

Sotsiaalministeerium



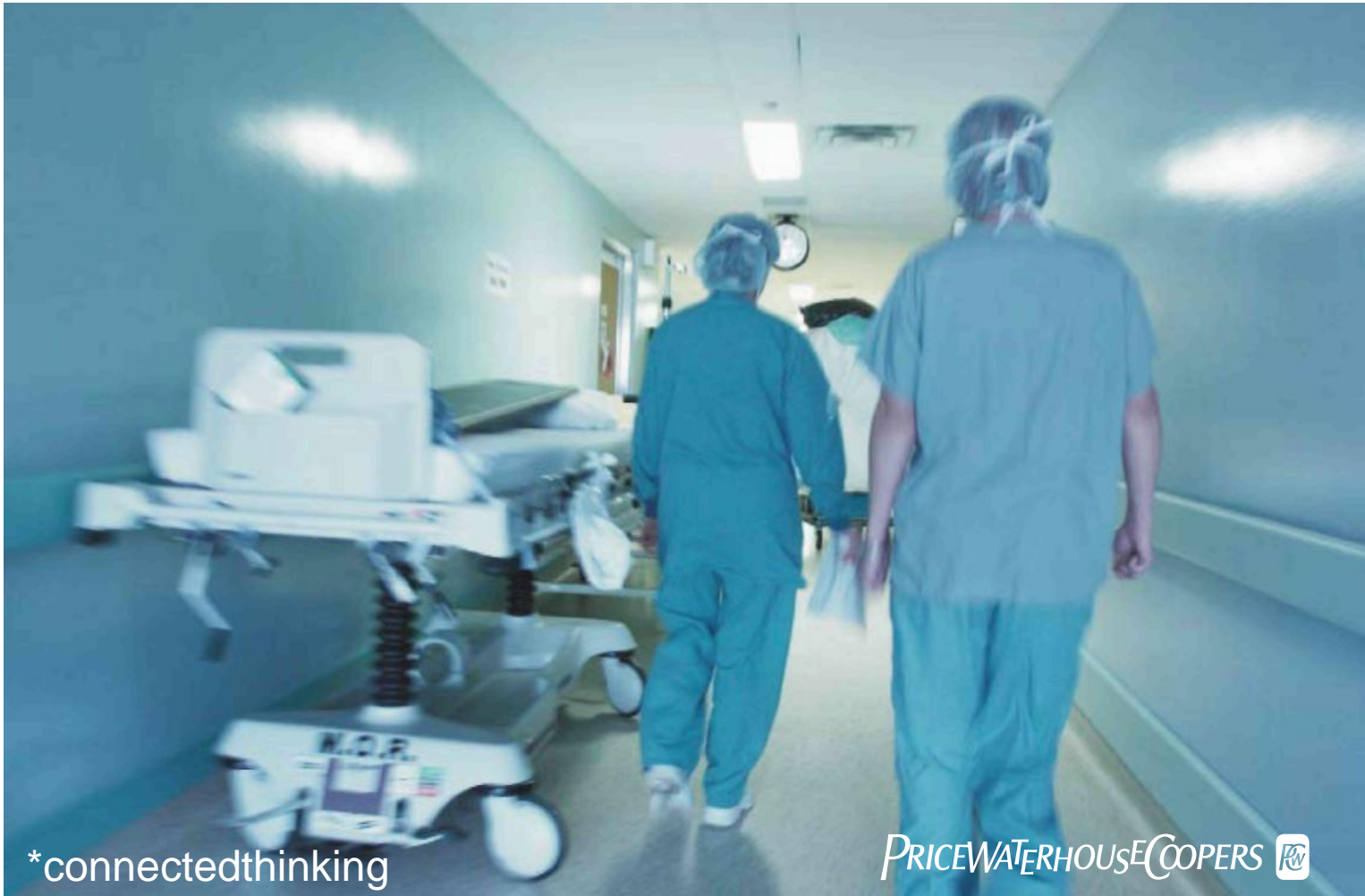
Euroopa Liit  
Euroopa Sotsiaalfond




Eesti tuleviku heaks

# Hoolduskoormuse vähendamiseks jätkusuutliku eakate hooldussüsteemi finantseerimissüsteemi väljatöötamine\*

Etapp III (finantseerimissüsteemi kirjeldus) ja lõppraport



\*connectedthinking

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

Marelle Erlenheim  
Sotsiaalministeerium  
Gonsiori 29  
Tallinn

19. Juuni 2009

Vastavalt meievahelisele kokkuleppele 8. jaanuaril 2009 analüüsime hooldus- ja hooldusravisüsteemi (Süsteem) finantseerimissüsteeme (Projekt). Käesolev aruanne annab ülevaate Projekti kolmanda etapi tulemustest, mille käigus analüüsiti võimalikke finantseerimismudeleid Süsteemi täiendamiseks. Etapi tulemuste osas on läbi viidud seminar, milles osalesid erinevate osapoolte esindajad vastavalt Sotsiaalministeeriumi poolt koostatud nimekirjale.

