

UURING 2021

Pikaajalise hoolduse rahastamise väljakutsed ja lahendused

Pikaajalise hoolduse tuleviku uurimissuund

Märt Masso
Gerli Paat-Ahi
Andi Kiissel
Priit Purge

Pikaajalise hoolduse rahastamise väljakutsed ja lahendused

Uuring

Autorid: Märt Masso, Gerli Paat-Ahi, Andi Kiissel ja Priit Purge

Tellijä: Arenguseire Keskus

Uuringu tellis Arenguseire Keskus ja see on osa Arenguseire Keskuse pikaajalise hoolduse tuleviku seiretööst. Uuringu koostas Poliitikauuringute Keskus Praxis – Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.

Uuringu sisalduva teabe kasutamisel palu viidata allikale: Masso, M., Paat-Ahi, G., Kiissel, A., Purge, P. (2021). Pikaajalise hoolduse rahastamise väljakutsed ja lahendused. Uuring. Tallinn: Arenguseire Keskus.

Arenguseire Keskuse uuringud
ISSN 2733-337X (pdf)

Loe ka teisi pikaajalise hoolduse tuleviku 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.

Oktoober 2021

Lühitutvustus

Üks Arenguseire Keskuse 2021. aasta uurimissuundadest on „Pikaajalise hoolduse tulevik“. Uurimissuuna eesmärk on mõelda läbi Eesti pikaajalise hoolduse arenguväljavaateid, anda ülevaade olulisematest trendidest ning mõelda võimalikele muudele teguritele, mis pikaajalist hooldust tulevikus võivad mõjutada. Tähelepanu all on nii vajadus, ennetus, teenused kui ka rahastus. Siinse analüüsi fookuses on pikaajalise hoolduse rahastamine. Analüüs keskendub tulevaste pikaajalise hoolduse rahastamise väljakutsete ja valikute kirjeldamisele ning lahtimõtestamisele.

Sisukord

Lühitutvustus	3
Tabelid	4
Joonised	4
Töös kasutatud mõisted	5
1. Pikaajalise hoolduse rahastamismudelid OECD ja EL riikides.....	6
1.1. Riikide kulutused pikaajalisele hooldusele.....	6
1.2. Avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele.....	7
1.3. Pikaajalise hoolduse kulude prognoos	8
1.4. Pikaajalise hoolduse rahastamise mudelid	9
1.5. Pikaajalise hoolduse kindlustus	11
1.5.1. Pikaajalise hoolduse erakindlustus.....	14
1.6. Pikaajalise hoolduse rahastamise mudelite tugevused ja nõrkused.....	16
2. Eesti pikaajalise hoolduse rahastamise väljavaated	19
2.1. Pikaajalise hoolduse rahastamise tase peab suurenema	19
2.2. Pikaajalise hoolduse suuremad kulud vajavad eelrahastamist	19
2.3. Pikaajalise hoolduse rahastamiseks saab ka edaspidi kasutada kombineeritud mudelit	21
2.4. Maksud ja maksed	22
3. Kokkuvõtte ja järeldused	24
Kasutatud kirjandus	26
Lisad	31
Lisa 1: Heaoluühiskondade liigitus.....	31
Lisa 2a: Pikaajalise hoolduse kulude Euroopa Komisjoni stsenaariumite kirjeldus.....	32
Lisa 2b: Eesti pikaajalise hoolduse kulude prognoos Euroopa Komisjoni järgi, kulutused osakaaluna sisemajanduse kogutoodangust, %	32

Tabelid

Tabel 1. Eesti pikaajalise hoolduse kulude prognoos Euroopa Komisjoni järgi, kulutused osakaaluna sisemajanduse kogutoodangust, %	9
Tabel 2. Pikaajalise hoolduse rahastamise allikad OECD riikides 2020 aastal.	10
Tabel 3. Saksamaa ja Luksemburgi pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustuse ülevaade	12
Tabel 4. Pikaajalise hoolduse rahastamise süsteemide head ja vead kirjandusülevaate järgi.....	16

Joonised

Joonis 1. Riikide kogukulud pikaajalisele hooldusele osakaaluna sisemajanduse kogutoodangust, 2018 (või lähim aasta).....	6
Joonis 2. Eesti sotsiaalkaitse ja pikaajalise hoolduse kulud Euroopa Liidu riikide võrdluses.....	8
Joonis 3. Pikaajalise hoolduse rahastamise mudelid.....	10
Joonis 4. Eesti pikaajalise hoolduse rahastamise mudelid.....	21

Töös kasutatud mõisted

Pikaajaline hooldus	hooldus inimestele, kes vajavad abi argielu korraldamisel pikema aja jooksul, kuna nende füüsilised või vaimsed võimed on vähenenud. Pikaajaline hooldus hõlmab tervishoiuteenuseid, isikuhooldust ja inimese igapäevast toimetulekut toetavaid teenuseid.
Sotsiaalkaitse	toetuste, teenuste ja muude sarnaste avalike hüvede kogum, mida rahastatakse riigieelarve üldistest tuludest ja mille ülesanne on parandada üksikisiku või leibkonna toimetulekut, heaolu, sotsiaalset kaasatust, sealhulgas sissetuleku osalisest või täielikust kaotusest põhjustatud toimetulekuriski ilmnemisel.
Sotsiaalkindlustus	sotsiaalkindlustuse sissemaksetest, kindlustuspreemiatest rahastatavad sotsiaalsed garantiid, näiteks pikaajalise hoolduse teenused. Sotsiaalkindlustushüvitise eesmärgiks on üldiselt tagada osa varasemast sissetulekust või katta kindlad kulud, mis aitab teatud määral säilitada varasemat sissetulekutaset ja elatustaset kindlustusjuhtumi ilmnemisel.
Kindlustatud isik	kindlustatud isikul on õigus kindlustushüvitisele, kas siis rahalisele hüvitisele, mille eest ise tasuda pikaajalise hoolduse teenuse eest, või pikaajalise hoolduse teenustele.
Kindlustusvõtja	isik, kellel on õigus või kohustus sõlmida kindlustusleping kindlustusandjaga, näiteks pikaajalise hoolduse riski kindlustamiseks.
Kindlustusandja	kindlustusteenuse osutaja, kellel on kindlustusjuhtumi korral hüvitise väljamaksmise kohustus.
Kindlustusjuhtum	kindlustusvõtjale ootamatu (ja ettenägematu) kindlustuslepingus määratletud sündmus, näiteks pikaajalise hoolduse vajaduse tekkimine.
Kindlustuskaitse	kindlustusandja kindlustuslepingu või seaduse tingimustega piiritletud kohustus maksta kindlustusjuhtumi korral kindlustushüvitist või sooritada muud kindlustuslepingus või seaduses ettenähtud teod.

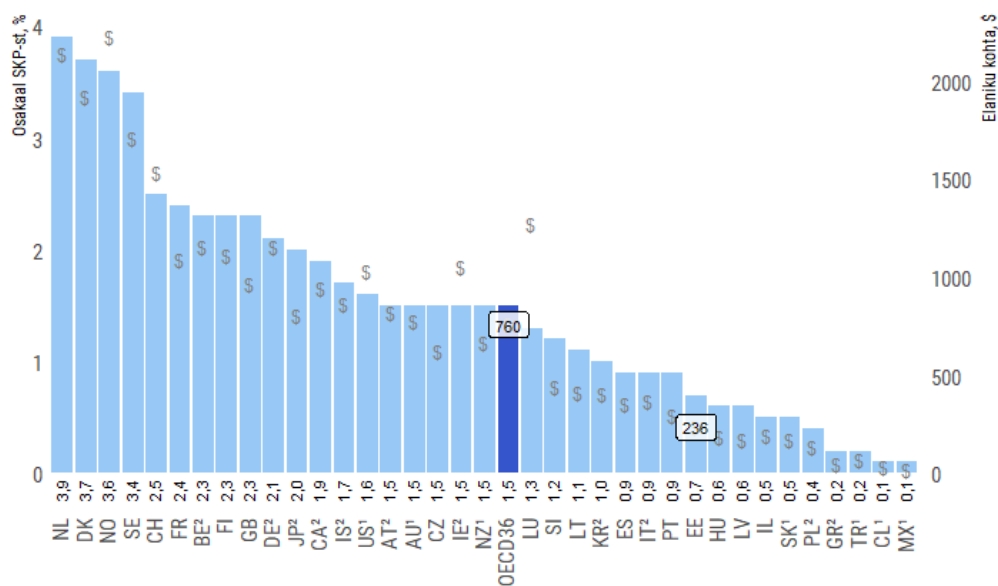
1. Pikaajalise hoolduse rahastamismudelid OECD ja EL riikides

1.1. Riikide kulutused pikaajalisele hooldusele

Pikaajaline hooldus on inimestele, kes vajavad abi igapäevaelus toime tulemiseks ja osalemiseks, kuna vananemise või tervise tõttu on nende füüsilised ja vaimsed võimed vähenenud. Pikaajaline hooldus hõlmab erinevaid tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid, mis ennetavad inimese tervise ja võimete halvenemist ning abistavad igapäevaste toimingute juures ja heaolu loomisel.

OECD 2018. aasta andmetel¹ kulutavad OECD liikmesriikides avalik sektor ja eramajapidamised pikaajalisele hooldusele ligikaudu 1,5% SKPst, mis keskmiselt on ligikaudu 760 USD (628 EUR) aastas elaniku kohta (OECD, 2020b) (vaata ka **Tõrge! Ei leia viiteallikat.**). OECD riikides suuremate pikaajalise hoolduse kuludega on Euroopa heldemate heaolusüsteemidega riigid, näiteks Holland, Taani, Norra, Rootsi, mis kulutavad pikaajalisele hooldusele ligikaudu 3,5% SKPst. Eestis kulutatakse pikaajalisele hooldusele samas vaid 0,7% SKPst (Eurostati võrdlusstatistika järgi on see kokku u 171,4 miljonit Eurot). Seega kuulume riikide perre, kus kulud on oluliselt väiksemad kui OECD ja EL riikides keskmiselt.

JOONIS 1. RIIKIDE KOGUKULUD PIKAAJALISELE HOOLDUSELE OSAKAALUNA SISEMAJANDUSE KOGUTOODANGUST, 2018 (VÕI LÄHIM AASTA).



Märkus: ² OECD hinnangud riikide kohta, kes ei raporteeri sotsiaalhoolekande pikaajalise hoolduse kulusid. Nendes riikide pikaajalise hoolduse kulud osaliselt või tervikuna ei pruugi hõlmata sotsiaalteenuste kulusid või sotsiaalteenuste kulud on tervishoiu kulude osa.

Allikas: OECD Health Statistics 2020, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

¹ Siinses analüüsi kasutatakse eelkõige OECD ja EUROSTATi andmeid pikaajalise hoolduse rahastamise kohta. Riikide andmed erinevad ühest küljest tulenevalt pikaajalise hoolduse süsteemist, sealhulgas osutatavatest teenustest. Teisest küljest erinevad andmed ka erinevatest sotsiaalkaitse kulude arvestussüsteemide tõttu. OECD on käsitlenud andmete võrreldavust hiljutises raportis (Mueller et al., 2020).

1.2. Avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele

Pikaajalise hoolduse kulud erinevad üle riikide oluliselt. Suuremaid kulutusi selgitab eelkõige avaliku sektori pakutavate pikaajalise hoolduse teenuste maht ja kvaliteet, mitte aga inimeste osakaal, kes vajavad pikaajalist hooldust. Näiteks riikides (nt. Belgia, Küpros, Poola, Rumeenia, Kreeka), kus on väiksemad avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele, on samas keskmisest suurem osakaal inimesi, kel on raskusi igapäevaste tegevustega iseseisvalt toime tulemisel ja vajaksid pikaajalist hooldust (European Commission, 2021b).

OECD ja Euroopa Liidu riikides kaetakse suurem osa pikaajalise hoolduse kuludest avaliku sektori poolt, so. keskvalitsuse või kohaliku omavalitsuse sotsiaalkaitsest või kohustuslikust sotsiaalkindlustusest. Avalik sektor võtab inimestelt ja leibkondadelt pikaajalise hoolduse kulude katmise olulises osas enda õlule tulenevalt kolmest seotud põhjusest (Colombo et al., 2011; Costa-Font & Courbage, 2012; Fernandez et al., 2011):

- Pikaajaline hoolduse teenuste maksumus on kõrge. Hooldusvajadus ning sissetulek ja vara ei ole ühiskonnas ühetaoliselt jaotunud, mistõttu vaesemad või lähedaste võrgustikuta inimesed võivad jääda tarviliku hoolduseta.
- Pikaajalise hoolduse vajadust ja seonduvat kulu on raske ette ennustada. Inimestel on kognitiivselt keeruline ette näha kaugel tulevikus ilmnedavat pikaajalise hoolduse riski. See ajendab riski jagama nii põlvkonna sees kui üle põlvkondade.
- Vanuse ja iseseisva toimetuleku ja osalemise riski jagamine põlvkondade vahel ja põlvkondade sees aitab luua võrdsemat või õiglasemat ühiskonda tänastele ja tulevastele ühiskonnaliikmetele.

Nendest argumentidest tulenevalt rahastatakse pikaajalist hooldust olulises osas avalikest ressurssidest. Avalikest ressurssidest pikaajalise hoolduse pakkumisega kaasneb küll moraalirisk – kuna inimeste omavastutus väheneb, siis üha enam loodetakse avaliku sektori pikaajalise hoolduse hüvedele, mis

Eestis kulutatakse pikaajalisele hooldusele vähem kui OECD ja EL riikides tüüpiliselt. Siinjuures on Eesti avaliku sektori kulutused väiksemad ja inimeste omast taskust makstavad kulud suuremad.

suurendab ka nõudlust nende hüvede järele ja kulusid. Samas tagab see siiski hüved neile, kes seda vajavad, ning ennetab ühiskonna ressursside vähetõhusat kasutamist² (Fernandez et al., 2011).

