi vahendeid taastusravile. See on selgelt vähendanud patsientide korduvpöördumisi arstide poole. Sellega parandatakse inimeste hakkamasaamist ning vähendatakse nõudlust raviteenuste järele, hoides kokku ressursse tervishoius.

Pikaajalise hoolduse teenuste õige pakkumine moodustab hoolduse ennetusest samuti märkimisväärse osa. Siia alla kuuluvad nii eaka kui ka erivajadusega inimese võimeid ja soove arvestav suhtlus, õiged töövõtted lamatiste vältimisel ja abivahendite olemasolu, mis aitab inimesel endaga toime tulla. Kui lähedased on abi andmas, on vaja ka neid koolitada, et kasutada õiged töövõtted ja pakkuda professionaalset kvaliteetset abi. Ennetuse seisukohast on koduteenuste varajane pakkumine oluline juba sel ajal, kui abivajadus on alles tekkimas.

Tulevikku vaadates on tähtis erivajadustega inimestele sobiva elamumajanduse arendamine. Eluaseme ümberehitamine on kallis, võrreldes sobivate majade ja korterite ehitamisega. Kui luuakse autokeskne linnaruum, jääb juhtimisõigusega eakas ilma ka liikumisvõimalusest, sotsiaalsetest tegevustest ja arstiabist. Isejuhtivad autod on lahendus jõukamatele, kuid mitte kogu elanikkonnale. Puuduv mobiilsus takistab sotsiaalset aktiivsust ja suurendab pikaajalise hoolduse riske.

Tehnoloogia kasutuselevõtt

Eesootava abivajaduse kasvu ja tööjõu vähenemise taustal muutuvad tehnoloogilised lahendused senisest olulisemaks. Juba praegu on olemas palju erinevaid võimalusi, mida teatud määral kasutatakse, kuid mis pole saavutanud täit potentsiaali.

Abivajaja tervislikku seisundit saab jälgida reaajas pulsikella ja mitmete teiste seadmetega. Samuti on võimalik seadistada teavitused lähedastele või abitöötajatele juhul, kui abivajaja ei liigu enam sama palju kui tavaliselt. Arsti teleteenus on COVID-pandeemia ajal saanud küll võimalikuks teatud erialadel ja probleemide korral.

Teleteenusel on potentsiaali areneda kesksiks teenuseks nende inimeste jaoks, kellel on raske liikuda.

Hea näide: Eesti ettevõtte CareMate viib internetiplatvormi vahendusel kokku abivajajad ja need, kes saavad abi pakkuda.

Pikemas perspektiivis on telehooldus saamas kolmandaks hooldusliigiks kodus elamist toetavate teenuste ja institutsionaalse hoolduse kõrval. Seda toetab nii tehnoloogia areng, nooremate inimeste harjumus tehnoloogiat kasutada ning kuluefektiivsus.

Tulevikus võime saada automaatseid teavitusi sellest, kas ravimid on õigel ajal võetud, kas kuuldeaparaat on kõrva pandud. Suhtlusrobotid aitavad inimestel üksindusega toime tulla ning isejuhtivad ratastoolid saavad standardiks isejuhtivate autode kõrval. Elektrilised voodid, toolid ja tugitoolid saavad aidata liikuma inimesi, kelle jaoks püstitõusmine on keeruline. Loomulikult saavad droonid toimetada kohale ravimeid ning viia arstile proove ka vähemasustatud piirkondades, rääkimata sellest, et pakirobotid toimetavad sooja toidu õigel ajal ukse taha.

Tehnoloogia laiem rakendatuse ühe olulise ma takistusena nähakse inimeste valmisolekut seda kasutada. Seetõttu võib tehnoloogia kasutamine olla lähima paarikümne aasta jooksul suunatud pigem nooremate abivajajate aitamisele, sest see on põlvkond, kes on tehnoloogiaga üles kasvanud, oskab seda kasutada ning on sellest huvitatud. Vanemaealised, kes ei ole tehnoloogiaga sina peal, võivad uusi lahendusi võõrastada ning uute tehnoloogiate kasutuselevõtt on võimalik vaid teatud piirides, kui pole varasemalt loodud soodsat keskkonda.

Eestis on tehnoloogia ulatuslikuma kasutuselevõtu märkimisväärseks takistuseks

nõudluse puudus. Selleks, et ettevõtted hakkaksid pakkuma erinevaid lahendusi, on vaja turgu. Praegune koduteenuste vähenenud finantseerimine avaliku sektori poolt, institutsionaalse hoolduse piiratud ressursid ning lähedaste ja abivajajate piiratud eelarve ei soodusta tehnoloogia arengut ja uute lahenduste kasutuselevõttu. Lähedast hooldav perekond võib olla nõiarings – sissetulek on liiga väike tehnoloogiliste lahenduste ostmiseks või rentimiseks ja tehnoloogiliste lahenduste puudumine takistab tööle asumist.

Abivajajate toetamise asemel võib tulevikus toetada ka pikaajalise hoolduse teenuse pakkujaid, et nad saaksid oma teenust odavamalt osutada. Samuti võiks ettevõtete toetamine osutada teatud juhtudel parimaks lahenduseks, et uued tooted turule tuleksid. Kui avalik sektor võtab osa toote arenduse või pakkimise kuludest enda kanda, saab ettevõtja osutada teenust ning teha seda soodsama hinnaga. **Teenuste väljaarendamiseks on vajalik nii rahastussüsteemi väljatöötamine kui ka tulevikku vaatav kindlus rahastuse osas.** Kui pole ostujõudu, pole ka teenuseid. Üksnes turunõudlusel põhinev pakkimine on tulevikku vaadates piiravaks teguriks.

Tehnoloogia laiemaks rakendamiseks tuleb suurendada uudsete lahenduste kasutuselevõtu motivatsiooni, toetada ostuvõimet, arendada tehnoloogiate kasutamise oskust ning tagada kiire interneti püsiühendus kogu riigis.

Vastutuse jagamine riigi ja kohaliku tasandi vahel

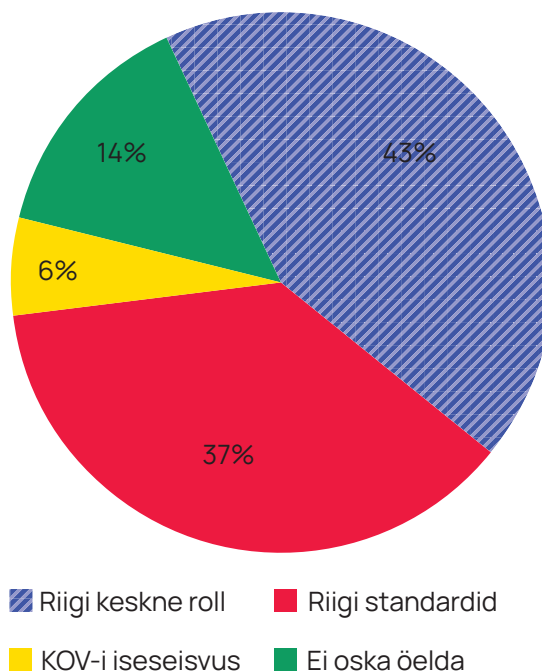
Üks olulisemaid praktilisi küsimusi Eestis on pikaajalise hoolduse vastutuse jagamine kesk- võimu ja kohalike omavalitsuste vahel. See on PH teenuste väljakujunemise eeltingimus. Otsustust vajab nii vastutus teenusstandardite väljatöötamise eest, teenuste korraldamise jaotus tasandite vahel kui ka rahastus.