Tulemuste interpreteerimisel tuleb arvestada, et analüüsi teostamisel tuginesime avalikult kättesaadavale finants- ja muule informatsioonile, kuid me ei saa võtta vastutust informatsiooni täielikkuse ja õigsuse eest. Analüüsis kasutatud sisendinformatsioonina on kasutatud ka prognoose ning üldjuhul ei täitu prognoosid tegelikkuses täies ulatuses. Seetõttu saab analüüsi käigus väljatoodud tulemusi käsitleda ainult hinnangulistena ning juhul kui tegelikkus osutub teistsugusteks, võivad ka käesolevas analüüsis toodud tulemused ja selle põhjal tehtud järeldused muutuda.

Käesolev dokument on koostatud ainult Tellijale eelnevalt nimetatud eesmärkidel ning seda ei tohi kasutada mõnel teisel eesmärgil. Me ei võta vastutust kolmandate osapoolte ees, kellele käesolev dokument on avaldatud või mõnel muul moel kättesaadavaks saanud.

Lugupidamisega



Teet Tender  
AS PricewaterhouseCoopers Advisors

## Sisukord

Aruandes kasutatud mõisted .....	4
Aruandes kasutatud mõisted .....	4
1. Sissejuhatus ja kokkuvõte olulisest .....	5
1.1. Sissejuhatus .....	5
1.2. Kokkuvõte olulisest.....	5
2. Jätkusuutlikkuse analüüsi peamised tulemused .....	7
3. Pikaajalise hoolduse rahastamismudelid.....	10
3.1. Rahastamisallikate kirjeldus .....	10
3.2. Hollandi, Soome ja Eesti rahastamismudelite võrdlus.....	11
4. Eesti rahastamismudeli analüüs.....	14
4.1. Ülevaade Eesti pikaajalise hoolduse mudelist.....	14
4.2. Hinnang Eesti mudelile.....	17
4.3. Tänapäevase Eesti mudeli kitsaskohad.....	21
5. Võimalused Eesti rahastamismudeli täiustamiseks .....	24
5.1. Võimaluste piiritlemine .....	24
5.2. Partnerlusmudel .....	27
5.3. Sotsiaalkindlustusmudel.....	32
5.4. Maksutuludest finantseerimine.....	35
5.5. Sotsiaalkindlustuse ja riigieelarvest finantseerimise vahel otsustamine .....	37
5.6. Edasised tegevused.....	38
Kasutatud materjalide nimekiri.....	39