Eestis võrreldes teiste OECD ja Euroopa Liidu riikidega katab avalik sektor väiksema osa pikaajalise hoolduse kuludest. Eurostati (tabel hlth_sha11_hchf) andmetel katab Eesti avalik sektor pikaajalise hoolduse kuludest ligi 60% (so. 0,4% SKPst, 98,6 miljonit EUR), samas kui EL riikides keskmiselt katab avalik sektor 80% kuludest (siinjuures heldemates heaolusüsteemid nagu Rootsi ja Taani, aga ka näiteks Lätis ligi 90% kuludest).³

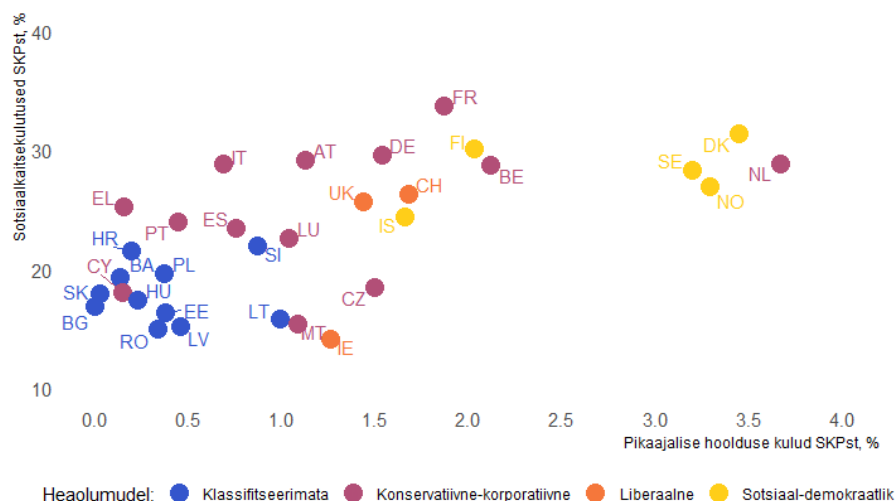
Suuremate pikaajalise hooldusega kuludega riikides on ka avaliku sektori kulutuste osakaal suurem. Näiteks Hollandis ja Skandinaavia riikides on see üle 90% kuludest. Enamgi veel – riikide kulutused pikaajalisele hooldusele peegeldavad riikide sotsiaalkaitsekulude osakaalu ja heaolumudelit (**Tõrge! Ei leia viiteallikat.**).

² USA on hinnatud, et üle elukaare on keskmine pikaajalise hoolduse kulu 172 000 USD, kuid see varieerub oluliselt, näiteks 7% juhtudel vähem kui 26 000 USD ja samas 7% juhtudel ka üle 500 000 USD (PWC 2018). Kuna kulude suurus on individuaalselt raskesti ette ennustatavad, siis ei ole ka tõhus, et kõik inividid valmistuvad kõige suuremate kuludega hoolduseks või eeldavad, et hoolduse kulud puuduvad.

³ Kuna suur osa pikaajalisest hooldusest pakutakse informaalset perekonna ja lähedaste poolt, siis nende hõivest eemale jäämisega kaasneb ühiskonnale täiendav kulu või saamata jääv tulu. 2018 aastal hinnati Eesti selliste kulude suuruseks vähemalt 0,12% SKPst (World Bank, 2017). Euroopa Komisjoni hinnangul on omaste hooldajate tööturul eemale jäämise kulu Euroopa Liidus 0,5% SKPst ja samas omastehoolduse majanduslik väärtus kokku 2,4-2,7% SKPst, ehk suurem kui avaliku sektori kulutused keskmiselt (European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion., 2021).

Ulatuslikuma ja kulukama sotsiaalkaitsevõrguga riikides on ka avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele suurema osakaaluga.

JOONIS 2. EESTI AVALIKU SEKTORI SOTSIAALKAITSE JA PIKAAJALISE HOOLDUSE KULUD EUROOPA LIIDU RIIKIDE VÕRDLUSES.



Allikas: Eurostat, tabelid tps00098, hlth_sha11_hchf

Märkus: Vaata heaolumudelite kirjeldust käesoleva raporti lisast.

1.3. Pikaajalise hoolduse kulude prognoos

Tulevikku vaadates peetakse tõsikindlamaks, et nõudlus avaliku sektori pikaajalise hoolduse teenustele ja teistele hüvedele suureneb, mis toob endaga kaasa avaliku sektori suuremad kulutused. (European Commission, 2021b). Siinjuures hinnatakse, et pikaajalise hoolduse kulud kasvavad kiiremini kui teised vananemisega seotud avaliku sektori kulud nagu tervishoiu ja vanaduspensioni kulud (Ibid.).

Selle esmaseks mõjuteguriks on rahvastiku vananemine (vanusstruktuur, rahvatervis), mille tõttu suureneb vajadus vanusega seotud avalike hüvedele, sealhulgas nõudlus pikaajalisele hooldusele. Siinjuures rahvastikuprognoside järgi on Eestis 2050. aastal üle 28% elanikkonnast 65 aastat ja vanemad (2019. aastal oli osakaal 20%) ning 15% elanikkonnast vanuses 75 aastat ja vanemad (2019. aastal oli osakaal 10%) (Statistikaamet).

Teiseks oluliseks mõjuteguriks peetakse pikaajalise hoolduse teenuste disaini ja korraldust, eelkõige selle tööjõu või tehnoloogia mahukust (European Commission, 2021a; Fernandez et al., 2011). Näiteks pikaajalise hoolduse vajadust võib mõjutada ennetustegevus, sealhulgas võimalus tervishoiuteenustega ennetada terviseprobleeme, mis võivad päädida hooldusvajadusega (näiteks dementsuse ennetamine) (European Commission., 2021b). Samuti näiteks telemeditsiin ja telehooldus võib ennetada tervise või iseseisva toimetuleku vähenemist, tervishoiu ja hoolekande teenuste vajadust või nende tööjõumahukust (Zigante, 2021). Samas hinnatakse, et isegi kui avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele muutuvad tootlikumaks, siis summaarselt kulud ikkagi suurenevad (European Commission, 2021b).

Pikaajalise hoolduse kulude oluliseks mõjuteguriks on pikaajalise hoolduse poliitika, eelkõige hüvede pakkumine avaliku sektori poolt ning sissetuleku ja vara jaotus ühiskonnas, millest sõltub inimeste võimalus tasuta hoolduse eest omast taskust (Fernandez et al., 2011). Eesti kontekstis on oluline Euroopa Liidu ühine poliitika, mis tunnustab kõigi eurooplaste õigust kvaliteetsetele ja taskukohasele pikaajalise hoolduse teenusele (Euroopa sotsiaalõiguste sammas, 18. põhimõte). Sellest tulenevalt on ootuspärane, et Eesti

avaliku sektori panus pikaajalisse hooldusesse muutub sarnasemaks Euroopa Liidu keskmisega või eesrindlikema riikide tasemega.

Eesti pikaajalise hoolduse kulud võivad suureneha tasemelt 0,4% SKPst aastal 2019 tasemeni 0,5-2,2% SKPst aastal 2050 tulenevalt rahvastiku vananemisest ja pikaajalise hoolduse teenuste ulatuslikumast pakkumisest.

Prognooside järgi suurenevad Euroopa Liidus riikide avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele tasemelt 1,6% SKPst kuni tasemeni 2,7% SKPst järgmise 20 aasta jooksul, mis oluliselt mõjutab sotsiaalkaitse ja laiemalt riigi rahanduse jätkusuutlikkust (Spasova et al., 2018).

Ka Eesti pikaajalise hoolduse kulude kasvu kohta on tehtud erinevaid hinnanguid. Sealhulgas Maailmapanga uuringu „Hoolduskoormuse vähendamine Eestis” (2017) järgi võiksid tagasihoidliku stsenaariumi järgi kulutused suureneha tasemele 0,6-0,8% SKPst ning kasvu stsenaariumi järgi tasemele 3,5-5% SKPst. Uuringu valmimise ajal panustas avalik sektor pikaajalisse hooldusesse ligi 100 miljonit Eurot aastas, kuid lisarahastus

eeldaks täiendavalt ligikaudu 150 miljoni Euro leidmist iga aasta. Euroopa Komisjoni (European Commission, 2021a) viimase prognoosi järgi suurenevad üle stsenaariumite Eesti avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele tasemele 0,5%-2,2% SKPst 2050 aastal (Tabel 1).

TABEL 1. EESTI PIKAAJALISE HOOLDUSE KULUDE PROGNOOS EUROOPA KOMISJONI JÄRGI, KULUTUSED OSAKAALUNA SISEMAJANDUSE KOGUTOODANDUST, %.

	Muutus 2019- 2070	2019	2030	2040	2050	2060	2070
Baasstsenaarium rahvastikuprognosi järgi	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7
Kulude ja katvuse sarnastumise stsenaarium	5,5	0,4	0,7	1,3	2,2	3,6	5,9

Allikas: (European Commission, 2021a)

Märkus: Vaata täiendavaid stsenaariumeid ja prognoosi metoodika kirjeldust siinse raporti lisast ja viidatud allikast.

1.4. Pikaajalise hoolduse rahastamise mudelid

Prognoositav pikaajalise hoolduse vajaduse kasv ja kulude suurenemine ajendab avalikku arutelu OECDs ja ELis, kuidas parandada pikaajalise hoolduse rahastamist ühiskonnas ning milline peaks olema avaliku sektori roll selles (vaata ka näiteks (Costa-Font et al., 2017; Costa-Font & Courbage, 2012). Riikides rahastatakse pikaajalist hooldust suures pildis kolmest allikast:

- i. sotsiaalkaitse (riigi)eelarve üldistest tuludest,
- ii. sotsiaalkindlustuse sissetulekudest, või
- iii. individuaalsetest sissetulekudest, kogutud säästudest, varadest või seonduvalt erakindlustuse preemiast.

EL ja OECD riikides suurema osa pikaajalise hoolduse kuludest kantakse ühiselt sotsiaalkaitsest või sotsiaalkindlustusest, kuigi inimeste ja leibkondade omaosalus on levinud.

Praktikas rahastavad paljud riigid avaliku sektori pikaajalise hoolduse kulusid samaaegselt mitmest eelloetletud allikast (vaata ka Tabel 2). Sealhulgas ka Eestis rahastatakse pikaajalist hooldust nii sotsiaalkindlustusmaksetest (so. ravikindlustuse maksed), riigieelarve sotsiaalkaitse üldistest tuludest (so. hoolekande kulud), riigieelarve eraldistest (nt. riigieelarve eraldised ravikindlustuse jätkusuutlikkuse parandamiseks) ning samuti tehakse investeeringuid EL ühtekuuluvusfondi vahenditest.

TABEL 2. PIKAAJALISE HOOLDUSE RAHASTAMISE ALLIKAD OECD RIIKIDES 2020 AASTAL.

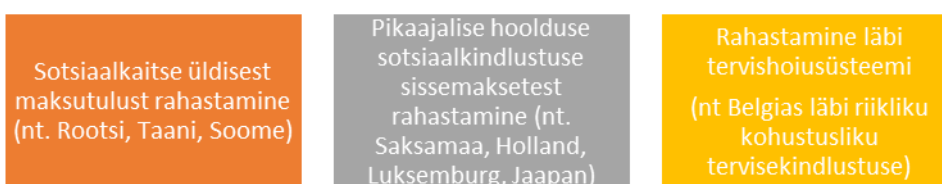
Riigieelarve ja sotsiaalkaitse maksutuludest	Riigieelarve üldistest tuludest tehtavatest eraldistest	Sotsiaalkindlustuse sissemaksed	Muud allikad
Belgia, Tšehhi, Eesti, Iisrael, Jaapan, Luksemburg, USA	Austria, Tšehhi, Kostarika, Eesti, Ungari, Iisrael, Jaapan, Luksemburg, Venemaa, Türgi, USA	Tšiili, Costa Rica, Tšehhi, Eesti, Saksamaa, Jaapan, Korea, Luksemburg, USA	Tšehhi, Eesti (näiteks ühekuuluvusfondi vahendid), Leedu

Allikas: OECD (2020), *Long-term Care and Health Care Insurance in OECD and Other Countries*

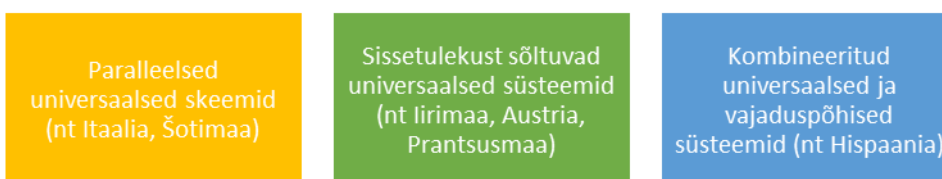
OECD pikaajalise hoolduse süsteemide võrdlusanalüüsi järgi (Colombo et al., 2011) eristub kolm pikaajalise hoolduse puhast rahastamise mudelit, kus kuludest peamise osa rahastatakse ühest allikast, eelkõige kas siis riigieelarve sotsiaalkaitse üldistest tuludest (nt. Rootsi) või riikliku sotsiaalkindlustuse maksetest saadavast tulust (näiteks Saksamaa) (Joonis 3). Samas, nagu eespool juba tõdetud, suuremas enamuses riikides kombineeritakse erinevaid rahastamise allikaid ning lisaks rahastamise allikale eristuvad riigid selle järgi, kas hüved on suunatud kõigile abivajajatele või eeldavad panustamist.

JOONIS 3. PIKAAJALISE HOOLDUSE RAHASTAMISE MUDELID.

MUDELID, KUS DOMINEERIB ÜKS RAHASTAMISALLIKAS



MUDELID, KUS KOMBINEERITAKSE ERINEVAID RAHASTAMISALLIKASID



Allikas: (Colombo et al., 2011)

Mudelite puhul on oluline veel silmas pidada, et tüüpiliselt pikaajaline hooldus ei eristu väga selgelt sotsiaalkaitse teistest valdkondadest ja on põimitud tervise, vanaduse ja laiemalt sotsiaalse toimetuleku riski kaitse süsteemidesse (näiteks Belgias rahastatakse pikaajalist hooldust valdavalt läbi tervisekindlustuse). Sellest tulenevalt ka pikaajalise hoolduse rahastamise mudel peegeldab laiemat riigi sotsiaalkaitse- või maksude-toetuste mudelit (Riedel et al., 2019; Rodrigues & Nies, 2013)⁴. Samuti on oluline tähele panna, et ka sotsiaalkindlustussüsteemides, kus peamiseks rahastamise allikaks on sotsiaalkindlustusmaksed (nt Saksamaa, Holland), rahastatakse pikaajalist hooldust ka eelarve üldistest tuludest, et tagada kindlustuskaitse nendele, kes ei ole olnud hõivatud, või toetada kindlustussüsteemi pikaajalist rahalist jätkusuutlikkust üldistest eelarvevahenditest (Costa-Font & Courbage, 2012).