Eesti kohalikud omavalitsused on pigem liiga väikesed, et omaenda teenusstandardeid välja töötada. **Ühtlasem teenuste tase vähendab pikaajalise hoolduse teenuste turismi ning võimaldab paremini planeerida inimeste isiklike ressursse tulevikuks.** Ühtlase teenuse tagamiseks üle Eesti on kriitiline küsimus KOV-ide piisav rahaline suutlikkus, et oma piirkonnas kvaliteetset pikaajalist hooldust pakkuda.

Vastutuse jaotamist pikaajalises hoolduses komplitseerib asjaolu, et tegemist on ühtlasi nii tervishoiu kui ka sotsiaalvaldkonna teemaga. Mitmed riigid (nt Holland) on sidunud pikaajalise hoolduse tugevalt tervisekindlustussüsteemiga. Eestis võiks sel juhul ette näha, et sotsiaaltöötajad on seotud perearstikeskustega ning neil on kohustus olla regulaarselt ühenduses riskigruppidega, et ennetada tekkivaid terviseprobleeme ning tagada sujuv koostöö tervishoiusektoriga. Kuna suur osa abivajadusest ei ole seotud meditsiiniliste probleemidega ning eeldab pigem kohaliku omavalitsuse teiste teenustega ühte jalga astumist, võib ravisüsteemiga liitmine tähendada liigset tsentraliseerimist, mis viib kohalike omavalitsuste rolli ja sotsiaalsete tugiteenuste vähenemiseni.

Uuringu raames läbi viidud küsitluses osalejad nägid avalikul sektoril põhirolli pikaajalise hoolduse tagamisel. Joonisel 9 on näha, et **enam kui**

40% Eesti elanikest arvab, et riigil peaks olema keskne roll pikaajalise hoolduse korraldamisel ning 36% vastajatest peab eelistatuks varianti, kus riik kehtestab teenuste miinimumstandardid ning kohalikele omavalitsustele jäetakse võimalus nende raames otsustada pakkumise korralduse üle. Kohalikel omavalitsustel põhinevasse süsteemi usub vaid üks igast kahekümnest vastajast.



Joonis 9. Millises suunas peaks teie arvates liikuma pikaajalise hoolduse korralduses vastutuse jagunemine riigi ja omavalitsuse vahel? (% vastanutest)

Allikas: Norstat Eesti AS

Pikaajalise hoolduse korralduse tulevikustsenaariumid

Ekspertiintervjuude, küsitlustulemuste ja kirjanduse põhjal loodi pikaajalise hoolduse teenuste stsenaariumid, mille keskseteks valikuteks on see, kuidas jaguneb vastutus hoolduse korralduse eest keskvõimu ja kohaliku omavalitsuse vahel ning kuivõrd oluline on avalik sektor PH rahastuses.

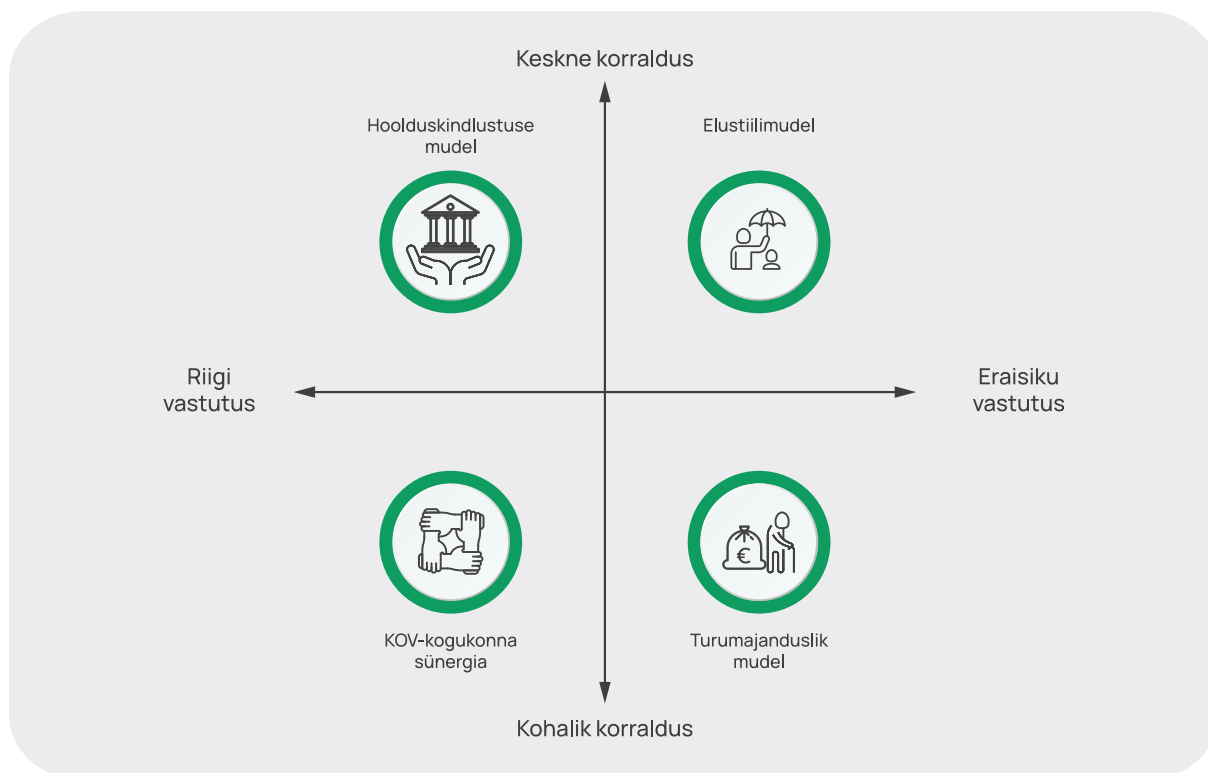
Vastutuse jagunemine keskvõimu ja kohaliku omavalitsuse vahel sisaldab palju erinevaid komponente, alates teenuste sõnastamisest ja standardiseerimisest kuni teenuste pakumiseni välja. Riiklik süsteem võib tähendada riiklikku rahastamist ning ka teenuste osutamist riiklike pakujate kaudu. Kohaliku omavalitsuse vastutus võib tähendada seda, et KOV on täielikult iseseisev otsustama, milliseid teenuseid millistel tingimustel pakutakse.

Vastutuse jagunemine kulude kandmise eest seondub suurel määral PH riskide kaetusega.

Riigi suurem vastutus tähendab riskide suuremat katvust, sest üheski riigis pole pikaajalise hoolduse finantseerimislahendust, kus erasektoripõhine lahendus kataks suure osa pikaajalise hoolduse riskidest ühiskonnas.

Stsenaariumianalüüsi eesmärgiks pole mitte niivõrd kirjeldada pikaajalise hoolduse süsteemi paarikümne aasta pärast, kuivõrd näidata, milliste valikute korral milliste stsenaariumide ja olukordadeni jõuda võime.

Neli analüüsis välja pakutavat stsenaariumi on **Elustiilimudel**, **Turumajanduslik mudel**, **KOV-kogukonna sünergia** ja **Hoolduskindlustuse mudel**. Need kirjeldavad erinevaid võimalikke tulevikke ning nende hulgast saab valida eelistatud mudeli või kombineerida erinevaid mudeleid soovitud pikaajalise hoolduse süsteemi loomiseks (Joonis 10).