## Aruandes kasutatud mõisted

Avahooldus	Teenused, mida osutatakse inimese elukohas (koduõendus, koduabi) või ambulatoorset teenust pakkuvas institutsioonis (päevakeskus, perearst)
Formaalne hooldus	Pikaajalise hoolduse alla kuuluvad teenused, mida ei osuta eakale tema omaksed vaid teenuse pakkumise otstarbeks loodud (litsentseeritud) teenuse pakkujad.
Hooldusteenus	Hooldusteenused hõlmavad endas kõrvalise abi vajadusega eaka igapäevaelu vajaduste rahuldamist (nt. pesemine, toidu valmistamine, poes käimine, riietumine), kodu kohandamist, nõustamist, juhendamist ja hooldamist jms. Hooldusteenuste osutamine võib toimuda nii isiku elukohas kui ka spetsiaalses institutsioonis (hooldekodus). Hooldusteenused ei sisalda endas hooldusraviteenuseid.
Hooldusraviteenus	Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse alusel pakutavad teenused. Sihtgrupiks on inimesed, kes vajavad kroonilistest haigustest tingituna funktsionaalsete häirete ja puuete tõttu õendushooldust. Hooldusraviteenused hõlmavad endas statsionaarset hooldusravi, kodust õendushooldust, geriaatrilist hindamist ning vähihaigete toetusravi.
Hooldusvajadus	Igapäevategevuste teostamisel kõrvalist abi vajavad isikud. Seejuures ei ole oluline, millest abivajadus võib olla tingitud, kas tervises seisundist, vananemisest või muust. Hooldusvajadusest võib olla tingitud nii vajadus hooldus- kui ka hooldusraviteenuste järele.
Institutsionaalne hooldus	Pikaajalise hoolduse teenused, mida ei pakuta eakale tema kodus, vaid statsionaarselt, kas hooldusravi haiglas või hooldekodus. Integreeritud mudelis ka õenduskodu.
Nõudlus	Mõistet Nõudlus on käesolevas analüüsis kasutatud tänase (baasaastaks on 2007) pikaajalise hooldusteenuste mahtudest lähtuvalt. Nõudluse kontseptsioon eeldab, et nõudlus teenuste järele lähtub tänasest tasemest ja muutus tuleb üksnes demograafilisest muutusest.
Omastehooldus	Hooldustegevus, mida abivajajatele osutavad nende pereliikmed, tuttavad, naabrid jt. Reeglina osutatakse kodustes tingimustes ja üldjuhul tasuta. Kasutatakse ka mõistet <i>mitteformaalne hooldus</i> .
Pikaajaline hooldus	Koondnimetus eakatele pakutavatest teenustest, mis hõlmab nii hooldusteenuseid kui ka hooldusraviteenuseid.
Vajadus	Mõistet Vajadus on käesolevas analüüsis kasutatud lähtudes pikaajalise hoolduse teenuste mahu hinnatud vajadusest.
Varandusliku seisutest	Isiku ning tema seadusjärgsete ülalpidajate sissetulekute ning varandusliku seisutest, mis viiakse läbi eesmärgiga, et kindlaks teha, kas inimesel või tema ülalpidajatel on piisavalt omavahendeid, et tasuda inimese hoolduse eest. Kui varandusliku seisutestil ei tuvastata piisavalt omavahendeid, on inimese hoolduse eest tasumise kohustus kohalikul omavalitsusel.

## 1. Sissejuhatus ja kokkuvõte olulisest

### 1.1. Sissejuhatus

Sotsiaalministeeriumi poolt tellitud töö „Hoolduskoormuse vähendamiseks jätkusuutlikku eakate hooldussüsteemi finantseerimissüsteemi väljatöötamine“ (edasipidi ka **Töö**) kolmanda etapina analüüsisime võimalusi Eesti pikaajalise hoolduse tänase finantseerimismudeli täiendamiseks. Käesolev aruande peamiseks teemaks on küsimus „kes maksab?“ ning võimalike rahastamismudelite mõju süsteemi toimimise erinevatele aspektidele nagu näiteks ökonoomsus, õiglus, jätkusuutlikkus jm.

Analüüsisime erinevate finantseerimismudelite ja –allikate nõrkusi ja tugevusi ning toome välja Eesti seisukohalt kõige sobivamad mudelid. Väljavalitud mudelid analüüsisime Eesti tänase süsteemi kontekstis eesmärgiga selgitada välja, kuidas võimalikud mudelid võiksid haakuda Eestis toimiva süsteemiga ja milline oleks nende võimalikud optimaalsed Eesti süsteemi ülekandmise viisid.

Pärast sissejuhatust ja sisu kokkuvõtet tutvustame jätkusuutlikkuse analüüsi peamisi tulemusi ja järeldusi, mis saadud tulemustest saab üle kanda Eesti tänasele pikaajalise hoolduse finantseerimise mudelile. Kolmandas peatükis analüüsisime Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi ja toome välja tänase rahastamismudeli peamised puudused. Neljandas peatükis kirjeldame pikaajalise hoolduse võimalikke rahastamisallikaid ning toome ära Eesti, Hollandi ja Soome mudelite võrdluse. Viimases peatükis teeme ettepanekuid tänase mudeli täiendamiseks ning kirjeldame ka kahte põhimõttelist mudelit – partnerlusmudel ja sotsiaalkindlustus – mida võiks kaaluda tänase süsteemi täiendamiseks sisse viia.