Pikaajalise hoolduse rahastamise mudelites suurema osa kuludest kantakse kollektiivselt avalikest vahenditest kas kindlustusmaksetest või eelarve üldistest tuludest. Samas reeglina kõigis rahastamise mudelites eeldatakse kulude jagamist avaliku sektori ja inimese vahel. Samuti eeltoodud joonistel osutatakse, et osades riikides kombineeritakse universaalseid ja vajaduspõhiseid mudeleid. Avaliku sektori poolt pakutavate hüvede kulude jagamiseks on suures pildis kasutusel 4 erinevat lähenemist (Colombo et al., 2011):

1. inimese või leibkonna omavahendite hindamine – süsteemides pakutakse avalikke pikaajalise hoolduse teenuseid siis kui omavahendid on ammendunud, sealhulgas kui omavahendite kasutamine võib suurendada vaesuse või tõrjutuse riski (nt. Sloveenia);
2. inimese või leibkonna isikliku panuse kindlaks määramine – süsteemides tuleb pikaajalise hoolduse eest osaliselt tasuda ise või on määratud osa teenuse kulust, mis tasutakse avaliku süsteemi poolt (nt. Austria, Prantsusmaa);
3. kindlasummaline kulude jagamine – süsteemides määratakse näiteks osakaal teenuse hinnast, mille tasub inimene või leibkond (nt. Jaapan, Belgia);
4. sissetulekust või varast sõltuv teenus – kulude jagamise ulatus sõltub sissetulekust ja varast, näiteks tasuvad teenuse saamiseks kindla osa oma sissetulekust või varade väärtusest (nt. Tšehhi, Soome, Ungari, Lirimaa).

Riikides reeglina kombineeritakse erinevaid pikaajalise hoolduse rahastamise viise – hüvesid rahastatakse samaaegselt eelarve üldistest tuludest, sotsiaalkindlustusmaksetest ja inimese omavahenditest.

Eeltoodud pikaajalise hoolduse rahastamise mudelite tüpologia otseselt ei käsitle Eesti mudelit. Kuid ilmselt on ka Eestis kombineeritud süsteem, sest pikaajalist hooldust rahastatakse nii läbi sotsiaalkindlustusmaksete, so. ravikindlustuse kui ka riigieelarve üldiste tulude. Kuigi suuremas osas rahastatakse Eesti ravikindlustust sotsiaalkindlustusmaksetest siis täiendavalt laiendatakse kindlustuskaitset ning tagatakse süsteemi jätkusuutlikkust riigieelarve üldistest tuludest. Lisaks tuleb ka Eestis pikaajalist hooldust vaadata pensionikindlustuse kontekstis, millest sõltuvad inimese omavahendid omastakust makstavate hoolduse kulude vähemalt osaliseks katmiseks. Samuti on Eestiski pikaajalise hoolduse sotsiaalhoolekande teenustel omaosalus. Omaosalus tüüpiliselt määratakse maksimaalse summana, mille peab kandma teenusele suunatud isik või tema lähedased (vaata ka RES2021, § 2).

1.5. Pikaajalise hoolduse kindlustus

Kui pikaajalise hoolduse avalikke hüvesid rahastatakse sotsiaalkaitsest läbi riigieelarve üldiste tulude, siis tavapäraselt puudub otsene side tulude ja kulude vahel. Kõige otsesemalt seotakse aga pikaajalise hoolduse

⁴ Samuti, riigid, sealhulgas näiteks Eesti ja Leedu kasutavad Euroopa Liidu struktuurivahendeid pikaajalise hoolduse süsteemi investeeringute tegemiseks.

rahastamine ja hüved sotsiaal- ja erakindlustusüsteemides. Siinjuures tasub aga tähele panna, et tüüpiliselt rahastatakse pikaajalise hoolduse kindlustuse sisse maksetest vaid osa avaliku sektori kulutustest. Sealhulgas võidakse avalikest vahenditest teha siirdeid kindlustussüsteemi, et tagada kindlustuskaitse nendele, kes ise kindlustusmaksid ei ole teinud, tagada kindlustus ka nendele, kelle kindlustamine on kindlustusele riskantne, näiteks halvema tervisega inimesed, või tagatakse siiretega kindlustuse finantsiline jätkusuutlikkust.

Pikaajalise hoolduse kindlustusel on kaks peamist funktsiooni.

- Finantsiline läbipaistvus: pikaajalise hoolduse kindlustust rahastatakse peamiselt kindlustuse sisse maksetest. Sisse makseid kogutakse kindlate hüvede rahastamiseks, mitte üldisesse eelarvesse kõikvõimalike hüvede rahastamiseks. Selline selge seos tulude ja kulude vahel teeb pikaajalise hoolduse rahastamise läbipaistvaks, mis muuhulgas võib suurendada inimeste valmisolekut kindlustusmaksid tasuda (Fernández et al., 2009; Fernandez & Forder, 2012).
- Jaotamise läbipaistvus: pikaajalise hoolduse teenuse maht ja kvaliteet sõltuvad kindlustuse reeglitest, mitte otseselt kasutatavatest ressurssidest või süsteemi juhtide valikutest. Inimese vaates võib see vähendada abi saamisega seotud sotsiaalset stigmat, sest pikaajalise hoolduse kasutaja on kindlustusmaksetega hüved välja teeninud (Dubois & Ludwinek, 2015).

Ülevaadetes (vaata nt. (OECD, 2020a)) tõdetakse, et kuigi pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustus on levinud, siis pikaajalise hoolduse erakindlustus ei ole väga levinud ja selle turg on piiratud. Mahult kõige suurem turg on USAs, kus valdav on erakindlustus, millele järgneb Saksamaa, kus on küll kohustuslik sotsiaalkindlustus, kuid ka seda inimeste valikul asendav erakindlustusturg. Pikaajalise hoolduse kindlustust pakutakse veel näiteks Prantsusmaal, Austrias, Tšehhis, Leedus, Ungaris, Saksamaa, Jaapanis, Koreas. OECD järgi pikaajalise hoolduse kindlustust ei pakuta Eesti kõrval veel ka näiteks Ühendkuningriikides, Hollandis, Austraalias, Venemaal. Samas paljudes riikides pakutakse pikaajalise hoolduse kindlustust koos mõne teise riski kindlustusega, eelkõige elu või tervise riski kindlustusega (nt. Belgia, Tšehhi, Saksamaa, Soome, Jaapan).

Euroopa Liidus on teistest sotsiaalkindlustuse või sotsiaalkaitse harudest selgelt eristuv pikaajalise hoolduse kindlustus välja kujunenud eelkõige Saksamaal ja Luksemburgis. Teistes riikides on pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustus pigem ravikindlustuse osa. Siinjuures ka Eestis rahastatakse olulist osa pikaajalise hoolduse kuludest riiklikust ravikindlustusest. Tabel 3 on toodud kahe Euroopa riigi pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustuse süsteemi rahastamise reeglite ülevaade.

TABEL 3. SAKSAMAA JA LUKSEMBURGI PIKAAJALISE HOOLDUSE SOTSIAALKINDLUSTUSE ÜLEVAADE .

	Saksamaa	Luksemburg
Kindlustuse korraldus	<p>Pikaajalise hoolduse kindlustus on eraldi kindlustus, kuid seotud tervisekindlustusega. Alates 2009. aastast on kindlustus kohustuslik kõigile kodanikele. Samas on kohustusliku sotsiaalkindlustuse kõrval võimalik valida ka kohustuslik erakindlustus. Finantseeritavad hüved on samad.</p> <p>Pikaajaline hooldus on vajaduspõhine, ei rakendata sissetuleku- või vara testi, kuid on ka omaosalus.</p> <p>(Pikaajalise hoolduse kindlustuse kõrval on ka eelarve üldistest tuludest rahastatav hoolekanne nendele, kes ei</p>	<p>Pikaajalise hoolduse kindlustus on eraldi kindlustus, kuid seotud tervisekindlustusega.</p> <p>Kindlustus on kohustuslik kõigile kodanikele. Pikaajalise hooldus on vajaduspõhine, ei rakendata sissetuleku- või vara testi, kuid on omaosalus.</p>

ole teinud kindlustuse sissemakseid kuid kes vajavad pikaajalist hooldust.)

Kindlustuse katvus	Kodanikud on kohustuslikult kaetud pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustusega, kuid võimalik sotsiaalkindlustuse asemel kindlustada erakindlustusandja juures (ligikaudu 11% kindlustusvõtjatest). Kindlustuskaitseks on vaja teha sissemakseid 2 aastat (laste puhul arvestatakse vanemate sissemakseid).	Kõik hõivatud (töötajad ja iseendale tööandjad) on kohustuslikult kaetud pikaajalise hoolduse kindlustusega. Avalikest vahenditest on kindlustatud ka need, kes ei saa töötada. Kindlustuskaitse ja õigus hüvedele tekib esimesest päevast ilma ooteperiодita. Kohustuslikult kindlustamata inimesed (nt. ettevõtjad) saavad kindlustada ennast vabatahtlikult, kuid rakendub 1 aastane ooteperiод.
Rahastamine	Sissemakseid teevad töötajad ja tööandjad võrdselt töötaja töise tulu pealt. Sissemaksed suurenevad: 2017 aastal oli maksemäär 2,55%, 2021 aastal 3,05. Samas lastetud kindlustusvõtja maksavad 0,25 protsendipunkti võrra suuremat sissemakset. Lapsed ja abikaasad on samuti kindlustatud ilma täiendava sissemakseta, kui nende tulu on väiksem kui 450 €/kuus. Jooksvalt rahastatav süsteem; samas alates 2015. aastast 0,1 protsendipunkti sissemaksetest suunatakse eelrahastamisse.	1,4% töötajate ja iseendale tööandjate töise tulu ja sotsiaalkaitse-sotsiaalkindlustuse asendussissetulekust. Lisandub ligikaudu 40% kulude eelarvest riigieelarve üldistest tuludest. Jooksvalt rahastatav süsteem.
Finantsiline jätkusuutlikkus	Rahvastiku vananemise tõttu pikaajaline finantsiline jätkusuutlikkus väljakutse. Seda võimendab kindlustuse jagamine sotsiaalkindlustuse ja erakindlustuse vahel – suurema sissetulekuga ja väiksemate hoolduse riskiga inimesed eelistavad pigem erakindlustust, mis vähendab sotsiaalkindlustuse rahastamist. Sealhulgas avalikest vahenditest subsideeritakse erakindlustust. Hinnatakse, et ühtne süsteem aitaks paremini riske juhtida ja finantseerida.	Prognooside järgi institutsionaalse hoolduse vajadus suureneb 3,1% ja koduhoolduse vajadus 2,7% aastaks 2045. Rahastamissüsteem on tasakaalus kuni 2035. aastani (kuni 2027. aastani ka ülejäägis, peale mida reservid vähenevad ja peale 2035. aastat on rahastamine puudujäägis).

Allikas: (Gerlinger, 2018), (Pacolet & Wispelaere, 2018), [MISSOC Comparative Tables, 2021](#)

Riikide näited osutavad veel olulisele sotsiaalkindlustuse aspektile – pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustus on tüüpiliselt jooksvalt rahastatav. Samas on sotsiaalkindlustusmaksetest võimalik koguda ülejääki, mis võimaldab eelrahastada tulevaste perioodide suuremaid kulusid.

1.5.1. Pikaajalise hoolduse erakindlustus

Valdavalt on pikaajalise hoolduse kindlustus avaliku sektori sotsiaalkindlustuse osa. Samas osades riikides pakuvad erakindlustajad täiendavat (nt. USA) või asendavat (nt. Saksamaa) pikaajalise hoolduse kindlustust, mis kas hüvitavad pikaajalise hoolduse kulud või tagavad inimesele sissetuleku hüvitise näol pikaajalise hoolduse kulude katmiseks. Samas erakindlustuse panus pikaajalise hoolduse rahastamisel on praktikas väheldane (Costa-Font et al., 2017). OECD andmetel on erakindlustuse osakaal pikaajalise hoolduse rahastamisel suurim USA ja Jaapanis, vastavalt 5% ja 7% kuludest (OECD 2011). Samuti on kindlustuse katvus tüüpiliselt väike – suurima katvusega riik Euroopas on Prantsusmaa, kus katvus OECD hinnangul on ligikaudu 15% 40 aastast ja vanemast elanikkonnast (OECD 2011). Kuigi Eestis olulise osa pikaajalise hoolduse kuludest katavad inimesed omast taskust, siis erakindlustuse panus on väheldane – OECD hinnangul vähem kui 0,1% rahastamisest.

Ka riikides, kus avaliku sektori panus pikaajalise hoolduse rahastamisse on väheldane, on pikaajalise hoolduse erakindlustus vähe levinud – inimestel on väike valmisolek maksta kindlustuse eest ning kindlustusandjatel on keeruline ennustada riski kaitseks tulusid ja kulusid.

Riikide – eelkõige USA – kogemuse järgi piirab pikaajalise hoolduse erakindlustuse kujunemist järgmised tegurid (Colombo et al., 2011; Costa-Font & Courbage, 2012; Eling & Ghavibazoo, 2019; Fernandez et al., 2011; Lambregts & Schut, 2020).