Joonis 10. Eri osapoolte korraldusest ja vastutusest lähtuvad pikaajalise hoolduse mudelid



Hoolduskindlustuse mudelil põhinevas stsenaariumis moodustavad pikaajalise hoolduse teenused osa riiklikust ravikindlustuse süsteemist, selleks tõstetakse maksumäära või laiendatakse maksubaasi. Ravi- ja hooldusteenused on abivajajale odavad või tasuta ning lähedaste vastutus on väike.

Hooldusvajaduse hindamine toimub tsentraalselt. Sotsiaaltöötajad on seotud perearstikeskustega ning neil on kohustus olla regulaarselt ühenduses riskigruppidega, tagades sel moel sujuv koostöö tervishoiusektoriga. Süsteemi keskne juhtimine tagab selle kuluefektiivsuse.

Pikaajalisele hooldusele kulub ligikaudu 3% SKP-st. Samas pole inimestel kuigi palju valikuvõimalusi ja teenuste järjekorrad on pikad. Institutsionaalset hooldust, kui kõige kallimat hooldamise vormi pakutakse ainult väga suure hooldusvajadusega klientidele.

Küsitluses, kus uuriti vastajate teadlikkust teemast ja eelistusi, toetas 43% osalenutest riigi kesket rolli pikaajalise hoolduse korraldamisel.



KOV-kogukonna sünergia stsenaariumis eraldatakse omavalitsustele riigieelarvest vastavalt abivajajate arvule ressursse ning KOV-idel on vabad käed PH teenuste üle otsustamisel ja nende korraldamisel. Inimeste omaosalus on riiklikult reguleeritud, teenuste maksumusele on kehtestatud piirmäärad ja hooldamisega seotud kulutuste eest ei vastuta enam peamiselt pereliikmed nagu varem. Avaliku sektori kulud on umbes 2,5% SKP-st, arvestades, et omaosalus on oluline kulude katmise allikas.

Omavalitsused on motiveeritud pakkuma teenuseid kuluefektiivselt. Panustatakse easõbralikku keskkonda ja inimesed on võimalikult kaua iseseisvad. Paljudes kogukondades on teenusmajad, samuti korraldatakse ühistegevusi ja kaasatakse eakaid, sealjuures kaasatakse ka palju vabatahtlikke. Sellegipoolest pole ääremaade omavalitsustel piisavalt teenusepakkujaid ja kogukondlik tegevus on pigem vähene.

Mudelit, kus omavalitsus pakub teenuseid, kuid eksisteerib ühtne standard, toetas 37% küsitlusele vastanutest. Samapalju inimesi toetas rahastusmudelina riigi, inimese enda ja lähedaste kombineeritud panustamist. Kohaliku omavalitsuse täielikku otsustusõigust ja korraldust toetas 6% vastanutest.



Elustiilimudeli stsenaariumis korraldab hooldusteenuseid riik, kuid teenuste rahastamine on inimeste endi õlul. Selle stsenaariumi korral on maksumus avalikule sektorile pigem madalam (1–1,5% SKT-st), kuna teenuste rahastus jääb abivajajate ja nende lähedaste kanda. Riigil on teenuste arendamise ja kvaliteedi üle suur kontroll, hooldekodude ja kodus elamist toetavate teenuste kõrval on välja arendatud mugavad eakate asumid. Tihti peab sellises asumis elamiseks realiseerima oma kinnisvara või võtma kinnisvara tagatisel laenu. Kellel kinnisvara pole, peab leppima pigem minimaalset teenust pakkuvate riiklike hooldekodudega.

13% küsitlusele vastanutest on valmis müüma oma kinnisvara hoolduse eest tasumiseks.



Turumajandusliku mudeli maailmas ostavad inimesed teenused enamasti ise ning vaid kõige vaesemate baashooldus jääb KOV-ide kanda. Stsenaarium on kõige sarnasem tänapäeva Eestis kasutusel oleva mudeliga. Maksumus on riigi jaoks praegusega võrreldes kahekordne ehk ca 0,8–1% SKP-st, sest abivajajaid lisandub ning koduteenuste valik paraneb.

Suureneb kihistumine ja teenusepakkumine muutub platvormipõhiseks, sest see tagab teenuse võimalikult madala hinna ja paindlikkuse. Kuigi inimestel on palju valikuid, on teenuste standardid ebaühtlased ja kõik platvormid ei taga hooldajate väljaõpet. Majandusliku tasuvuse tõukel on alles vaid väga suured hooldekodud, kus jääb vajaka personaalsest lähenemisest.

Turumajanduslikku mudelit toetas 4% küsitlusele vastanutest.



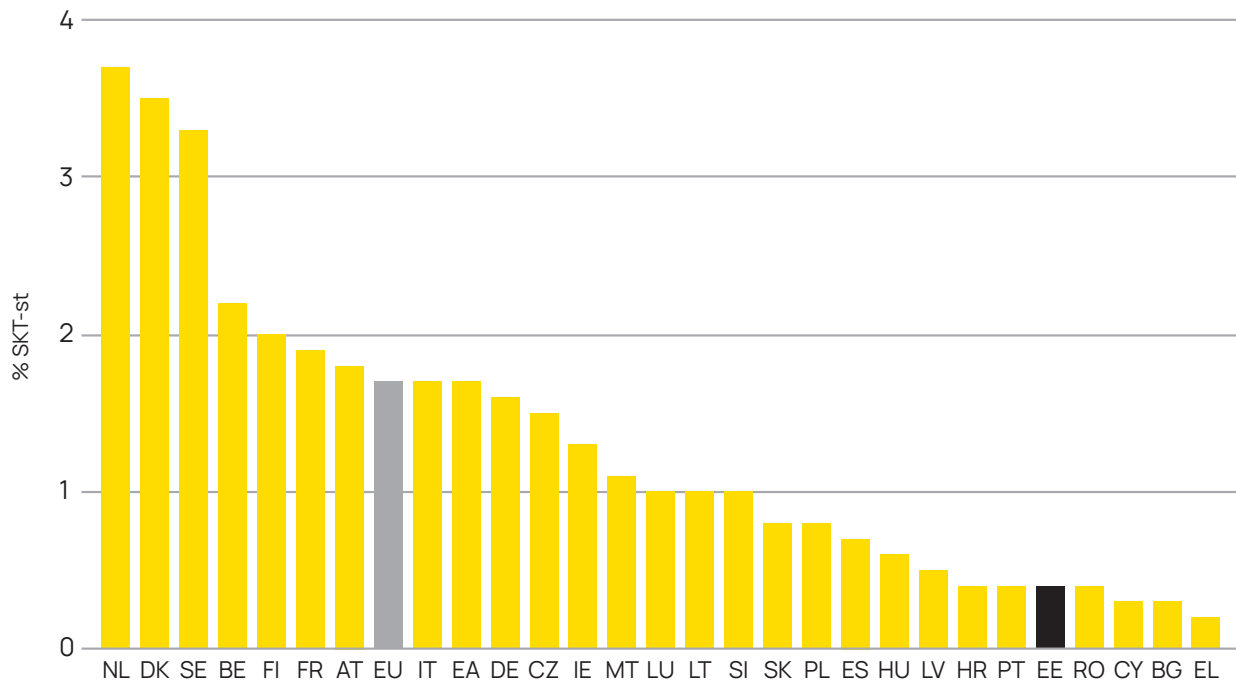
Pikaajalise hoolduse rahastamise tulevik