### 1.2. Kokkuvõte olulisest

- Pikaajalise hooldussüsteemi jätkusuutlikkuse hindamise käigus läbiviidud vajaduse analüüs näitas, et vajadus hooldus- ja hooldusraviteenuste järele võib kordades ületada täna pakutavat taset. Vajaduse tuvastamine toimus kaudselt läbi arenenud riikide taseme ning suur vahe teenuste osutamise ja vajaduse vahel tuleneb ühest küljest Eesti inimeste halvemast terviseseisundist ning teisest küljest vähesest teenuste mahust võrreldes arenenud riikidega. On selge, et süsteemi efektiivsemaks muutmisest ei piisa, et vajadust paremini rahuldada ning vajalik oleks lisavahendite toomine süsteemi.
- Tuleviku pikaajalise hoolduse trendid Eestis määravad meie hinnangul peamiselt kaks vastassuunas mõjuvat tegurit. Esiteks eluea pikenemine ning sellest tulenev vanemate inimeste osakaalu kasv rahvastikus. Teiseks võib eeldada terviseseisundi paranemist, kuna võrreldes arenenud riikidega on Eesti inimeste terviseseisund oluliselt halvem. Eluea pikenemist on oodata eelkõige meeste osas, terviseseisund vanemate inimestest hulgas on halvem aga naistel.
- Täna toimiva süsteemi oluliseks puuduseks on hoolekandeteenuste osutamise suur sõltuvus omavalitsuste finantsvõimekusest. Sellest tulenevalt on hooldekodude tase väga ebaühtlane ning isikutel võetakse omaosalusena erinevaid määrasid sõltuvalt elukohast. Paljudes omavalitsustes puuduvad täielikult koduteenused ja teenuste valik on sõltuvalt inimese elukohast väga erinev. Seega tuleks kaaluda süsteemi muutmist selliselt, et see sõltuks vähem omavalitsuste rahakotist.
- Integreeritud süsteemi juurutamise ja finantseerimismudeli täiendamise üheks eelduseks on vertikaalse, st. hooldusravi ja hoolduse ülene, vajaduste hindamissüsteemi juurutamine ning teenuste standardite sisseviimine ja/või täiendamine. Hindamissüsteemi täiendamine ning teenuste standardite kirjeldamine on meie hinnangul vajalik nii sotsiaalkindlustuse süsteemi laiendamisel hooldusteenustele kui ka partnerlusmudeli kasutamisel.
- Arvestatavate lisavahendite juurdetoomise võimalused meie hinnangul on piiratud kahe variandiga – finantseerimine riigieelarvest või finantseerimine sotsiaalkindlustuse kaudu. Mõlemal juhul tuleks hooldusteenuste finantseerimine kohalike omavalitsuste alt ära võtta ja saaks sellega tagada teenuste parema kättesaadavuse üle riigi.
- Kui sotsiaalkindlustusega kaasneb sihtotstarbelise maksu kehtestamine sissetulekule, siis riigieelarvest finantseerimise korral on võimalus kombineerida erinevate maksuliikidega, mis ei

oleks sihtotstarbelised, vaid laekuksid üldisesse eelarvesse. Sotsiaalkindlussüsteemi plussiks ongi tasutava maksu selge seos osutatava teenusega, mis annab selgema baasi teenuste planeerimiseks. Riigieelarvest finantseerimine võimaldab jälle paindlikumat lähenemist, sõltuvalt sellest, millised on riigi strateegilised prioriteedid.