1. Inimeste teadlikkus pikaajalisest hooldusest on väheldane ning teadlike ja inimesele kasulike valikute tegemiseks on finantsiline kirjaoskus piiratud, mis muuhulgas päädib kindlustusvõtjate püsimatusega kindlustuse ostmisel.
2. Inimestel on kalduvus alahinnata pikaajalise hoolduse riski. Pikaajalise hoolduse kindlustuse ostmist nähakse riskantse investeeringuna, mitte hoolduskulude riski vähendamisenä. Samuti nooremad eelistavad pigem teha kulutusi perekonna eluasemele ja laste koolitamisele. Vanuse ja pikaajalise hoolduse riski kindlustamist lükatakse kõrge eani, mil samas kindlustusmaksed on suuremad ja juurdepääs kindlustusele on väiksem.
3. Inimestel on keeruline hinnata pikaajalise hoolduse vajadust, kuna hinnatav risk on vähetõenäoline, suurema tõenäosusega kaugemas tulevikus ja hooldusvajaduse ulatus on teadmata. Samas kindlustust soovivad osta pigem inimesed, kes oma tervise või puude tõttu on veendunud, et vajavad tulevikus hooldust, või paremal järjel inimesed.
4. Inimestel sageli puudub isiklik kogemus ning pigem on kogemus mitteametliku hooldusega, mis muuhulgas ajendab lootma lähedaste toele, mitte kindlustusele ja teenustele.
5. Inimesed ise eelistavad hooldust lähedastelt inimestelt. See vähendab valmisolekut kindlustust osta, sest siis lähedased pigem loodavad, et hooldamise kohustus on kindlustusel ja teenuse osutajal, mitte lähedastel (so. perekonnasisene moraalirisk).
6. Inimeste valmisolekut kindlustust osta vähendab juurdunud ulatuslik avaliku sektori sotsiaalkaitsevõrk. Inimesed eeldavad, et pikaajalise hoolduse vajadusel aitab neid riigi sotsiaalkaitseüsteem. Kui avalikke teenuseid pakutakse neile, kellel puuduvad säästud või erakindlustus, siis vähendab see valmisolekut säästa või osta kindlustust hoolduskulude katmiseks.

Inimeste käitumuslikud aspektid mõjutavad otseselt pikaajalise hoolduse kindlustuse disaini, mille väljakutsed on samuti mõjutanud erakindlustuse turu arengut ja kindlustuse pakkumist (Colombo et al., 2011; Costa-Font & Courbage, 2012; Eling & Ghavibazoo, 2019; Fernandez et al., 2011).

1. Kindlustusandjal on keeruline ennustada tulevaseid kulusid, sest pole teada, kui paljud vajavad pikaajalist hooldust ning kui suured on pikaajalise hoolduse kulud. Samas on inimestel madal valmisolek maksta kindlustuse eest. Seetõttu on keeruline prognoosida investeeringu tootlikkust, mille tulemusena kindlustusandja eeldab kõrgeid kindlustusmaksid või vähem heldeid hüvesid, mis omakorda vähendab kindlustuse väärtust kindlustusvõtjale.
2. Erakindlustuse eelis avaliku sektori kindlustuse ees on suurem valikuvabadus riski kaitse ja kindlustusmaksete osas. Suurem valikuvabadus kulude ja hüvede osas võiks suurendada kindlustuse katvust ja heaolu. Samas on diferentseeritud kindlustustoodete pakkumine takistatud

eeltoodud vähese riski ennustatavuse pärast. Seetõttu diferentseeritud kindlustustoodete vahel valimine on kindlustusvõtjale keeruline, mis vähendab nõudlust kindlustuse järele.

3. Kindlustuspreemiate ja kindlustuskaitse arvestamise muudab keerulisemaks ka asümmeetriline informatsioon ja kahjulik valik (i.k. adverse selection). Selle järgi suurema hoolduse vajadusega inimesed kindlustavad ennast suurema tõenäosusega ja ulatuslikumalt, millega kindlustusandjale kaasnevad suuremad kulud. Samuti kaasneva moraalariski tõttu kindlustatud inimesed ootavad rohkem hüvesid kui nemad ootaks ilma kindlustamata, mis suurendab pikaajalise hoolduse vajaduse ette ennustamise keerukust. Kindlustusandjad võivad seetõttu piirata juurdepääsu kindlustusele, mis küll omakorda vähendab võimalusi ja valmisolekut kindlustust osta.
4. Kindlustuse pakkumist mõjutab solidaarsuse ulatus, riskide jagamise ulatus süsteemis. Kindlustus võtab arvesse, et vanemate põlvkondade valmisolek maksta kindlustuse eest on suurem kui noorematel põlvkondadel, sest hindavad hoolduse vajadust tõenäolisemaks. Madalama sissetulekuga inimesed peavad tegema suhteliselt suuremaid sisse makseid kui suurema sissetulekuga inimesed, mis mõjutab nende valmisolekut kindlustust osta.
5. Sarnaselt avaliku sektori sotsiaalkindlustuse või -kaitse mudelitele on erakindlustusel sageli finantsilise jätkusuutlikkuse risk, kuna kindlustuspakkujatel on keeruline koguda tulusid, mis kataks praegu ja tulevikus olulise osa pikaajalise hoolduse kuludest.

Eeltoodu on ajendanud avalikku sektorit otsima võimalusi, kuidas soodustada pikaajalise hoolduse erakindlustust. Peamiseks meetmeks on avalikud siirded läbi maksusoodustuste (nt. Hispaania, Austria), kindlustuslepingu lõpetamise tingimuste reguleerimine (nt. Saksamaa), grupi kindlustus (nt. Prantsusmaa) või tagatissüsteemi juurutamine, mis tagab kindlustusvõtjale hüved ka siis kui kindlustusandja ei suuda oma kohustusi täita (nt. USA) (Costa-Font & Courbage, 2012).

Pikaajalise hoolduse kindlustustoote pakkumise väljakutsed on ajendanud praktikas ka kombineerima erinevate riskide kindlustust või laiemalt erinevaid kogumisteenuseid. Tüüpiliselt kombineeritakse pikaajalise hoolduse riski kindlustust sarnaste riskide kindlustusega, näiteks elukindlustusega (nt. Prantsusmaa). Selline riskide kombineerimine teeb kindlustuspreemiate ja hüved paremini ennustatavaks – näiteks terved inimesed võivad eelistada elukindlustust ja terviseprobleemidega inimesed pikaajalise hoolduse kindlustust, mis aitab vähendada kindlustuse moraalariski ja kahjuliku valiku riski (Murtaugh et al., 2001). Samuti on arvatud, et pikaajalise hoolduse kindlustust peaks kombineerima individuaalse kogumisega, näiteks individuaalsete vanaduse ja tervise kogumiskontodega (nt. USA, Singapur). Osad analüüsid argumenteerivad, et kindlustuse informatsiooni asümmeetriat ja finantsilise jätkusuutlikkuse riski arvestades on optimaalseim siduda pikaajalise hoolduse rahastamine/kindlustus kindlaksmääratud sisse maksega (i. k. defined contribution) vanaduspensionis skeemidega (Pla-Porcel et al., 2017; Vidal-Melia et al., 2020, p.).

Pikaajalise hoolduse kindlustust seotakse teiste riskide kindlustustega, eelkõige elukindlustustega tulenevalt pikaajalise hoolduse kindlustuse disaini ja nõudluse-pakkumise väljakutsetest.

Täiendavaks lahenduseks peetakse pikaajalise hoolduse kindlustuse sidumist varem kogutud vara kasutamise, mis aitaks eelrahastada tulevaseid kulusid. Eelkõige otsitakse võimalusi, kuidas inimese kinnisvara teisendada sissetulekuks (nt. tagurpidine hüpoteek), mille eest tasuda otse pikaajalise hoolduse kulude eest või võimaldab teha sisse makseid pikaajalise hoolduse kindlustusse (nt. Rootsi, Taani, Iirimaa (Nursing Home Loan), Hispaania). Küll aga kinnisvara hinna muutlikkus, kinnisvara müüdavus-ostetavus ja inimeste valmisolek kinnisvara müüa või vahetada (sealhulgas ootus parandada kinnisvara pigem lähedastele) piirab selliste erakindlustust ja erarahastamist toetavate meetmete kasutamist (Costa-Font & Courbage, 2012). Horvaatia küsitluse näitel on suurimad takistused kinnisvara tagurpidi hüpoteegi juurutamisel eakate emotsionaalne kiindumine kinnisvarasse kui kodusse ja tugevad perekondlikud sidemed, samas ka finantskirjaoskus, kinnisvaraturu ja pikaajalise hoolduse turu läbipaistmatus ja usaldusvääratus, ootus ja usk, et vajaduse ilmnemisel aitab avalik sektor, kinnisvaraturu nõudluse-pakkumise stabiilsus (Bađun & Krišto, 2020). Praktikas ei ole erakindlustajad riikides selliseid rahastamisi

skeeme välja arendanud. Kuigi Hispaania näitel on leitud (Martinez-Lacoba et al., 2020), et kui riigis on elanike ja eakate seas suur kinnisvara omanike osakaal, võiks riigi toel kinnisvara tagurpidi hüpoteegi juurutamine tagada pikaajalisele hoolduse rahastamiseks täiendavalt 0,73% SKPst.

1.6. Pikaajalise hoolduse rahastamise mudelite tugevused ja nõrkused

Riikide kogemus näitab, et erinevatel rahastamismudelitel on omad tugevused ja nõrkused, mis on kokkuvõtlikult kirjandusele tuginedes esitatud järgmises tabelis (vaata ka Tabel 4). Siinjuures on oluline meeles pidada, et riikides pigem kombineeritakse erinevaid rahastamise modelid. Sealhulgas ka Eesti praegune pikaajalise hoolduse süsteem kombineerib sotsiaalkindlustuse makseid riigieelarve üldiste tuludega, millele suhteliselt madala rahastamise taustal lisandub inimese omaosalus. Sellest tulenevalt laienevad Eesti pikaajalise hoolduse süsteemile eelkõige sotsiaalkindlustuse ja sotsiaalkaitse mudelile omased tugevused ja nõrkused.

Usutavasti võiks iga riigi jaoks olla optimaalseim kombineeritud süsteem, kus ühe mudeli tugevused ja nõrkused kompenseerivad ja tasandavad teise mudeli omasid. Samas mudelite kombineerimise optimaalse lahenduse kohta tõsikindlad järeldused puuduvad. Siinjuures ka süsteemide halduskulude hinnangud on erinevad pigem tulenevalt erinevast kulude hindamise metoodikast kui tegelikest erinevustest halduskuludes⁵. Seonduvalt puuduvad ka hinnangud, kas säästlikum on avaliku sektori monopoolsem sotsiaalkindlustus, mis võib olla tõhusam tänu mastaabisäästule, või kas säästlikum on erasektori paljude pakkujatega kindlustusturg, mis võib-olla tõhusam tänu konkurentsile ja kasumiootusele. Teisalt ka Ozbugday et al. (2020) argumenteerivad oma analüüsis, et pikaajalise hoolduse süsteemides on suurenenud tõhusus tulenevalt tehnoloogilisest muutustest, kuid süsteemi tõhusamaks muutmisega ei ole võimalik ületada finantsilist survet, mis tuleneb hooldusvajaduse kasvust.

TABEL 4. PIKAAJALISE HOOLDUSE RAHASTAMISE SÜSTEEMIDE HEAD JA VEAD KIRJANDUSÜLEVAATE JÄRGI.

Rahastamismudel	Tugevused	Puudused	Näidisriigid
Sotsiaalkaitse: eelarve tuludest, eelkõige maksutuludest rahastamine	Laiem tulubaas, mis ei sõltu ainult tööjõumaksudest vaid ka teistest maksubaasidest. Hoolduse mahtu ja kvaliteeti võimalik kohendada tulude ja kulude järgi. Puudub maksetest sõltuv ooteperiood – hüvesid võimalik saada kohe abivajaduse tekkimisel. Hooldust pakutakse nendele, kes seda vajavad. Universaalsem katvus, mis arvestab sissetuleku ja vara ebavõrdsust	Puudub otsene seos kogutavate tulude ja hoolduse kulude vahel. Haavatav eelarvevõimalustest; hüvede pakkumine võib sõltuda hetke eelarvevõimalustest ja see võib omakorda mõjutada valmisolekut maksta kõrgemaid makse. Tüüpiliselt jooksev rahastamine, kuid võimalik eelrahastamine ja ülejäägi kogumine. Vähem stiimuleid kontrollida finantsilist jätkusuutlikkust. Kui maksusüsteem on kaldu tööjõumaksude poole, siis rahastamine tööga seotud maksudest võib vähendada töömotivatsiooni, vähendada säästmist ja tarbimist.	Rootsi, Taani (teenused) Austria, Tšehhi (teenused ja toetused).
Sotsiaalkindlustus: sotsiaalkindlustuse	Otsene side sissetulekute ja hooldusele tehtavate kulude vahel, mis muuhulgas võib	Hüvede pakkumine on pigem jäik – hüvede maht, kvaliteet ja	Saksamaa, Luksemburg, Belgia, Holland.

⁵ Näiteks Austrias hinnati 2017. aastal pikaajalise hoolduse süsteemi halduskulude suuruseks 3%, samas Eestis tervelt 7-10% kuludest (OECD 2020). Eesti halduskulud on siin tõsikindlamalt üle hinnatud, sest Eurostati järgi sotsiaalkaitse kuludest tervikuna on meil halduskulud ligi 1%, EL riikides kokku aga 3%.