Pikaajalise hoolduse rahastus Eestis võrreldes teiste riikidega

Euroopa Liidu liikmesriikides panustas avalik sektor aastal 2019 pikaajalisse hooldusse keskmiselt 1,7% SKT-st (Joonis 11). Euroopa Liidu riikides on suuremate pikaajalise hoolduse kuludega näiteks Holland, Taani ja Rootsi, mis kuulutavad pikaajalisele hooldusele ligikaudu 3,5% SKT-st. **Eestis panustatakse pikaajalisse hooldusse avaliku sektori vahendeid 0,4% SKT-st; nii kuulutakse nende riikide perre, kus kulud**

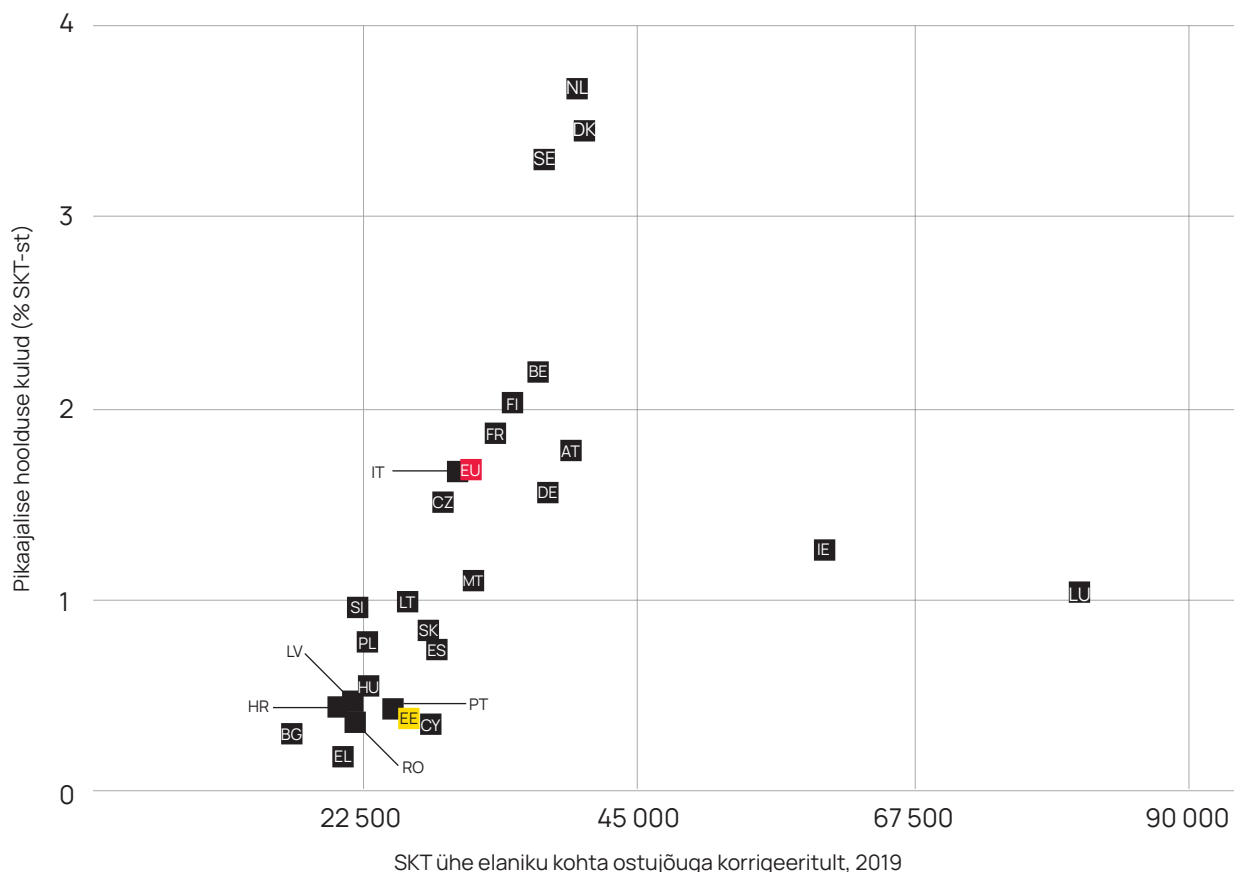
on neli korda väiksemad kui EL-i riikides keskmiselt.

Avaliku sektori panus pikaajalisse hooldusse on otseselt seotud riigi rikkusega (vt Joonis 12). Mida rikkam on riik, seda suurema osa avaliku sektori ressurssidest ta panustab. **Eesti panustab märkimisväärselt vähe ressursse pikaajalisse hooldusse, arvestades oma rikkuse taset. Umbes sama arengutasemega riigid panustavad keskmiselt pea kaks korda enam.**



Joonis 11. Avaliku sektori panus pikaajalisse hooldusse aastal 2019 (% SKT-st)

Allikas: Euroopa Komisjon



Joonis 12. OECD riikide avaliku sektori panus PH teenustesse ja SKT ühe elaniku kohta ostujõuga korrigeeritult, 2019
Allikas: Euroopa Komisjon

Lisaks avaliku sektori ressurssidele panustavad Eestis abivajajad ise ja nende lähedased umbes 0,3% SKT-st ehk peaaegu sama palju kui avalik sektor.

Euroopa Komisjoni hiljutise prognoosi stsenariumide järgi suurenevad Eesti avaliku sektori pikaajalise hoolduse kulud tasemeni 2,2% SKT-st, arvestades lisaks vananemisele ka avaliku sektori panust jõudmaks teiste EL-i riikidega sarnasele tasemele aastaks 2050. Ka sellise pikaajalise hoolduse kulude kasvuga oleksime Euroopas endiselt väikeste sotsiaalkaitsekuludega riikide hulgas.

Kulude kasv 2,2%-ni SKT-st suurendaks sotsiaalkaitsekulusid praeguselt tasemelt 16,4% SKT-st tasemeni 18,2% SKT-st, kui muud kulutused jäävad samaks. Eesti sotsiaalkaitsekulud jääksid siis ikkagi märgatavalt alla EL-i liikmes-

riikide keskmistele sotsiaalkaitsekuludele, mis on 27,9% SKT-st, ning võrreldavaks OECD riikide sotsiaalkaitsekulude keskmise tasemega.

Pikaajalise hoolduse rahastusmudelid

Pikaajalist hooldust rahastatakse suures pildis:

1. (riigi)eelarve üldistest sotsiaalkaitsetuludest;
2. sotsiaalkindlustuse sissemaksetest;
3. individuaalsetest sissetulekutest, kogutud säästudest, varadest või sellega seondult erakindlustuse preemiast.

Eestis rahastatakse pikaajalist hooldust nii sotsiaalkindlustusmaksetest, riigieelarve üldistest tuludest kui ka EL-i ühtekuuluvusfondi vahenditest.

Mudelid, kus domineerib üks rahastamisallikas

Sotsiaalkaitse üldisest maksutulust rahastamine (nt Taani, Rootsi, Soome)

Pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustuse sissemaksetest rahastamine (nt Saksamaa, Holland, Luksemburg, Jaapan)

Rahastamine läbi tervishoiusüsteemi (nt Belgias läbi riikliku kohustusliku tervisekindlustuse)

Mudelid, kus kombineeritakse erinevaid rahastamisallikaid

Paralleelsed universaalsed skeemid (nt Itaalia, Šotimaa)

Sissetulekust sõltuvad universaalsed süsteemid (nt Iirimaa, Austria, Prantsusmaa)

Kombineeritud universaalsed ja vajaduspõhised süsteemid (nt Hispaania)

Joonis 13. Pikaajalise hoolduse rahastamise mudelid

Allikas: Colombo jt (2011). „Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care“

OECD jaotab pikaajalise hoolduse rahastamismudelid süsteemide kahte perekonda: esimeses domineerib üks rahastamisallikas ning teises kombineeritakse erinevaid allikaid. Süsteemide jaotus on toodud Joonisel 13.