- Lisaks sotsiaalkindlustuse- ja maksumudelile pakume välja ka seni veel vähelevinud partnerlusmodeli, mis võiks hästi sobida avahooldusteenuste efektiivsemaks korraldamiseks ja nendele lisavahendite juurde toomiseks.
- Juhul kui teenuste standardite ja vajaduse hindamise süsteem on välja töötatud ja juurutatud, ei ole meie hinnangul keeruline üle minna hooldusteenuste finantseerimisel uutele mudelitele, kas sotsiaalkindlustusele või riigieelarvelisele finantseerimisele.
- Sotsiaalkindlustuse laiendamisel hooldusteenustele on süsteemi administreerimiseks kaks põhimõttelist alternatiivi – kas olemasoleva (Haigekassa) või uue institutsiooni kaudu. Juhul kui otsustatakse uue institutsiooni kasuks, siis on otstarbekas viia selle alla ka täna Haigekassa hallata olev hooldusravi teenused.
- Esialgsete arvutused näitasid, et pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustuse makse piisav määr jääks 1%-1.5% juurde brutopalgast. See võimaldaks süsteemi tuua oluliselt lisavahendeid ning aitaks teenuste pakkumisega jõuda hinnatud vajaduse lähedale. Kaaluda võiks ka pensionide maksustamist hoolduse sotsiaalmaksuga, kuna sotsiaalkindlustuse hüvitise saajad oleksid valdavalt pensioniealised elanikud.
- Partnerlusmodelis toimub teenuste baastaseme finantseerimine riigi (KOV/EHK) poolt ning teenuste lisamahu ostmisel on riik isikule partneriks – vastavalt isiku panusele lisab riik omapoolse rahasumma. Vaatamata sellele, et partnerlusmodel on saanud teoreetilises kirjanduses hea hinnangu (Tabel 8), on sellel ka mitmeid praktilisi puudusi nagu näiteks baastaseme määramise ja mudeli administreerimise keerukus. Selle kaudu on raske tuua süsteemi piisavalt uut ressursi ja ta omab suhteliselt väikest mõju teenuste pakkumise ühtlustamisele üle riigi. Partnerlusmodelit võiks kaaluda nii tänase süsteemi kui ka võimaliku laiendatud (hooldusteenustele) sotsiaalkindlustuse mudeli täiendamiseks.
- Vaatamata puudustele sobib partnerlusmodel meie hinnangul avahoolduse teenuste täiendavaks finantseerimiseks ja arendamiseks, kuna nende teenuste puhul on kergem baaspaketi ja lisateenuste määramine. Arvutused näitasid (vt. peatükk 5.2), et riigipoolse partnerlusfinantseerimise maht võib jääda väiksemaks kui 100 MEEK ning partnerlusmodeli rahastamiseks tuleks seega leida riigieelarve olemasolevast mahust.
- Analüüs näitas, et partnerlusmodel on paremini sobiv avahoolduse teenuste finantseerimiseks, kuna nende teenuste puhul on lihtsam baas- ja lisateenuste määramine. Kuna vajaduse analüüs näitas, et suurem puudujääk ongi avahoolduse teenuste järele, siis saaks partnerlusmodeli abil neid teenuseid arendada. Avahoolduse teenused on ühest küljest odavamad kui institutsionaalsed, teisest küljest aitaksid nad vähendada vajadust institutsionaalsete teenuste järele.
- Partnerlusmodeli oluliseks kitsaskohaks võib osutada selle administreerimine. Peatükis 5.2 on esitletud ka võimalikke administreerimise mudeleid. Meie hinnangul ei ole otstarbekas uue asutuse tekitamine mudeli administreerimiseks, oluline on leida olemasolev riiklik institutsioon, mis kõige paremini sobiks mudeli rakendamiseks. Analüüsi koostaja hinnangul oleks selleks Sotsiaalkindlustusamet, mis tegeleb täna puudega inimeste toetuste administreerimisega.

## 2. Jätkusuutlikkuse analüüsi peamised tulemused

Töö esimeses etapis hindasime tänase finantseerimissüsteemi jätkusuutlikkust ning tööme ära teenuste vajaduse prognoosi. Toome järgnevalt kokkuvõtlikult ära jätkusuutlikkuse analüüsi tulemused.

### Eeldused

Hooldus- ning hooldusraviteenuste finantseerimissüsteemi jätkusuutlikkuse hindamiseks on projekteeritud tänaste finantseerimisallikate tulude maht aastani 2030 ning seda on võrreldud prognoositud kulude kogusummaga. Arvesse on võetud Eesti ühiskonna demograafilised ja terviseseisundi muutused lähiaastakümnetel. Prognoosid koostati teenuste lõikes, nii hooldusravi- kui ka hooldusteenuste poolel. Koostatud on kaks prognoosi. Esimese prognoosi puhul (stsenaarium „**Nõudlus**“) on eeldatud, et formaalsete teenustega kaetavus/teenuste pakkumine jääb tänasega samale tasemele ehk et osakaal formaalseid teenuseid saavatest 65+ elanikkonnast jääb samaks mis täna. Teise prognoosi puhul (stsenaarium „**Vajadus**“) on võetud arvesse täna katmata vajadust. Vajaduse stsenaarium kattub Stsenaariumiga 1 Töö jätkusuutlikkuse etapi aruandes. Vajaduse hinnang põhineb Eesti Demograafia Instituudi (EDI) poolt aastatel 2004-2005 läbi viidud uurimistulemustel eakate kõrvalise abi vajaduse osas.

Rahastamisallikate tulevaste mahtude prognoosimisel on eeldatud järgmist:

- hooldusravi osakaalu suurenemist Eestis Haigekassa (**EHK**) eelarves 4%-ni perioodil 2013-2018 (2008: 2.9%), kuna viimastel aastatel on see osakaal pidevalt kasvanud<sup>1</sup> ning
- hooldusteenuste finantseerimiseks suunatud ressursside osakaalu kasvu kohalike omavalitsuste (**KOV**) eelarves 4.5%-ni perioodil 2013-2018 (2008: 3.5%) ehk jõuab eeldatavalt samale tasemel kui see oli aastal 2000.