<p>maksetest rahastamine</p>	<p>suurendada valmisolekut maksta sissemaksid. Peaks tagama ennustatava ja usaldusväärse rahastamise. Võib vähendada stigma hoolduse saamisel, sest hüved on välja teenitud. Tüüpiliselt kohustuslik sotsiaalkindlustus vähendab kahjuliku valiku mõju. Sissetulekust sõltuvad proportsionaalsed sissemaksed on pigem taskukohased ja panustajate ring on lai. Tagab ulatuslikuma riskide kaitse kui vabatahtlik erakindlustus.</p>	<p>innovatiivsus sõltub kogutud piiratud ressursidest. Piiratud maksubaas töajookulude näol võib viia alarahastamiseni. Tüüpiliselt on jooksev rahastamine. Põlvkondade vaheline riskide jagamine võib-olla keeruline rahvastiku vananemise taustal. (Samas võimalik ka eelnev rahastamine pikaajaliseks finantsiliseks jätkusuutlikkuseks, sealhulgas selleks maksubaasi laiendamine (näiteks sissemaksed tarbimiselt)). Töajookuludelt arvestatavad sissemaksed mõjutavad töömotivatsiooni, vähendavad töajoomahuka tegevuse konkurentsivõimet. Kui katvus sõltub hõivest, siis mittetavapärased ja ebakindlalt hõivatud võivad jääda hoolduse hüvedeta.</p>	
<p>Erakindlustus: inimeste maksetest rahastamine</p>	<p>Peaks tagama ennustatava ja usaldusväärse rahastamise. Tulud ja kulud peaksid olema pikaajaliselt tasakaalus, sealhulgas tulevasi kulusid eelrahastatakse. Kindlustusandjatel stiimul juhtida kulusid jätkusuutlikult. Teoreetiliselt mitte seotud ja neutraalne avaliku sektori eelarvest (samas avalik sektor reguleerib ja võib-olla siirdeid, toetusi avalikust sektorist). Pakub riskide kaitset inimestele, kes ei ole kaetud näiteks avaliku sektori sotsiaalkaitsega või sotsiaalkindlustusega. Pakub (nt. heldemat, paindlikumat) kindlustuskaitset lisaks avaliku sektori garantiidele, hüvedele.</p>	<p>Piiratud tulubaas, kui rahastatakse ainult teiselt tulult. Info asümmeetria ja seonduva käitumise tõttu vabatahtliku kindlustuse puhul kindlustamine pole juhuslik, mis mõjutab tulusid ja kulusid (kahjulik valik). Kindlustusrisi hindamine ja prognoosimine on keeruline, mis mõjutab kindlustusmaksid ja valmisolekut maksta kindlustuse eest. Kindlustamise tervisekontrollid lisavad süsteemi kulusid ja jätab katteta suurema riskiga inimesed (eakad, kroonilised terviseprobleemid). Kindlustuskaitse ei pruugi olla taskukohane abivajajatele, sealhulgas kindlustuse tulude ja kulude keerulise ette-ennustatavuse pärast. Eelrahastamine näeb ette ooteaja, mis mõjutab riski kaitse katvust. Kindlustuskaitse võib varieeruda sõltuvalt sissetulekute varieerumisest. Võib vajada avaliku sektori siirdeid, et tagada kaitse mitteaktiivsetele, väikese sissetulekuga inimestele, suurema hooldusvajaduse riskiga inimestele, või laiemalt finantsiliseks jätkusuutlikkuseks.</p>	<p>USA, Jaapan (kuid kogu rahastusest katab väikse osa).</p>

Allikas: (Rodrigues, 2015) (Eling & Ghavibazoo, 2019)

Pikaajalise hoolduse rahastamise süsteemide väljakutsed peegeldavad laiemat sotsiaalkaitse süsteemide muutusi. Sotsiaalkaitse süsteemide muutuste kontekstis on ka osutatud, et pikaajalise hoolduse rahastamise

mudelid on muutunud sarnasemaks. Colombo ja Mercier (2012) leiavad oma süsteemide võrdlevas analüüsis, et OECD riigid on liikunud universaalse katvusega vajaduspõhise eelarve üldistest tuludest rahastatud sotsiaalkaitse süsteemi poole. Selline arengulugu on tulenenud sellest, et inimese sissetulekust või varast sõltuvad sotsiaalkindlustussüsteemid ning vaid minimaalset kaitset kõige suuremas puuduses olevatele inimestele pakkuvad süsteemid on ühiskondade jaoks olnud pigem ebaõiglased ning abivajadus on rahvastiku vananemise tõttu järjest suurenenud. Samuti leiavad autorid, et kuigi universaalsema katvusega sotsiaalkaitse on laienenud, siis omaosalus ja oma taskust makstavad kulud on jätkuvalt olulised. Sarnaselt hindab ka Riedel koos kolleegidega (2016), et Euroopas süsteemides õigus hooldusele tuleneb järjest enam abivajadusest ning harva rakendatakse sissetuleku või vara hindamist. Kuigi tüüpiliselt riikides kombineeritakse erinevaid rahastamise mudeleid, siis samas on leitud (Kattenberg & Bakx, 2021), et pikaajalise hoolduse fragmenteeritud rahastamine piirab võimalusi hoolduse kulusid kontrollida, sest ühest allikast hüvede piiramisel soovitakse saada hüvesid teisest allikast.

2. Eesti pikaajalise hoolduse rahastamise väljavaated

Eesti avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele jagunevad sotsiaalkindlustuse ja sotsiaalkaitse vahel – jooksvalt rahastatud ravikindlustusest rahastatakse hooldusega seotud tervishoiuteenuseid (näiteks koduõendusteenus, iseseisev statsionaarne õendusabi), jooksvalt rahastatud sotsiaalkaitsest hooldusega seotud hoolekandeteenuseid (näiteks institutsionaalsed ja toetavad erihoolekandeteenused, väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus). Siinjuures teenuste korralduse järgi jagavad teenuste osutamist ja seeläbi ka kulusid keskvalitsus läbi Sotsiaalkindlustusameti (erihoolekandeteenused) ja kohalikud omavalitsused (nt. hooldus hoolekandetasutuses). Järgnevalt arutatakse Eesti pikaajalise hoolduse rahastamise väljavaateid keskendudes järjekorras rahastamise tasemele, jooksvale- ja eelrahastamisele, rahastamise viisile ja rahastamise allikatele.

2.1. Pikaajalise hoolduse rahastamise tase peab suurenema

Eurostati võrdlusandmete järgi (Eurostat, tabel hlth_sha11_hchf) kulutatakse Eestis pikaajalisele hooldusele ligi 0,7% SKPst (172,4 miljonit EUR). Sellest avalikud vahendid moodustavad ligi 0,4% SKPst (98,62 miljonit EUR) – ravikindlustuse sotsiaalmaksu osast rahastatakse u 87 miljonit EUR ja sotsiaalhoolekandest riigieelarve üldistest tuludest u. 12 miljonit EUR. Pikaajalise hoolduse teenuste rahastamise eest peavad vastutama ka inimesed ja nende pereliikmed, mis moodustab ligi 0,3% SKPst – inimeste-leibkondade omakulud on u. 73 miljonit EUR.

Eesti avalikud kulutused pikaajalise hoolduse kulud on väiksemad kui OECD ja EL riikides keskmiselt. Avaliku sektori pikaajalise hoolduse teenuste mahu ja kvaliteedi parandamiseks on tarvilik suurendada avaliku

Kui Eesti avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele suurenevad OECD või EL riikide keskmisele tasemele või kulud suurenevad tulenevalt rahvastiku vananemisest ja teenuste suuremast pakkumisest, siis Eesti sotsiaalkaitse kulud SKPst jäävad võrreldes EL riikidega tagasihoidlikuks.

sektori kulutusi. Pikaajalise hoolduse kulusid suurendab järgmistel kümnendil rahvastiku vananemine ja sellega kaasnev pikaajalist hooldust vajavate inimeste arvu kasv. Euroopa Komisjoni (European Commission, 2021a) viimase prognoosi stsenaariumite järgi suurenevad Eesti avaliku sektori pikaajalise hoolduse kulud tasemeni 0,5% arvestades rahvastiku vananemist ning tasemeni 2,2% SKPst arvestades lisaks vananemisele ka avaliku sektori panuse teiste EL riikidega sarnasele tasemele aastaks 2050.

Pikaajalise hoolduse kulude kasv samas ei suurenda väga palju sotsiaalkaitse kulutusi tervikuna. Suurendades Eesti pikaajalise hoolduse kulusid praeguselt tasemelt OECD või EL riikide keskmisele tasemele jääksid Eesti sotsiaalkaitse kulud tervikuna ikkagi väiksemaks kui liikmesriikides keskmiselt. Näiteks, kui Eesti avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele suureneksid

praeguselt tasemelt 0,4% SKPst EL riikide keskmise tasemeni 1,3 % SKPst, siis pea kolme kordne pikaajalise hoolduse kulude kasv suurendaks sotsiaalkaitse kulusid kokku praeguselt tasemelt 16,4% SKPst (Eurostat, tabel tps00098) tasemeni 17,3% SKPst. Ligi ühe protsendipunktilise kasvu järel jääks Eesti sotsiaalkaitse kulutused ikkagi märgatavalt alla EL liikmesriikide keskmisele sotsiaalkaitse kuludele, mis on 27,9% SKPst, ning võrreldavaks OECD riikide sotsiaalkaitse kulutuste keskmise tasemega. Sellest tulenevalt Eesti heaolusüsteemi kulused ja valitsuse kulused laiemalt jääks iseloomustama avaliku sektori väike panus ja ümber jagamine.

2.2. Pikaajalise hoolduse suuremad kulud vajavad eelrahastamist

Rahvastiku vananemise tõttu suurenev hooldusvajadus ja suurenevad kulud ajendavad kaaluma kuivõrd jooksvaid kulusid rahastada jooksvatest tuludest (i. k. pay-as-you-go) ja kuivõrd eelrahastada tulevaseid kulusid (Iparraguirre, 2020; Lassila & Valkonen, 2004). Eestis rahastatakse pikaajalise hoolduse avalikke kulusid jooksvalt. Kuigi olulise osa pikaajalise hoolduse kuludest rahastatakse ravikindlustusest siis meie solidaarsel sotsiaalkindlustuse põhimõttel toimiv tervishoiurahastamine ei ole eelrahastatud kindlustus (ning pigem on ka tõdetud, et tervishoiu rahastamisel on pikaajalise finantsilise jätkusuutlikkuse risk (vaata ka Laurimäe et al., 2020)). Eesti praeguses süsteemis kogutakse praeguste maksude ja maksetega vahendid

praegustele hooldust vajavatele hoolduse kulude katmiseks. Selline rahastamine tagab põlvkondade vahelise solidaarsuse, sest pigem pikaajalist hooldust vajavate põlvkondade hoolduse kulud katavad praegu pigem majanduslikult aktiivsed, kes ise hooldust ei vaja. Solidaarsust juurutab ka hüvede universaalne katvus, mis tagab hoolduse kõigile abivajajatele, kuigi osaliselt tuleb kulusid katta ka omavahenditest.

Jooksva rahastamise puudused avalduvad aga kõige ilmsemalt olukorras, kus rahvastiku vanuselise struktuur muutub ning rahvastiku vananemise tõttu süsteemi panustajate ja hüvede kasutajate osakaal ei taga piisavat pikaajalist rahastamist (Lassila & Valkonen, 2004). Tavapäraseks lahenduseks on juurutada eelrahastamine, mis vähemalt osaliselt kataks tulevased suuremad kulud. Eelrahastamisel praegu hõivatud elanikud rahastavad praegustest maksudest ja maksetest enda ja enda põlvkonna tulevase pikaajalise hoolduse suuremaid kulusid. Eelrahastamise tavapäraseks võimalusteks on ülejäägiga kogutud vahendid sotsiaalkaitstes, sotsiaalkindlustuses või erakindlustuses, või inimeste omavahenditest kogutud säästude ja vara kasutamine, ka näiteks läbi kinnisvara tagurpidi hüpoteegi (Costa-Font et al., 2017).

Eesti pikaajalise hoolduse rahastamise süsteemis põhimõtteliselt ei ole eelrahastamise osa ning kulusid rahastatakse jooksvalt. Samas tinglikult võib eelrahastamise osaks pidada Eesti kogumispensionide süsteemi. Eestis pikaajalise hoolduse kuludest ligi 40% tasuvad inimesed ja leibkonnad omast taskust. Omast taskust tasutakse kas mitteametliku hoolduse eest, tulenevalt avaliku sektori hüvede pakkumise mahust, või sotsiaalhoolekande teenuste omaosaluse eest. Neid kulusid võib aidata katta inimese teised tulud ja varad, aga ka kogutud vanaduspension ja pensionikindlustuse tulud.

Teiste riikide kogemus osutab peamiselt kahele võimalusele eelrahastada prognooside järgi suurenevaid avaliku sektori pikaajalise hoolduse kulusid. Esiteks, eelrahastamine on võimalik nii rahastades pikaajalist hooldust riigieelarve üldistest tuludest kui ka sotsiaalkindlustusest. Sotsiaalkaitstes või sotsiaalkindlustuses tähendab see kindla osa tulu reservi arvestamist, mis suurendab põlvkonnasisest vastutust pikaajalise hoolduse tuleviku kulude rahastamisel. Näiteks, Saksamaal suurendati 2015. aastal tööjõukuludelt arvestatavaid sissemakseid pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustusse 0,1 protsendipunkti võrra, et koguda ülejääki suuremate kulude katmiseks peale 2035. aastat⁶.

Eestis rahastatakse suuremas osas vanusega ja tervisega seotud avalikke hüvesid sotsiaalkindlustusmaksetest, aga ka teistest tööjõumaksudest. Tööjõumaksude- ja maksete suurendamine on ühest küljest lihtne viis ravikindlustuse ja sealhulgas pikaajalise hoolduse rahastamist suurendada, kuid teisest küljest suurenevad tööjõukulud võivad vähendada töömotivatsiooni ja konkurentsivõimet. Samas pikaajalise hoolduse eelrahastamiseks on võimalik laiendada maksubaasi ja kasutada teisi allikaid. Siinjuures näiteks tarbimise maksustamine pikaajalise hoolduse suuremate tulevaste kulude katmiseks suurendab ka vanemaealiste põlvkondade solidaarset panust. Näiteks Portugalis rahastatakse sotsiaalkaitse kulutuste reservi tervikuna osana käibemaksu tulust (Rodrigues, 2015). Eestis sõltub pikaajalise hoolduse eelrahastamise tulu allika valik eelkõige üldisest maksustruktuurist ja seonduvatest maksupoliitika valikutest. Kuna võrreldes teiste OECD ja EL riikidega on meil suhteliselt suur osakaal kaudseid makse ja suhteliselt väike osakaal varamakse, siis ehk just viimaste täiendav maksustamine võimaldaks eelrahastada pikaajalise hoolduse kulusid selliselt, et suuremad tööjõumaksud ei mõjutaks liialt töömotivatsiooni ja tööjõu konkurentsivõimet.

Teiseks võimaluseks eelrahastada pikaajalise hoolduse kulusid on kapitaliseeritud erakindlustus. Samas teiste OECD ja EL riikide praktika osutab, et kapitaliseeritud erakindlustuse turg ei ole tüüpiliselt üheski riigis välja kujunenud selliselt, et see tagaks piisava ja jätkusuuliku pikaajalise hoolduse rahastamise. Näiteks

Tulevaste põlvkondade kulutused pikaajalisele hooldusele on suuremad. Tuleviku suuremate kulude eelrahastamiseks on võimalus koguda nii praeguste suuremate sotsiaalkindlustuse maksetega kui ka üldiste eelarvetuludega.

⁶ Lisaks suurendab Saksamaa süsteemis jätkusuutlikkust sissemaksete kogumine vanaduspensionide ealistelt ning sissemakse suuruse sõltuvus laste arvust.