Peamiseks allikaks võib olla sotsiaalkaitse üldine rahastus, eraldi sotsiaalkindlustuse sissemakse või käsitletakse pikaajalist hooldust ühe osana tervishoiu rahastamisest. Selliseid rahastamisallikaid kasutatakse pikaajalise hoolduse peamise finantseerijana näiteks Soomes, Saksamaal, Hollandis ja Belgias.

Enamikus riikides kombineeritakse erinevaid rahastamisallikaid. Kuigi peamiseks allikaks võivad olla riigieelarve sotsiaalkaitse üldised

ressursid (nt Rootsi) või riikliku sotsiaalkindlustuse maksetest saadav tulu (nt Saksamaa), rahastatakse pikaajalist hooldust nendes riikides ka eelarve üldistest tuludest, **et tagada kindlustuskaitse neile, kes ei ole olnud hõivatud, või toetada kindlustussüsteemi pikaajalist rahalist jätkusuutlikkust.**

EL-i ja OECD riikides kantakse suurem osa pikaajalise hoolduse kuludest ühiselt sotsiaalkaitsetuludest või sotsiaalkindlustusmaksetest, kuigi on levinud ka inimeste ja leibkondade omaosalus.

Kõigis rahastamise mudelites eeldatakse kulude jagamist avaliku sektori ja inimeste vahel ning osades riikides kombineeritakse universaalseid ja vajaduspõhiseid mudeleid. Avaliku sektori pakutavate hüvede kulude jagamiseks on suures pildis kasutusel neli erinevat lähene-misviisi:²³

1. Inimese või leibkonna omavahendite hin-damine. Avalikest vahenditest finantseeritakse teenuseid vaid siis, kui omavahendid on am-mendunud või kui omavahendite kasutamine võib suurendada vaesuse või tõrjutuse riski (nt Sloveenia ja Eesti).
2. Inimese või leibkonna isikliku panuse kind-laksmääramine. Inimene tasub osaliselt teenuste eest ise või on määratud kulude ulatus, mis tasutakse avaliku sektori poolt (nt Austria ja Prantsusmaa).
3. Kindlasummalise kulude jagamise korral määratakse osakaal teenuse hinnas, mille tasub inimene või tema lähedased (nt Jaapan ja Bel-gia).

4. Kulude jagamise ulatus sõltub inimese või leibkonna sissetulekust ja varast. Näiteks tasu-vad selleks, et teenust saada, kindla osa oma sissetulekust või varade väärtusest abivajajad Tšehhis, Soomes, Ungaris ja Iirimaa.

Rahastusmudelite puhul on oluline silmas pi-dada, et pikaajaline hooldus ei eristu alati väga selgelt sotsiaalkaitse teistest valdkondadest. See on põimitud süsteemidesse, mis pakuvad kaitset tervise, vanaduse ja laiemalt sotsiaalse toimetuleku riski vastu, peegeldades laiemalt riikide sotsiaalkaitse- või maksude-toetuste mudelit. Näiteks Belgias rahastatakse pikaajalist hooldust valdavalt tervisekindlustuse kaudu.

Erarahastusel põhinevad skeemid ei saa la-hendada erivajadustega laste ja täiskasvanute PH rahastuse väljakutseid. Hooldusvajaduse-ga inimesel ei ole võimalik osta kindlustust ning enamasti on väga piiratud võimalused teenida töist tulu. Seetõttu on avaliku sektori solidaarne kindlustus ainus võimalus nende inimeste prob-leemide lahendamiseks.

Pikaajalise hoolduse riiklik kindlustus

Pikaajalise hoolduse riikliku kindlustuse korral nähakse kahte peamist eelist:



Finantsiline läbipaistvus. Sissemakseid kogutakse kindlate hüvede rahastamiseks, mitte üldisesse riigieelarvesse kõikvõimalike hüvede rahastamiseks. Selge seos tulude ja kulude vahel teeb pikaajalise hool-duse rahastamise läbipaistvaks ja võib suurendada inimeste valmisolekut kindlustusmakseid tasuda.



Jaotamise läbipaistvus. Teenuste maht ja kvaliteet sõltuvad kindlustus-reeglitest, mitte otseselt kasutatavatest ressurssidest või süsteemi juhtide valikutest. Inimese vaates võib see vähendada abisaamisega seotud sotsiaalset stigmat, sest pikaajalise hoolduse kasutaja on kind-lustusmaksetega hüved välja teeninud.

²³ Colombo jt (2011). „Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care. OECD”.

Euroopa Liidus on teistest sotsiaalkindlustuse või sotsiaalkaitse harudest selgelt eristuv pikaajalise hoolduse kindlustus välja kujunenud eelkõige Saksamaal ja Luksemburgis.

Saksamaal on pikaajalise hoolduse kindlustus eraldi kindlustus, kuid see on seotud tervisekindlustusega. See on kohustuslik kõigile kodanikele, kuid on võimalik valida ka alternatiivne erakindlustus. Sissemakseid teevad töötajad ja tööandjad võrdselt töötaja teiselt tulult. 2021. aastal oli maksumäär 3,05% ning maksumäära tõsteti hiljuti. Lastetud kindlustusvõtjad maksavad 0,25 protsendi võrra suuremat sissemakset, arvestades nende tõenäoliselt suuremat abivajadust. Lapsed ja abikaasad on kindlustatud täiendava sissemakseta, kui nende tulud on väiksemad kui 450 € kuus.

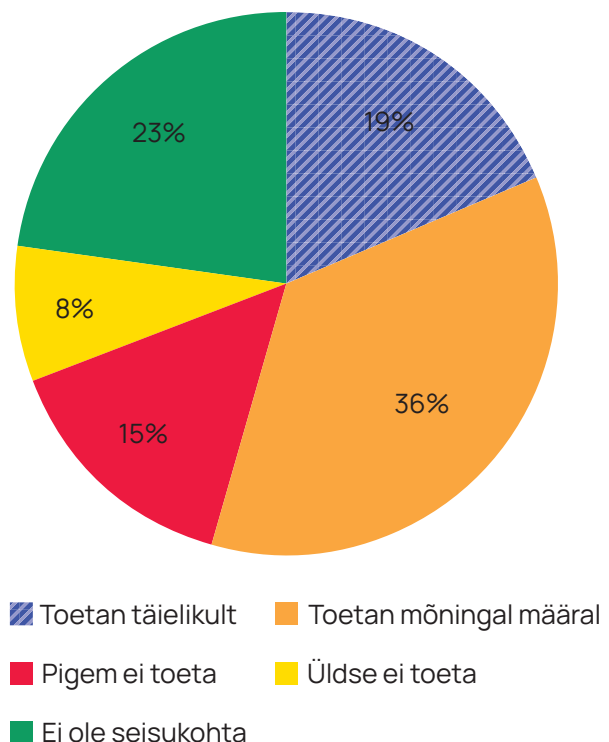
Rahvastiku vananemise tõttu on süsteemi finantsiline jätkusuutlikkus väljakutseks ka Saksamaal. Seda võimendab kindlustuse jagamine sotsiaalkindlustuse ja erakindlustuse vahel – suurema sissetuleku ja väiksema hooldusriskiga inimesed eelistavad pigem erakindlustust, mis vähendab sotsiaalkindlustuse rahastamist. Sealhulgas subsideeritakse avalikest vahenditest erakindlustust. Üldiselt hinnatakse, et ühtne süsteem aitaks paremini riske juhtida ja finantseerida.

Kui Saksamaal tehakse pikaajalise hoolduse kindlustusmakseid vaid teiselt tulult, siis tulevikku vaadates võib see osutuda probleemiks, kui töise ja muu tulu piirid hägustuvad seoses platvormistumise ja töötajate muutumisega ettevõtjateks. Seetõttu võib töise tulu maksubaas väheneda, esitades lisaväljakutse pikaajalise hoolduse kindlustusele.

Teistes riikides on pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustus pigem ravikindlustuse osa (nt Belgias). Siinjuures on tähtis märkida, et ka Eestis rahastatakse oluline osa pikaajalise hoolduse kuludest riiklikust ravikindlustusest.

Tüüpiliselt rahastatakse pikaajalise hoolduse kindlustuse sissemaksetest vaid osa avaliku sektori kulutustest. Sealhulgas võidakse avalikest vahenditest teha siirdeid kindlustussüsteemi, et tagada kindlustuskaitse neile, kes ise kindlustusmakseid teinud ei ole, ja neile, kelle kindlustamine on riskantne, näiteks halvema tervisega inimesed, või et tagada kindlustuse finantsiline jätkusuutlikkus.

Eesti elanike hoiakutest riikliku sotsiaalkindlustuse suhtes annab aimu uurimissuuna raames läbi viidud küsitlus, millele vastajad vanusest olenemata leidsid, et **peamine vastutus pikaajalise hoolduse rahastuse eest peaks olema riigil** (58% vastanutest), ning eelnevaga kooskõllaliselt arvati, et riik võiks lisada makse pikaajalise hoolduse teenuse pakkumiseks (Joonis 14). Enamik vastanutest (55%) on riikliku pikaajalise hoolduse kindlustuse poolt.



Joonis 14. Kuidas suhtute kohustuslikku riiklikku pikaajalise hoolduse kindlustusse, mida makstakse palgatulust? (% vastanutest)

Allikas: Norstat Eesti AS

Toetus riiklikule kindlustusele oli ühtlane kõikides vanusegruppides. Arvestades, et sellise rahastamise detailid ei ole ühiskonnas veel läbi räägitud, võib see olla pigem üldine toetus avaliku sektori maksudel põhinevatele lahendustele pikaajalise hoolduse rahastamisel.

Riiklik rahastus saab olla keskne finantseerimisallikas erivajadustega laste, noorukite, täiskasvanute ja eakate puhul, kes ei ole võimelised oma elukaare jooksul koguma ressursse ega ostma kindlustust. Kogu pikaajalise hoolduse rahastus peab arvestama nii erivajadustega kui ka vanadusega seotud pikaajalise hoolduse väljakutsetega.

Erakindlustus ja isiklikud säästud

Erakindlustus ei ole üheski riigis keskne pikaajalise hoolduse rahastamise allikas. Osades riikides pakuvad erakindlustajad täiendavat rahastust (nt USA) või asendusteenust riikliku sotsiaalkindlustuse raames (nt Saksamaa). Erakindlustusturu iseeneslikul väljakujunemisel on mitmeid takistusi:

1. Kindlustusandjal on keeruline ennustada tulevaseid kulusid. Pole teada, kui paljud poliisi ostjad vajavad pikaajalist hooldust ning kui suured on pikaajalise hoolduse kulud aastate pärast. Samas ei ole inimesed valmis maksma kindlustuse eest, mille kindlustuskate pole täpselt sõnastatud.
2. Kindlustuspreemiate ja kindlustuskaitse arvestamise muudab keerulisemaks asümmeetriline informatsioon. Negatiivne valik tähendab seda, et võimaliku enama hooldusvajadusega inimesed võivad ennast kindlustada suurema tõenäosusega ja ulatuslikumalt. Moraaliriski tõttu ootavad kindlustatud inimesed rohkem hüvesid, kui nad ootaks ilma kindlustamata. Piirates juurdepääsu väljamaksetele, väheneb

ka valmisolek kindlustust osta.

3. Inimeste valmisolekut kindlustust osta vähendavad ootused avaliku sektori sotsiaalkaitsevõrgu suhtes. Kui avalikke teenuseid pakutakse üksnes neile, kellel puuduvad säästud või erakindlustus, vähendab see valmisolekut säästa või osta kindlustust hoolduskulude katmiseks.
4. Inimesed kalduvad pikaajalise hoolduse riski alahindama. Nooremad eelistavad pigem teha kulutusi eluasemele ja laste koolitamisele, riski kindlustamist lükatakse kõrge eani, mil kindlustusmaksed on suuremad ja juurdepääs kindlustusele piiratud.
5. Inimestel puudub sageli isiklik kogemus ning pigem on kogemus mitteametliku hooldusega, mis muuhulgas ajendab lootma lähedaste toele, mitte kindlustusele ja teenustele. Samuti vähendab see valmisolekut kindlustust osta, sest siis võivad lähedased pigem loota, et hooldamiskohustus on kindlustusel ja teenuse osutajal, mitte lähedastel.

Ka riikides, kus avaliku sektori panus pikaajalise hoolduse rahastamisse on väike, on pikaajalise hoolduse erakindlustus vähe levinud – inimesed ei ole valmis maksma kindlustuse eest ning kindlustusandjatel on keeruline riski kaitseks tulusid ja kulusid ennustada.

Pikaajalise hoolduse kindlustust seotakse teiste riskide kindlustustega, eelkõige elukindlustusega tulenevalt pikaajalise hoolduse kindlustuse korralduse ning nõudluse ja pakkumise väljakutsetest.

Pikaajalise hoolduse erakindlustus vajab nii praegu kui ka tulevikus riigi tuge. Näiteks kasutatakse Austrias ja Hispaanias avaliku sektori tulusiirdeid läbi maksusoodustuste ning Saksa- maal kindlustuslepingu lõpetamise tingimuste reguleerimist. USA-s on kasutusel tagatissüsteem, mis tagab kindlustusvõtjale hüved ka kindlustusandja pankroti korral.

Pikaajalise hoolduse kindlustustoote pakkumise seotud väljakutsed ajendavad kindlustusfirmasid kombineerima erinevate riskidega kindlustusi. **Tavaliselt kombineeritakse pikaajalise hoolduse kindlustust elukindlustusega,** näiteks Prantsusmaal. Selline riskide kombineerimine teeb kindlustuspreemiad ja hüved paremini ennustatavaks – näiteks terved inimesed võivad eelistada elukindlustust ja terviseprobleemidega inimesed pikaajalise hoolduse kindlustust.

Täiendavaks lahenduseks peetakse pikaajalise hoolduse kindlustuse sidumist varem kogutud vara kasutamisega, mis aitaks eelrahastada tulevaseid kulusid. **Eelkõige otsitakse võimalusi, kuidas inimese kinnisvara sissetulekuks teisendada (nt tagurpidine hüpoteek), mille ga tasuda otse pikaajalise hoolduse kulude eest** või mis võimaldab teha sissemakseid pikaajalise hoolduse kindlustusse (nt Rootsi, Taani, Iirimaa (Nursing Home Loan), Hispaania).