USAs, kus on suhteliselt väikesed sotsiaalkaitse ja keskmised pikaajalise hoolduse kulud ning samas küllalt hästi arenenud kindlustusturg, rahastatakse pikaajalise hoolduse kuludest vaid 7% erakindlustusest.

Eelrahastatud kindlustussüsteemi juurutamise väljakutseks on piisavalt täpne riskide kindlustusstatistiline hindamine, mis tagaks inimeste kindlustusmaksete väärtuse võrdsuse pikaajalise hoolduse süsteemist rahastatavate hüvede väärtusega tulevikus. Siinjuures keeruline hinnastamine suurendab sissemakseid, mis taaskord vähendab valmisolekut maksta ning kindlustuse katvust (näiteks USA näitel on hinnatud, et üle elukaare on keskmine pikaajalise hooldus kulu 172 000 USD (2021. kurssi arvestades u. 14 8327 EUR), kuid see varieerub oluliselt, näiteks 7% juhtudel vähem kui 26 000 USD (2021. kurssi arvestades u. 22 422 EUR) ja samas 7% juhtudel ka üle 500 000 USD (2021. kurssi arvestades u. 431183 EUR) (PWC 2018)). Praktikast tähendab see seda, et kindlustusandjad eelistavad pakkuda pigem elu-, tervise- või pensionikindlustust, mis vähemalt osaliselt võib katta ka pikaajalise hoolduse riski, mitte aga kitsalt pikaajalise hoolduse riski kindlustust.

Seega ka Eestis aitab pikaajalise hoolduse tulevasi suuremaid kulusid vähemalt osaliselt eelrahastada kogumispensionid. Kuid tulenevalt pensionide prognoositavast suhteliselt tagasihoidlikust suuruselt ja pikaajalise hoolduse teenuse võimalikest suurtest kuludest ei saa kogumispension olla pikaajalise hoolduse (eel-)rahastamisel väga oluline allikas. Sellest tulenevalt avaliku sektori tulevasi suuremaid pikaajalist hoolduse kulusid aitab katta eelrahastamine sotsiaalkindlustusest või eelarve üldistest tuludest.

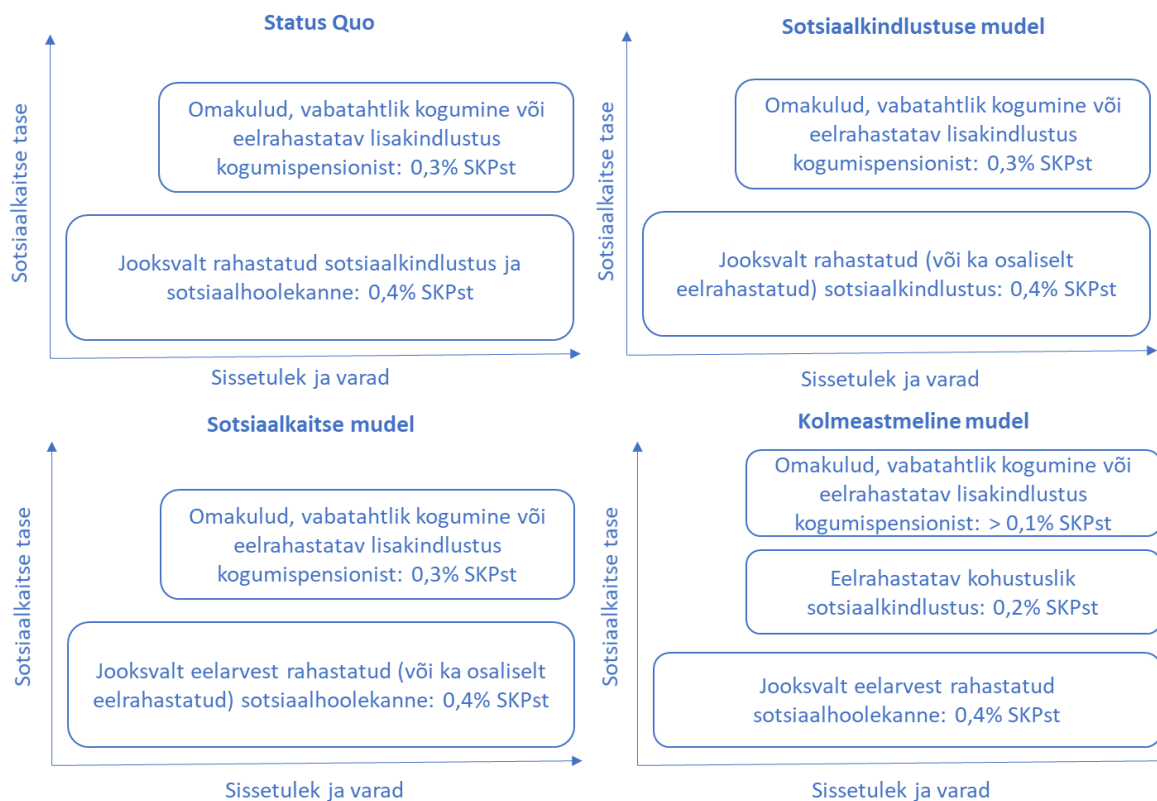
2.3. Pikaajalise hoolduse rahastamiseks saab ka edaspidi kasutada kombineeritud mudelit

EL ja OECD riikide pikaajalise hoolduse rahastamise süsteemides kombineeritakse eelarve üldistest tuludest rahastatavat sotsiaalkaitset, maksetest rahastatavat sotsiaalkindlustust ja inimeste omasaolust. Sealhulgas valdavas osas Euroopa Liidu ja OECD riikides ei ole pikaajaline hooldus funktsioonilt või rahastamiselt eristuv sotsiaalkaitse haru. Mõnes üksikus riigis siiski pikaajaline hooldus eristub teistest sotsiaalkaitse valdkondadest – näiteks Saksamaal rahastatakse suuremas osas pikaajalist hooldust eraldi läbi kohustusliku pikaajalise hoolduse kindlustuse. Eesti pikaajalise hoolduse rahastamise mudelis samuti kombineeritakse peamiselt sotsiaalmaksust rahastatavat ravikindlustust ja riigieelarve üldistest tuludest rahastatavat sotsiaalhoolekannet. Erinevatel rahastamise viisidel on omad võimalikud tugevused ja puudused, mis tulenevad sellest, kuidas kombineeruvad sotsiaalkaitse, sotsiaalkindlustuse ja erakindlustuse tugevused ja nõrkused, mida käsitleti eelmises peatükis toodud riikide kogemuste ülevaates (Tabel 4). Samas teiste riikide kogemusele tuginedes ei saa järeldada, milline rahastamise mudel ja milline sotsiaalkaitse, sotsiaalkindlustuse ja omaosaluse kombineerimine oleks Eesti jaoks kõige tulemuslikum või kulutõhusam.

Rahastamise mudelist otseselt ei sõltu rahastamise praegune või tulevane tase. Teoreetiliselt võib Eesti pikaajalise hoolduse rahastamiseks visandada mudelid, kus praegu nii ravikindlustusest kui ka hoolekandest rahastatavad pikaajalise hoolduse kulud rahastatakse ainult ühest või teisest allikast (**Tõrge! Ei leia viiteallikat.**). Sotsiaalkindlustuse mudeli puhul rahastatakse ravikindlustusest nii praeguseid ravikindlustusest rahastatavaid kulusid kui ka praegu sotsiaalhoolekandest rahastatavaid pikaajalise hoolduse kulusid. Ühest küljest tähendab see praeguse rahastamise süsteemi tulubaasi ühetaolisemaks muutmist, sest kulusid kaetakse tööjõukuludest arvestatavatele maksetelt. Samas kuna Eesti ravikindlustust juba praegu rahastatakse lisaks tööjõumaksetele ka eelarve üldistest tuludest siis mõju tegelikule maksustruktuurile ei pruugi olla kaalukas.

Sotsiaalkaitse mudeli puhul rahastatakse sotsiaalhoolekandest nii praeguseid hoolekande kulusid kui ka praegu ravikindlustusest rahastatavaid pikaajalise hoolduse kulusid. Sellise mudeli puhul rahastamise allikad sõltuvad üldisest maksustruktuurist. Seega ühest küljest pikaajalise hoolduse rahastamine otseselt ei survesta tööjõukuluseid, kuid sõltuvalt tööjõumaksude osakaalust maksusüsteemis tervikuna võivad tööjõukulud kahjustada töömotivatsiooni või konkurentsivõimet sarnaselt sotsiaalkindlustusmudelile.

JOONIS 4. EESTI PIKAAJALISE HOOLDUSE RAHASTAMISE MUDELID.



Allikas: Praxis 2021

Riikide pikaajalise hoolduse rahastamise süsteemides praegu pigem ei ole juurutatud mitme-tasandilise sotsiaalkaitse kontseptsiooni, kus hüvede heldus või omaosalus sõltub inimese panusest. Sealhulgas ka Saksamaal, kus pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustust täiendab erakindlustus, on hoolduse vajadusel inimesel võimalik saada samasuguseid teenuseid või hüvesid. Eesti jaoks võib visandada mitme-tasandilise rahastamise mudeli (joonisel 4 Kolmeastmeline mudel), milles sarnaselt sotsiaalkaitse mudelile suurem osa kuludest kaetakse riigieelarve üldistest tuludest, kuid inimeste ja leibkondade omakulude katteks suurendatakse kohustusliku sotsiaalkindlustuse osa. Siinjuures omast taskust kaetavate kulude riski kindlustamiseks ei soodustata niivõrd kitsalt pikaajalise hoolduse kindlustuse ostmist kui laiemalt vanusega seotud elu- ja tervise riski kindlustamist, sealhulgas läbi avaliku sektori loodud kogumispensionide-pensionikindlustuse süsteemi. Kokkuvõtvalt aga tuleb tõdeda, et teiste riikide kogemusele tuginedes ei saa järeldada, milline rahastamise mudel ja milline sotsiaalkaitse, sotsiaalkindlustuse ja omaosaluse kombineerimine oleks Eesti jaoks kõige tulemuslikum või kulutõhusam.

2.4. Maksud ja maksed

Eesti pikaajalise hoolduse avaliku sektori kuludest suurem osa (ca 87%) rahastatakse kohustuslikust

Pikaajalise hoolduse rahastamine ainult sotsiaalkindlustusmaksetest suurendab tööjõukulusid. Laiem tulubaas võimaldab luua paremini tasakaalustatud maksude-toetuste süsteemi, mis ei tööjõu konkurentsivõimet.

sotsiaalkindlustusest, täpsemalt ravikindlustusest. See peegeldab ka tervikuna Eesti sotsiaalkaitse rahastamist – Eestis tervikuna ligi 75% sotsiaalkaitse kuludest rahastatakse kohustuslikest sotsiaalkindlustusmaksetest, so. sotsiaalmaksust ja töötuskindlustusmaksust, mis on võrreldes EL liikmesriikidega kõige kõrgem tase. Samas kõigi avalike tulude ja maksustruktuuri võrdluses on Eestil OECD riikidega võrreldav tööjõumaksustamise osakaal, samas kõrgem tarbimise ja madalam ettevõtluse ja omandi maksustamine (vaata ka Paulus 2018). Tulenevalt pikaajalise hoolduse kulude suhteliselt väiksest osakaalust sotsiaalkaitse kuludes ja avaliku sektori kuludes üldiselt, siis

pikaajalise hoolduse kulude muutmine väga suurel määral sotsiaalmaksu määra ei mõjuta. Eeldades praegust pikaajalise hoolduse kulude taset siis rahastades kõik avaliku sektori pikaajalise hoolduse kulud riigieelarve üldistest tuludest väheneks sotsiaalmaksu määr tasemele 32%. Samas kui ka praegu riigieelarve üldistest tuludest kaetavad kulud kaetaks sotsiaalmaksust siis sotsiaalmaksu määr suureneks tasemele 33,1%.

Eesti pikaajalise hoolduse rahastamist iseloomustab inimeste ja leibkondade suur omaosalus. Rahastades sotsiaalmaksust täielikult kõik praegused avaliku sektori kulud ja ka leibkondade omast taskust makstavad kulud, siis peaks sotsiaalmaksu määr suurenema tasemeni 34%.

Samas on Eesti pikaajalise hoolduse kulutuste tase oluliselt väiksem võrreldes EL liikmesriikide keskmisega ja ka rahvastiku vananemise tõttu on prognoositud kulude olulist suurenemist sajandi keskpaigaks. Eurostati andmetel on Eesti avaliku sektori pikaajalise hoolduse kulud 0,4% SKPst, samas EL liikmesriikide keskmine avaliku sektori kulutuste tase on 1,28% SKPst. Kui Eesti suurendab avaliku sektori kulutusi 3,2 korda EL riikide keskmisele tasemele ja rahastab avaliku sektori kulusid sotsiaalkindlustuse maksetest ja riigieelarve tuludest praeguses omavahelises proportsioonis, siis sotsiaalkindlustuse kulude katmiseks peaks sotsiaalmaksu määra suurendama tasemeni 35,1%. Kui aga Eesti suurendab avaliku sektori kulutusi sama võrra ja rahastab kõiki avaliku sektori kulusid sotsiaalkindlustusest, sh. ka praegu riigieelarvest rahastatavaid sotsiaalhoolduse kulusid, siis peaks sotsiaalmaksu määra suurendama tasemeni 35,6%.

Euroopa Komisjoni pikaajalise hoolduse rahastamise stsenaariumi järgi, mis võtab arvesse nii rahvastiku vananemist kui ka pikaajalise hoolduse teenuste katvuse ja kulude sarnasemaks muutumist üle EL liikmesriikide, peaksid pikaajalise hoolduse avaliku sektori kulud suurenema 2030. aastaks tasemeni 0,6% SKPst. Kui Eesti suurendab avaliku sektori kulutusi praegusest tasemelt 0,4% SKPst tasemeni 0,6% SKPst ning rahastab avaliku sektori kulusid sotsiaalkindlustuse maksetest ja riigieelarve tuludest praeguses osakaalus, siis peaks sotsiaalmaksu määr suurenema tasemeni 33,4%. Kui aga Eesti suurendab avaliku sektori kulutusi sama võrra ja rahastab kõiki avaliku sektori kulusid sotsiaalkindlustusest, sh. ka praegu riigieelarvest rahastatavaid sotsiaalhoolduse kulusid, siis peaks sotsiaalmaksu määra suurendama tasemeni 33,6%.