Selliste lahenduste suuremahulist kasutamist takistavad kinnisvara hinna muutlikkus, kinnisvara likviidsus ja inimeste vähenemine valmisolek kinnisvara müüa või vahetada, sealhulgas ootus parandada kinnisvara pigem lähedastele. Kuid näiteks Hispaania näitel on leitud, et kui riigis on elanike ja eakate seas suur kinnisvaraomanike osakaal, võiks kinnisvara tagurpidise hüpoteegi juurutamine riigi toel tagada pikaajalise hoolduse rahastamiseks täiendavalt 0,7% SKT-st.²⁴

Eelrahastamine

Riikide näited osutavad veel ühele olulisele aspektile – pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustus on tavaliselt jooksvalt rahastatav. Kuid **kulude kiire kasvu väljavaate korral ei ole jooksev rahastamine piisavalt töökindel lahendus.** Tulevasi kulusid on vaja eelrahastada. See tähendab reserve kogumist, et tulevikus tekkiva rahastuskoormusega valutumat toime tulla. Näiteks on sotsiaalkindlustusmaksetest võimalik koguda ülejääki, mis võimaldab eelrahastada tulevaste perioodide suuremaid kulusid.

Rahvastiku vananemisega seoses on oodata abivajajate ja tööealise elanikkonna suhtarvu kasvu. See tähendab, et surve tööealisele elanikkonnale kasvab. Praegused töötajad peaksid panustama oma põlvkonna tulevase pikaajalise hoolduse kulutustesse. Eelrahastus tähendab nüüdsele töötavale põlvkonnale suuremat koormust, sest vaja on finantseerida nii praeguste abivajajate kulusid kui ka enda tulevase kulutusi. Mõeldav on oma kulutuste osaline eel- finantseerimine, et kulude jaotus ajas oleks ühtlasem.

²⁴ Martinez-Lacoba jt (2020). „The reverse mortgage: A tool for funding long-term care and increasing public housing supply in Spain”. – Journal of Housing and the Built Environment.

Saksamaal hoitakse 0,1% pikaajalise hoolduse kindlustuse määrast kulude jaoks aastal 2035 ja hiljem, mil ette on näha kulutuste kasvu.

Ressursside kogumise eeltingimus on see, et raha investeeritakse võimalikult suure oodatava tootlusega varadesse. Eeskuju saab võtta Norra investeeritud naftatulust ja nt Taani kogumispensioni süsteemist. Eelfinantseerimise peamiseks väljakutseks on see, kui Eesti majandus ja hinnad kasvavad kiiremini kui maailmamajandus ja hinnad maailmas üldiselt, siis on keeruline saavutada tootlust, mis oleks sama-väärne Eesti arengutega. Samuti sisaldub süsteemis finantsrisk, sest kogumisfondid võivad (finants)kriisi raames palju väärtust kaotada. Kriitiliseks võib saada ka usaldus süsteemi suhtes, ehk see, kas raha kasutatakse tulevikus pikaajalise hoolduse kulude tarvis või mõnel muul otstarbel.

Erinevate rahastusmodelite võrdlus

Kõikides riikides, kus suur osa pikaajalise hoolduse kulude riskist on elanike tarvis kaetud, on avalikul sektoril rahastuses märkimisväärne roll. Maailmas pole ühtegi arenenud riiki, kus vaba-tahtlik erakindlustus kataks suurema osa rahvastiku pikaajalise hoolduse riskidest. Ükski riik ei ole liikumas süsteemi suunas, kus riikliku kindlustuse pakkumist ei nähtaks olulise komponendina PH rahastuses.

Riikide kogemus näitab, et erinevatel rahastusmudelitel on omad tugevused ja nõrkused, mis on kirjandusele tuginedes kokkuvõtlikult esitatud Tabelis 1. Eesti pikaajalise hoolduse süsteemile laienevad eelkõige sotsiaalkindlustuse ja sotsiaalkaitse mudelile omased tugevused ja nõrkused, sest see kombineerib sotsiaalkindlustusmakseid riigieelarve üldiste tuludega, millele suhteliselt vähese rahastamise taustal lisandub inimeste omaosalus.

Tabel 1. Pikaajalise hoolduse rahastamise süsteemide tugevused ja nõrkused

 Rahastamismudel	 Tugevused	 Nõrkused
Sotsiaalkaitse: rahastamine eelarvetuludest, eelkõige üldistest maksutuludest. Rootsi, Taani (teenused), Austria, Tšehhi (teenused ja toetused).	• Laiem tulubaas, mis ei sõltu ainult tööjõumaksudest. • Hoolduse mahtu ja kvaliteeti on võimalik kohandada tulude ja kulude järgi. • Puudub maksetest sõltuv ooteperiood – hüvesid on võimalik saada kohe abivajaduse tekkimisel. • Hooldust pakutakse kõigile, kes seda vajavad. • Universaalsem katvus, mis arvestab sissetulekute ja vara ebavõrdsust.	• Puudub otsene seos kogutavate tulude ja hoolduskulude vahel. • Haavatav eelarvevõimalustest; hüvede pakkumine võib sõltuda hetke eelarvevõimalustest ja see võib omakorda mõjutada valmisolekut maksta kõrgemaid makse.
Sotsiaalkindlustus: rahastamine sotsiaalkindlustus-maksetest. Saksamaa, Luksemburg, Belgia, Holland.	• Otsene seos sissemaksete ja hooldusele tehtavate kulude vahel võib suurendada valmisolekut sissemakseid teha. • Tagab ennustatava rahastamise. • Võib vähendada stigmat hoolduse saamisel. • Sissetulekust sõltuvad sissemaksed on pigem taskukohased ja panustajate ring on lai.	• Piiratud maksubaas tööjõukulude näol võib viia alarahastamiseni. • Tööjõukuludelt arvestatavad sissemaksed mõjutavad töömotivatsiooni ja vähendavad tööjõumahuka tegevuse konkurentsivõimet. • Kui katvus sõltub hõivest, siis mittetavapäraselt ja ebakindlalt hõivatud võivad jääda hooldushüvedeta.
Erakindlustus: rahastamine inimeste maksetest. USA, Jaapan (katab kogu rahastusest väikese osa).	• Tagab ennustatava ja usaldusväärse rahastamise. • Tulud ja kulud peaksid olema tasakaalus pikaajaliselt, sealhulgas eelrahastatakse tulevasi kulusid. • Kindlustusandjatel on stiimul juhtida kulusid jätkusuutlikult. • Avaliku sektori siirded on minimaalsed. • Pakub täiendavat (nt heldemat, paindlikumat) kindlustuskaitset lisaks avaliku sektori garantiidele ja hüvedele.	• Info asümmeetria tõttu on kindlustamine juhuslik, mis mõjutab omakorda tulusid ja kulusid. • Kindlustusrisiki hindamine ja kulude prognoosimine on keeruline; see kasvatab kindlustusmakseid ja vähendab valmisolekut maksta kindlustuse eest. • Kindlustamise jäätavad katteta suurema riskiga inimesed ja kindlustuskaitse võib sõltuda sissetulekust. • Vajab avaliku sektori siirdeid.

Pikaajalise hoolduse rahastamise stsenaariumid

Eesti pikaajalise hoolduse rahastamise võimalikud stsenaariumid keskenduvad avaliku ja erasektori rahastamise suurusele ja nende kombineerimisele (vt Joonis 15). Erivajadustega laste ja täiskasvanute pikaajalise hoolduse rahastamise lahendus on riikliku rahastuse suurendamine. Vanusega seotud PH rahastuse

väljakutsete puhul on erarahastuse kaasamine tulevikus hädavajalik, sest avaliku sektori ressurssidest ei piisa.

Erinevad rahastuslahendused toovad kaasa olulised erinevused teenuste kättesaadavuses. Osad stsenaariumid vajavad aktiivset ja kiiret riigipoolset sekkumist, mis võib osutuda poliitiliselt ja majanduslikult keeruliseks.



Joonis 15. Pikaajalise hoolduse rahastamise stsenaariumid



On küll hilja, kuid lahkuda võimatu näib

Selle stsenaariumi puhul on pikaajalise hoolduse kogurahastus umbes 1,3% SKP-st, millest riiklik rahastus kasvab 0,5%-ni SKP-st ning erarahastus kasvab seniselt 0,3%-lt 0,6%-ni SKP-st. Riiklik rahastus tuleb vaid üldistest eelarvevahenditest, rahaeraldused otsustatakse igal aastal eraldi, mistõttu on raskendatud teenuste pakkumise pikaajaline planeerimine ja väljaarendamine.

Kuna riik ei panusta PH teenustesse, siis need inimesed, kes saavad, kasutavad oma sääste teenuste eest maksmisel. Erakindlustuse turg ei ole välja kujunenud, sest riik ei ole seda juriidiliselt arendanud ega finantsiliselt toetanud.

Koduteenuseid ei pakuta aktiivselt ja teenuste tase teenusmajades ja hooldekodudes on pigem madal. Seetõttu on nende lähedaste koormus, kes elavad abivajaja lähedal, suur. Kulud ühiskonna jaoks on suured just läbi tööturukaotuste. Selles stsenaariumis ei ela inimesed väga kaua, kuid abivajajate viimastel eluaastatel on saatjaks pigem halb tervis ja vilets elukvaliteet.

Professionaalse toeta ei osata abivajadust ennetada ja abivajaduse suurenemist ära hoida.



Elu lühikene, raha pikk

Selle stsenaariumi puhul on pikaajalise hoolduse kogurahastus ca 2% SKP-st, millest riik panustab umbes 0,5% SKP-st, ehk see on võrreldav praeguse olukorraga. Erarahastuse osa on suur, jõudes 1,5% SKP-st, sest inimesed on mõistnud, et tulevikus ei ole riik kvaliteetset hooldusteenust pakkumas.

Riik toetab erakindlustuse soetamist ning kindlustusturu tekkimist. Jõukamad on olnud pikaajalise hoolduse riskiga elukindlustuse. Keskklass on kogunud reserve, kasutatakse laenu kinnisvara tagatisel, mis makstakse tagasi siis, kui inimene siitilmast lahku.

Enamik elanikke on ilma kindlustuse ja varata, millest PH kulutusi katta. Riiklikust rahastusest kaetakse vaid nende inimeste teenused, kes pole ise võimelised ega ole ka nende lapsed võimelised kulutuste eest tasuma.

5

Viis viimast

Sektori kogurahastus on 2,3% SKP-st. Riiklik rahastus on arvestatav, jõudes 2% SKP-st. Erarahatuse osa on pigem väike, jäädes praegusele tasemele, ehk umbes 0,3% SKP-st. Riik on välja arendanud pikaajalise hoolduse riikliku kindlustuse, finantseerides seda nii tööjõumaksudest kui ka üldistest eelarvetuludest. Kulude tase on pikaajaliselt prognoositav, samuti kogutakse osa tuludest (0,1% SKP-st) spetsiaalsesse reservi tulevaste kulude katteks ja see investeeritakse aktsiaturgudel.

Prognoosides kulutuste kasvu tulevikus, on riik aktiivselt tegelenud ka pikaajalise hoolduse eelrahastamisega. Erasisikute säästud on väikesed ning kuna riiklik süsteem pakub häid teenuseid, ei ole motivatsiooni ka kogumiseks ega kindlustuse ostmiseks. Surve riiklikule rahastusele on suur, sest teenused on väikese omafinantseeringuga. Riik panustab küll palju ressursse pikaajalisse hooldusse, kuid kõigile ikkagi teenuseid ei jätku. Teenuste kvaliteet on hea, kuid ootejärjekorrad teenuste saamiseks nii kodus, teenusmajades kui ka hooldekodudes on pikad. Abivajaduse oodatava kasvuga on need probleemid kasvavad ning rahastust on vaja suurendada või pakutavate teenuste saadavust vähendada.



Üksi pole keegi

Sektori kogurahastus on 3,5% SKP-st. Riikliku rahastuse osa on suur, jõudes samuti 2% SKP-st. Riiklikud ressursid tulevad riikliku kindlustuse maksetest, mida kogutakse kõikidelt tuludelt, ja üldisest eelarverahastusest. Erarahastus on samuti märkimisväärne, jõudes 1,5% SKP-st.

Rikkamad saavad panustada lisaks oma ressursse, et saada paremat teenust. Riik ei ole pikaajalise hoolduse teenuste pakkumiseks raha kogunud, sest aktiivselt toetati erakindlustuse teket ning inimesed panustasid ise kindlustusse ja kogumisse. Riik on oma panust küll iga-aastaselt suurendamas, kuid vajadus kasvab kiiremini. Riik kogub kindlustusmaksleid tööjõumaksudest ning see on viinud osad töökohad riigist välja.

Abivajajatele on tagatud miinimumteenus. Süsteemis on palju erinevaid PH teenust pakkuvaid eraettevõtteid, MTÜ-sid ning kohalike omavalitsuste asutusi.

Teenuste kvaliteet sõltub inimeste endi panusest ning ebavõrdus on suur.

Pikaajalise hoolduse rahastus. Järeldused ja soovitused

Arvestades eesootava väljakutse tõsidust, **peab pikaajalise hoolduse rahastamine Eestis toetuma võimalikult paljudele eri rahastusallikatele ning motiveerima kõiki osapooli panustama**. Oluline on pikaajalise hoolduse kulusid katta nii riiklikust sotsiaalkindlustusest, mida makstakse töisest tulust, kui ka riigieelarve üldistest tuludest, arvestades tööjõu maksustamise juba niigi kõrget taset ning väljavaadet, et töist tulu on rahvastiku vananedes ja tööde platvormistumisel üha vähem.

Eraraha kaasamine peab võimaldama abivajajatel saada paremat teenust, kui on võimalik vaid riiklikul rahastusel põhinedes, nii väldi-

takse eraturu ja erainvesteeringute väljatõrjumist. Selline süsteem peab samuti aktiivselt toetama erakindlustusturu tekkimist, luues selleks sobiva raamistiku, ning võimalusel toetama erakindlustuse pakkumist kas läbi kindlustusseltside või majapidamistele mõeldud maksumoodustuste. Kinnisvara omanikele luuakse võimalused võtta lihtsate ja arusaadavate reeglite alusel oma kinnisvara tagatisel laenu pikaajalise hoolduse teenuste eest tasumiseks, jättes inimesele võimaluse elada endiselt omas kodus.

Kahtlematult võtab sellise süsteemi ülesehitamine aega ning nii riikliku kui ka erarahastuse suurem panustamine nõuab teenuste väljaarendamist ja abivajajatele kättesaadavaks tegemist.



Arenguseire Keskus

Lossi plats 1a, 15165 Tallinn
arenguseire@riigikogu.ee
www.arenguseire.ee



ARENGUSEIRE KESKUS