Eeltoodu järgi pikaajalise hoolduse kulude kasv suurendab nii avaliku sektori kulusid kui ka maksukoormust. Pikaajalise hoolduse kasv on aga vaid osa rahvastiku vananemisega kaasnevatest avaliku sektori kulutuste kasvust. Lisaks pikaajalise hooldusele suurenevad kulud ka tervishoiule, vanaduspensionitele ja teistele vanusega seotud sotsiaalteenustele. Seega sotsiaalkaitse ja maksudesüsteemi ümber korraldamisel tuleb pikaajalise hoolduse rahastamist vaadata teiste avaliku sektori kulutustega koos.

3. Kokkuvõte ja järeldused

- Eestis kulutatakse pikaajalisele hooldusele ligi 0,7% SKPst. Sellest avaliku sektori kulutused on 0,4% SKPst ning inimeste kulutused omavahenditest on 0,3% SKPst. Võrreldes teiste OECD ja EL riikidega oma meie kulutused pikaajalisele hooldusele ligi poole väiksemad. Samuti kui Euroopa Liidus kaetakse ühistest avalikest vahenditest ligi 80% pikaajalise hoolduse kuludest, siis Eesti avalikest vahenditest vaid 60% kuludest. Eesti avaliku sektori pikaajalise hoolduse kulude suurendamine parandaks nii pikaajalise hoolduse teenuste kättesaadavust, mahtu ja kvaliteeti kui ka võimaldaks lähedaste hooldajatel paremini ühitada hooldamist ja töötamist.
- OECD ja EL riikides pikaajalise hoolduse kuludest suurem osa kaetakse üldistest eelarve tuludest rahastatavast sotsiaalkaitsest või maksetest sotsiaalkindlustusse. Avaliku sektori oluline panus pikaajalise hoolduse rahastamisel tuleneb hoolduse kallidusest üksikinimesele, hooldusvajaduse raskesti ette-ennustatavusest ja vajadusest jagada rahastamist põlvkondade vahel ja põlvkondade sees. Sellest tulenevalt ei ole kõigil inimestel eraldi efektiivne ja võimalik koguda tulusid kulukate pikaajalise hoolduse teenuste eest maksmiseks, kuid kollektiivselt on võimalik tagada tõhusam ressursside kasutus ja laiem juurdepääs hooldusele.
- Rahvastiku vananemine ning lähedaste hoolduse koormus ajendab Eesti avaliku sektori pikaajalise hoolduse kulude kasvu järgmistel kümnenditel. Euroopa Komisjon prognoosib, et Eesti avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele suurenevad tasemeni 0,6% SKPst arvestades üksnes rahvastiku vananemist, kuid tervelt tasemeni 2,2% SKPst arvestades Eesti elatustaseme ja pikaajalise hoolduse teenuste katvusmäära sarnasemaks muutumist teiste liikmesriikide tasemega aastaks 2050. Sarnaselt soovitas ka Maailmapank 2017 aastal suurendada pikaajalise hoolduse rahastamist Eestis, et kohaneda hooldusvajaduse kasvuga. Uuringu valmimise ajal panustas avalik sektor pikaajalise hooldusesse ligi 100 miljonit Eurot aastas, kuid lisarahastus eeldaks täiendavalt ligikaudu 150 miljoni Euro leidmist iga aasta.
- Eesti sotsiaalkaitseüsteemi tervikuna iseloomustab teiste EL riikidega võrreldes madal rahastamise tase – kui EL keskmiselt panustatakse sotsiaalkaitsele ligi 28% SKPst siis Eestis ligi 16%. Samuti Eesti maksukoormus tervikuna on väiksem kui EL riikides kuid võrreldav OECD riikide keskmisega. Võimaliku pikaajalise hoolduse kulude kasvu järel oleksime ikka madalate sotsiaalkaitse kuludega riikide tasemel.
- Pikaajalise hoolduse kulud ühiskonnas sõltuvad esimesena hooldusvajadusest. See tähendab, et ühiskonnale tekivad kulud nii siis, kui nende eest tasutakse ühiselt avalikest vahenditest või kui nende eest tasuvad inimesed omast taskust. Avaliku sektori suuremat panust pikaajalise hoolduse rahastamisel ei peaks vältima vaid ootusega hoida avaliku sektori osa majandusest ja maksukoormus madalana. Seda enam, et kui pikaajalist hooldust pakuvad suures osas lähedased siis perekonna ja lähedaste tööhõivest eemale jäämisega kaasneb ühiskonnale kulu. 2017 aastal hinnati Eesti selliste kulude suuruseks vähemalt 0,12% SKPst (World Bank, 2017). (Euroopa Komisjoni hinnangul võib selline kulu Euroopas tervikuna olla 0,5% SKPst.).
- Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi on rahastatud jooksvalt. Tulevikus väheneva tööealise elanikkonna koormus pikaajalise hoolduse rahastamisel kasvab rahvastiku vananemise tõttu. Suuremate avalike kulude jätkusuutlikuks rahastamiseks tuleks kaaluda eelrahastamise võimalusi, mis mitmekesise maksubaasi pealt ja mitte ainult tööjõumaksudelt koguks jooksvate kulude ülejääki, mis aitaks siluda maksukoormust ja hoolduskulusid üle aja. Eelrahastamine suurendaks praeguste põlvkondade vastutust tulevaste suuremate kulude kandmisel.
- Nii nagu teistes riikides nii ka Eestis kombineeritakse erinevaid allikaid pikaajalise hoolduse rahastamiseks. Eestis rahastatakse pikaajalist hooldust peamiselt ravikindlustuse sotsiaalmaksu osast ning riigieelarve üldistest tuludest rahastatud hoolekandest. Tulenevalt aga avaliku rahastamise madalast tasemest, siis suure osa pikaajalise hoolduse kuludest kannavad inimesed ja leibkonnad omast taskust. Omast taskust tehtavaid kulusid aitab küll osaliselt kanda kogumine vanaduseks läbi kogumispensioni või elukindlustuspoliisi ostmise. Teiste riikide kogemus ei peaks aga julgustama lootma, et erakindlustusturg aitaks koguda ja katta suuremaid kulusid pikaajalisele hooldusele.

- Eestis pikaajalise hoolduse rahastamine nii sotsiaalkindlustusest kui eelarve üldistest tuludest aitab ennetada tööjõu maksukoormuse liigset suurenemist. Võrreldes OECD riikidega on meil võrreldav sissetulekute maksustamine, kõrgem tarbimise maksustamine, samas madalam ettevõtluse ja omandi maksustamine (vaata ka Paulus, 2018). Samas iseloomustab Eesti sotsiaalkaitse rahastamist keskmisest suurem rahastamine sotsiaalkindlustuse sissemaksetest, so. tööjõumaksudest- ja maksetest (ligikaudu 75%, mis on kõrgeim näitaja Euroopa Liidus). Pikaajalise hoolduse täiendav rahastamine tööjõumaksudest- ja maksetest võib suurendada tööjõu hinda ja vähendada tööjõu konkurentsivõimet. Samas tulenevalt pikaajalise hoolduse suhtelisest väikesest osakaalust avalikes kuludes ei ole mõju tööjõumaksudele väga suur – näiteks kui Eesti suurendab pikaajalise hoolduse kulusid praeguselt tasemelt 0,4% SKPst EL liikmesriikide keskmisele tasemele 1,28% SKPst, ning rahastades ka praegu eelarve üldistest tuludest rahastatavat pikaajalist hooldust sotsiaalkindlustusmaksetest, peaks sotsiaalmaksu määra tõstma tasemeni 35,6%. Siinjuures tuleb silmas pidada, et rahvastiku vananemisega kaasnevad sotsiaalkaitsekulutuste kasv lisaks pikaajalisele hooldusele ka tervishoius, vanaduspensionites ja teistes vanusega seotud sotsiaalteenustes.

Kasutatud kirjandus

- Bađun, M., & Kriřto, J. (2020). Financial Industry Views on the Prospective Role of Long-Term Care Insurance and Reverse Mortgages in Financing Long-Term Care in Croatia. *Journal of Aging and Social Policy*. Scopus. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750541>
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Colombo, F., & Mercier, J. (2012). Help Wanted? Fair and Sustainable Financing of Long-term Care Services. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 34(2), 316–332. <https://doi.org/10.1093/aep/pps005>
- Costa-Font, J., & Courbage, C. (Eds.). (2012). *Financing Long-Term Care in Europe*. Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1057/9780230349193>
- Costa-Font, J., Courbage, C., & Zweifel, P. (2017). Policy Dilemmas in Financing Long-term Care in Europe. *Global Policy*, 8, 38–45. Scopus. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12213>
- Dubois, H., & Ludwinek, A., (Eds.). (2015). *Access to social benefits: Reducing non-take-up*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Publications Office of the European Commission
- Eling, M., & Ghavibazoo, O. (2019). Research on long-term care insurance: Status quo and directions for future research. *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 44(2), 303–356. Scopus. <https://doi.org/10.1057/s41288-018-00114-6>
- European Commission (2021a). *The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070)* (Institutional Paper 148) . Brussels. https://ec.europa.eu/info/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en
- European Commission (2021b). . *Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I*. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>
- Fernandez, J.-L., & Forder, J. (2012). "Reforming Long-term Care Funding Arrangements in England: International Lessons. In *Applied Economic Perspectives and Policy, Agricultural and Applied Economics Association* (pp. 346–362).
- Fernandez, J.-L., Forder, J., & Knapp, M. (2011). Long-Term Care. In S. Glied & P. C. Smith (Eds.), *The Oxford Handbook of Health Economics* (pp. 577–601). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0024>
- Fernàndez, J.-L., Forder, J., Trukeschitz, B., Rokosová, M., & McDaid, D. (2009) How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people / by José-Luis Fernàndez ... [Et al.]. *EUR/08/5085883*. WHO IRIS. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, & Health Evidence Network (HEN). (2009). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107942>
- Gerlinger, T. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care Germany*. European Social Policy Network (ESPN).
- Iparragirre, J. L. (2020). *Economics and Ageing: Volume III: Long-term Care and Finance*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-29019-1>

- Kattenberg, M., & Bakx, P. (2021). Substitute services: A barrier to controlling long-term care expenditures. *European Journal of Ageing*, 18(1), 85–97. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00570-x>
- Lambregts, T. R., & Schut, F. T. (2020). Displaced, disliked and misunderstood: A systematic review of the reasons for low uptake of long-term care insurance and life annuities. *Journal of the Economics of Ageing*, 17. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2020.100236>
- Lassila, J., & Valkonen, T. (2004). Pre-funding Expenditure on Health and Long-term Care under Demographic Uncertainty. *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*, 29(4), 620–639. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0440.2004.00306.x>
- Laurimäe, M., Koppel, K., ja Arrak, K. (2020). Eesti tervishoiu tulevik – tervisekindlustuse kvantitatiivse mudeli tulemused ja metoodikaaruanne. Poliitikauuringute Keskus Praxis. Uuring valmis Arenguseire Keskuse tellimusel.
- Martinez-Lacoba, R., Pardo-Garcia, I., & Escibano-Sotos, F. (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*. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s10901-020-09794-w>
- Masso, M., Järve, J., Laurimäe, M., Piirits, M., Koppel, K., Anspal, S., ja Kivi, L.H. (2018). Tööga seotud sotsiaalkaitse mudelid ja nende sobivus alternatiivsete tööturuarengute korral Eestis. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis, Rakendusauuringute Keskus Centar.
- Mueller, M., Bourke, E., ja Morgan, D. (2020). Assessing the comparability of Long-Term Care spending estimates under the Joint Health Accounts Questionnaire, <https://www.oecd.org/health/health-systems/LTC-Spending-Estimates-under-the-Joint-Health-Accounts-Questionnaire.pdf>
- Murtaugh, C., Spillman, B., Warshawsky, M., Kemper, P., Wiener, J., Biggs, J., Mitchell, O., McCormack, J., Ameriks, J., Gillan, S., Feldman, P., Campbell, J., & Zeldes, S. (2001). In sickness and in health: An annuity approach to financing long-term care and retirement income. *The Journal of Risk and Insurance*, 68, 225–254.
- OECD (2020a). *Long-term Care and Health Care Insurance in OECD and Other Countries*. OECD Publishing, Paris. www.oecd.org/fin/insurance/Long-Term-Care-Health-Care-Insurance-in-OECD-and-Other-Countries.htm
- OECD (2020b). Spending on Long-term care. In *Health at a Glance 2020: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf>
- Ozbugday, F. C., Tirgil, A., & Kose, E. G. (2020). Efficiency changes in long-term care in OECD countries: A non-parametric Malmquist Index approach. *Socio-Economic Planning Sciences*, 70, 100733. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2019.100733>
- Pacolet, J., & Wispelaere, F. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Luxembourg*. European Social Policy Network (ESPN).
- Paulus, A. (2018). Maksusüsteemi kujundamise üldine raamistik, lähtekohad ja väljakutsed. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.
- Pla-Portel, J., Ventura-Marco, M., & Vidal-Meliá, C. (2017). Converting retirement benefit into a life care annuity with graded benefits. *Scandinavian Actuarial Journal*, 2017(10), 829–853. <https://doi.org/10.1080/03461238.2016.1258370>

- PWC (2018). Formal cost of long-term care services. How can society meet a growing need? <https://www.pwc.com/us/en/insurance/assets/pwc-insurance-cost-of-long-term-care.pdf>
- Riedel, M., Kraus, M., & Föbtleitner, S. (2019). *Zukünftige Finanzierung der Langzeitpflege: Ansatzpunkte für Reformen* (p. 197). Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=727>
- Riedel, M., Kraus, M., & Mayer, S. (2016). Organization and Supply of Long-term Care Services for the Elderly: A Bird's-eye View of Old and New EU Member States. *Social Policy & Administration*, 50(7), 824–845. <https://doi.org/10.1111/spol.12170>
- Rodrigues, R. (2015). Long-term care – the problem of sustainable financing. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion: Long-term care – the problem of sustainable financing. European Centre for Social Welfare Policy And Research, European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Rodrigues, R., & Nies, H. (2013). Making sense of differences-the mixed economy of funding and delivering long-term care. In *Long-Term Care in Europe: Improving Policy and Practice* (pp. 191–212). Scopus. <https://doi.org/10.1057/9781137032348>
- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe: A study of national policies, , European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission. <http://dx.publications.europa.eu/10.2767/84573>
- Vidal-Melia, C., Ventura-Marco, M., & Pla-Porcel, J. (2020). An NDC approach to helping pensioners cope with the cost of long-term care. *Journal of Pension Economics and Finance*, 19(1), 80–108. <https://doi.org/10.1017/S1474747218000070>.
- World Bank (2017). Reducing the Burden of Care in Estonia. Republic of Estonia Government Office, Republic of Estonia Ministry of Social Affairs. Zigante, V. (2021). Social situation monitor: The role of new technologies in modernising long term care systems: a scoping review. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion., & LSE Consulting. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/626467>

Challenges of and solutions for financing long-term care

Praxis think tank

Märt Masso, Priit Purge, Gerli Paat-Ahi, Andi Kiissel,

Long-term care is for people who require assistance for coping with and participating in their daily lives arising from a decrease in their physical and mental capacity due to ageing or health reasons. Long-term care encompasses various healthcare and social services that prevent the deterioration of the health and abilities of people and assist them in their daily activities and wellbeing.

In OECD member countries and EU member states, the majority of the expenses on long-term care are covered from social protection financed by general budgetary income or from social security contributions. The significant contribution of the public sector upon financing long-term care arises from the high cost of care for individuals, the difficulty of anticipating the need for care, as well as the need to divide financing between generations and on the intra-generational level. Based on the aforesaid, it would not be efficient or possible for all people to separately collect savings in order to pay for expensive long-term care services, whereas it is possible to collectively ensure a more efficient use of resources and wider access to care.

The Estonian social security system as a whole is characterised by a low level of financing compared to other EU member states – while the EU average for contributing to social security is approximately 28% of GDP, the percentage stands at nearly 16% in Estonia. Likewise, the tax burden in Estonia as a whole is lower than that of the EU member states, but comparable to the average of OECD member countries. Even after a potential increase in the expenses on long-term care, we would still rank among countries with low social security expenses.

Approximately 0.7% of the GDP is used for long-term care in Estonia. This comprises 0.4% of the GDP from public sector spending and 0.3% of GDP from people's own funds. Compared to other OECD member countries and EU member states, our spending on long-term care is lower by nearly a half. While nearly 80% of expenses on long-term care are covered from shared public resources in the European Union, the respective percentage only amounts to 60% in Estonia. Increasing Estonian public sector spending on long-term care would improve the accessibility, volume and quality of long-term care and ensure caregivers a better balance between caregiving and working.

An ageing population and the burden of caregiving for close relatives will drive the increase in the expenses on long-term care incurred by the Estonian public sector in the coming decades. The European Commission forecasts that Estonian public sector spending on long-term care will increase to 0.6% of GDP taking only the ageing of the population into consideration, but to a level of 2.2% of GDP when also considering rendering the Estonian standard of living and the coverage rate of long-term care services more similar to the levels of the other member states by 2050. Similarly, the World Bank recommended increasing the financing of long-term care in Estonia in 2017 in order to adjust to an increase in the need for care. At the time of completion of the study, the public sector contributed nearly 100 million euros per year to long-term care, but additional financing would require the addition of a further 150 million euros every year.

The expenses on long-term care in society above all depend on the need for care. This means that society incurs expenses both when they are paid for jointly from public funds, and when people pay for care from their own funds. The increased contribution of the public sector to the financing of long-term care should not be avoided merely with the expectation of keeping the share of the public sector in the economy as well as the overall tax burden low. This is emphasised by the fact that the majority of long-term care is provided by close relatives whose absence from employment means that society and households still incurs expenses. In 2018, such expenses were estimated to amount

to at least 0.12% of GDP in Estonia (World Bank, 2017). (According to the estimate of the European Commission, such expenses as a whole in Europe may amount to 0.5% of GDP).

Like other countries, Estonia also combines different sources for financing long-term care. In Estonia, long-term care is mostly financed from the share of social tax in health insurance and from welfare financed from general budgetary income. However, due to the low level of public financing, the majority of the expenses on long-term care are borne by people and households from their own funds. Expenses incurred by people on account of their own funds are partially alleviated by saving up for old age via funded pension or buying a life insurance policy. However, the experience of other countries should not encourage us to hope that the private insurance market will help save for and cover major expenses on long-term care.

The long-term care system in Estonia has been financed on a running basis. The burden of the decreasing population of working age for financing long-term care will increase in the future due to the ageing of the population. For the sustainable financing of major public expenses, possibilities for pre-financing should be considered, as this would save for a surplus of running costs on account of a diverse tax base rather than only labour taxes, which would help smooth out the tax burden and expenses on care over time. Pre-financing would increase the responsibility of the current generations to bear higher future expenses.

Financing long-term care in Estonia from both social security and general budgetary income helps prevent an excessive increase in the tax burden of the workforce. Compared to OECD member countries, we have comparable taxation of income and higher taxation of consumption while our taxation of entrepreneurship and ownership is lower. However, the financing of social security in Estonia is characterised by higher than average financing from social security contributions, i.e. labour taxes and contributions (approximately 75%, which is the highest indicator in the European Union). Additional financing of long-term care from labour taxes and contributions may increase the price of workforce and decrease the competitiveness of workforce. However, arising from the relatively small proportion of long-term care in public spending, the impact on labour taxes is not major – for example, if Estonia were to increase the spending on long-term care from the current level of 0.4% of GDP to 1.28% of GDP (the average level of EU member states) while also financing long-term care currently financed from general budgetary income from social security contributions, the social tax rate should be increased to 35.6%. It should be hereat considered that other social security expenses will also increase due to the ageing of the population, particularly in relation to healthcare, old-age pensions, and other social services that are related to age.

Lisad

Lisa 1: Heaoluühiskondade liigitus

<p>Sotsiaaldemokraatlikud heaolusüsteemid</p> <p>Nagu ka Esping-Anderseni puhul põhineb sellistes süsteemides õigus sotsiaalkaitsele eeskätt kodakondsusel ja ei ripu vajadusest või panusest. Pakutavad toetused ja teenused on helled. Süsteem vähendab oluliselt eba-võrdsust. Sotsiaaldemokraatlikutes heaolu-süsteemides on riigil oluline koht tööandjana ja ümberjagamisel on ühiskonnas samuti oluline roll. Toetused ja teenused on rahastatud maksudest, seepärast on ka maksud kõrged. Kaitse on tagatud eeskätt läbi:</p> <ul style="list-style-type: none">■ universaalse sotsiaalkaitse süsteemi ja■ riigi poolt pakutavate (sotsiaal) teenuste. <p>Riikideks, kust võiks selliste süsteemide kohta näiteid otsida, on Norra, osaliselt ka Soome ja Taani.</p>	<p>Korporatiivsed heaolusüsteemid</p> <p>Sellistes riikides on inimesel õigus sotsiaal-kindlustusele eeskätt läbi töötamise ja kindlustus-põhiste skeemide, sotsiaalse kaitse tagamisel mängib olulist rolli ka heategevus. Sellistes ühiskondades on ümberjagamisel oluline roll, kuid erinevatele ühiskonnagruppidele on tagatud erineva tasemega kaitse ning süsteem tegeleb olulisel määral väljakujunenud hierarhiate säilitamisega. Kaitse on tagatud eeskätt läbi:</p> <ul style="list-style-type: none">■ töökohapõhiste sotsiaalkindlustussüsteemide ja■ olulises osas sotsiaalteenuseid pakkuvate mittetulundusühingute. <p>Korporatiivsete süsteemide näitena võiks välja tuua Saksamaa, Prantsusmaa, Belgia (mõningal määral ka Itaalia ja Hispaania).</p>
<p>Liberaalsed heaolusüsteemid</p> <p>Liberaalsetes heaolusüsteemides on ümber-jagamise roll tagasihoidlikum kui kahes eelpool mainitud süsteemis, riigi roll teenuste pakujana on samuti väiksem. Süsteemi oluliseks eesmärgiks on tagada minimaalne toimetulek ja stimuleerida inimesi tööturul osalema. Eesmärk on toetada vaesuses olevaid inimesi ning ebavõrdsus väheneb vähe. Kaitse on tagatud eeskätt läbi:</p> <ul style="list-style-type: none">■ maksudest rahastatud vajaduspõhiste ja kindla määraga toetuste ning■ erakindlustuste ja isiklike säästude. <p>Liberaalsete süsteemide näitena võib välja tuua Ameerika Ühendriigid, Kanada, Austraalia ja Uus-Meremaa (osaliselt ka Suurbritannia).</p>	<p>Konservatiivsed heaolusüsteemid</p> <p>See alatüüp on välja kasvanud Aasia riikide heaolusüsteemide arengust. Sotsiaalset kaitset nähakse ühe vahendina (investeeringuna) riigi majandusliku võimekuse kasvatamisel, mitte peamiselt indiviidi õigusena. Siiski tunnustatakse ka indiviidi mõningat õigust tagasihoidlikule riigi-poolsele toele. Põhiliselt on kaitse tagatud läbi töötamise, kuid nt. naised, kes on lastega kodus ja ei tööta, saavad toetusi/hüvitisi läbi oma töötava mehe/pereliikme. Kaitse on seega tagatud eeskätt läbi:</p> <ul style="list-style-type: none">■ töökohapõhise sotsiaalkindlustuse ja■ kohustuslike säästmisprogrammide. <p>Konservatiivsete süsteemide näiteriikidena võiks välja tuua Jaapani, Lõuna-Korea, Hiina, Hong-Kongi, Taiwani, Malaisia ja Singapuri.</p>

Allikas: Aspalter, C. (2017). *Welfare regime analysis: 30 years in the making*. *International Social Work*, 0020872817710551. <https://doi.org/10.1177/0020872817710551>; Greve, B. (2019). *Routledge Handbook of the Welfare State*, Second edition, 549 p.

Lisa 2a: Pikaajalise hoolduse kulude Euroopa Komisjoni stsenaariumite kirjeldus.

	Demographic scenario	Base case scenario	High life expectancy scenario	Healthy ageing scenario	Shift to formal care scenario	Coverage convergence scenario	Cost convergence scenario	Cost and coverage convergence scenario	AWG reference scenario	AWG risk scenario	TFP risk scenario
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
Population projection	Eurostat population projections	Eurostat population projections	Alternative higher life expectancy scenario	Eurostat population projections	Eurostat population projections	Eurostat population projections	Eurostat population projections	Eurostat population projections	Eurostat population projections	Eurostat population projections	Eurostat population projections
Dependency status	2016-2019 average disability rates held constant over projection period	2016-2019 average disability rates held constant over projection period	2016-2019 average disability rates held constant over projection period	2016-2019 average disability rates held constant over projection period	2016-2019 average disability rates held constant over projection period	2016-2019 average disability rates held constant over projection period	2016-2019 average disability rates held constant over projection period	2016-2019 average disability rates held constant over projection period	Half of projected gains in life expectancy are spent without disability.	Half of projected gains in life expectancy are spent without disability.	Half of projected gains in life expectancy are spent without disability.
Age-related expenditure profiles	2019 cost profiles	2019 cost profiles	2019 cost profiles	2019 profiles shift in line with changes in age-specific life expectancy	2019 cost profiles	2019 cost profiles	2019 cost profiles	Cost profiles per Member State converge upwards to the EU27 average by 2070	Cost profiles per Member State converge upwards to the EU27 average by 2070	2019 cost profiles	Cost profiles per Member State converge upwards to the EU27 average by 2070
Policy setting / Care mix	Probability of receiving each type of care held constant at 2019 level	Probability of receiving each type of care held constant at 2019 level	Probability of receiving each type of care held constant at 2019 level	Probability of receiving each type of care held constant at 2019 level	Gradual increase (1% per year during 10 years) of the share of the disabled population receiving formal care (at home or in an institution).	Probability of receiving any type of formal in-kind care converging until 2070 upwards to the EU27 average.	Probability of receiving each type of care held constant at 2019 level	Probability of receiving any type of formal in-kind care converging until 2070 upwards to the EU27 average.	Probability of receiving each type of care held constant at 2019 level	Probability of receiving any type of formal in-kind care converging until 2070 upwards to the EU27 average.	Probability of receiving each type of care held constant at 2019 level
Unit cost development	GDP per capita	In-kind: GDP per hours worked; cash benefits: GDP per capita	In-kind: GDP per hours worked; cash benefits: GDP per capita	In-kind: GDP per hours worked; cash benefits: GDP per capita	In-kind: GDP per hours worked; cash benefits: GDP per capita	In-kind: GDP per hours worked; cash benefits: GDP per capita	In-kind: GDP per hours worked; cash benefits: GDP per capita	In-kind: GDP per hours worked; cash benefits: GDP per capita	In-kind: GDP per hours worked; cash benefits: GDP per capita	In-kind: GDP per hours worked; cash benefits: GDP per capita	In-kind: GDP per hours worked; cash benefits: GDP per capita
Elasticity of demand	1	1	1	1	1	1	1	1	1 for MS in highest LTC expenditure quartile in 2019, for the rest 1.1 in 2019 converging to 1 by 2070	1	1 for MS in highest LTC expenditure quartile in 2019, for the rest 1.1 in 2019 converging to 1 by 2070

Allikas: Allikas: (European Commission, 2021a)

Lisa 2b: Eesti pikaajalise hoolduse kulude prognoos Euroopa Komisjoni järgi, kulutused osakaaluna sisemajanduse kogutoodangust, %.

	Muutus 2019-2070	2019	2030	2040	2050	2060	2070
AWG baasstsenaarium	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7
AWG riskistsenaarium	5,1	0,4	0,7	1,2	2,1	3,4	5,5
TFP riskistsenaarium	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7
Rahvastikustsenaarium	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7
Baasstsenaarium	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7
Kõrge oodatava eluea stsenaarium	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,8
Tervene vananemise stsenaarium	0,2	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6

Ametlikule hoolduse lülitumise stsenaarium	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7	0,8
Katvuse sarnastumise stsenaarium	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7
Kulude sarnastumise stsenaarium	5,4	0,4	0,7	1,3	2,1	3,6	5,8
Kulude ja katvuse sarnastumise stsenaarium	5,5	0,4	0,7	1,3	2,2	3,6	5,9

Allikas: (European Commission, 2021a)