Teenuste vajaduse prognoosimisel on arvesse võetud järgnevaid komponente:

- Eesti ühiskonna demograafilised muutused lähiaastakümnetel;
- arenenud riikide näitajad formaalsete teenuste mahtude osas;
- heaolu kasvust tingitud võimalikku terviseseisundi paranemist ning sellest tingitult hooldusvajaduse vähenemist.

Kulude prognoosimisel on lisaks võetud arvesse makromajanduslikke näitajaid nagu inflatsioon ning keskmise palga kasv. Samuti on eeldatud hooldekodu ning hooldusravihaigla pinnastandardi paranemist, personali arvu kasvu ühe kliendi/patsiendi kohta ning hooldustöötajate keskmisest suuremat palga kasvu perioodil 2013-2020.

### Tulemused

EDI andmete põhjal koostatud hooldusvajaduse hinnang näitab, et 37.8% 65 ja vanemast elanikkonnast on hooldusvajadusega ning 5.6% 65+ elanikkonnast saavad formaalseid teenuseid samas kui hinnatud formaalsete teenuste vajadus on ligikaudu 25% (vt. Tabel 1).

**Tabel 1 Hinnatud hooldusvajadus ja selle jagunemine formaalse- ja omastehoolduse vahel**

	Tegelik 2007	Osakaal 65+	Vajadus 2008	Osakaal 65+
Formaalsed teenused	12 746*	5,6%	56 561	24,7%
Omastehooldus (hinnang)	73 810	32,2%	29 996	13,1%
<b>Kokku formaalne ja omastehooldus</b>	<b>86 556</b>	<b>37,8%</b>	<b>86 556</b>	<b>37,8%</b>

Allikas: Sotsiaalministeerium, PwC arvutus

\* 2007. a. tegelik näitaja, teiste numbrite puhul on tegemist hinnangutega

<sup>1</sup> Perioodiks 2008-2012 EHK küll hooldusravi osakaalu kasvu ette ei näe

Samas on kevadel 2009 avalikustatud Tervise Arengu Instituudi (TAI) poolt aastal 2006 läbi viidud Eesti Terviseuuringu põhjal hooldusvajadusega eakate osakaal 65+ vanusgrupis 20.1% ning enesega toimetuleku piirang (ADL+1) 17.8% eakatel. TAI Terviseuuringust ilmnenu hooldusvajadusega eakate osakaal on oluliselt madalam kui EDI uuringu tulemus. Erinevuse põhjuseks võib olla teistsugune metodoloogiline lähenemine. ADL+1 osas on Terviseuuringu tulemus võrreldes rahvusvahelise keskmise näitajaga (11.1%) oluliselt suurem, mis viitab sellele, et Eesti eakate hooldusvajadus on samuti suurem.

Käesoleva töö raames oleme hinnangulise hooldusvajaduse leidmisel siiski tuginenud EDI andmetele, mis hindavad HV eakate osakaalu suuremaks kui TAI uuringu tulemused.

Kuigi ADL+1 on täna rahvusvaheliselt kõige enam levinud näitaja tegevuspiirangute mõõtmisel, ei ole see üldjuhul aluseks hooldusteenuste saamisel. Nii oli võrdlusgrupi riikidel, kuhu kuulusid 15 arenenud riiki, keskmine formaalse hoolduse saajate arv 19.4% 65+ elanikest, samas kui ADL+1 näitaja jäi neil keskmiselt 11-12% vahele. Seega on Eesti formaalsete teenuste vajadus hinnatud ainult mõnevõrra kõrgemaks võrdlusriikide keskmisest (5.3 protsendipunkti).

Lähtudes vajadusest on finantseerimise osas kõige suuremad puudujäägid kodus osutatavate teenuste (koduõde, koduteenus) osa. Nende teenuste arendamine on alles suhteliselt varases staadiumis. Järgnevas tabelis on toodud kui suur osa vajadusest teenuste lõikes on rahaliste vahenditega kaetud. Nii on koduteenuste vajadusest aastal 2008 hinnanguliselt kaetud ainult 15% ehk tegelik teenuste mahu vajadus on ligikaudu 7 korda suurem kui finantseeringuga kaetav maht. Aastal 2030 on kaetus mõnevõrra kõrgem, kuna vajadus seoses heaoluefektiga mõnevõrra väheneb ning finantseerimise osakaal omavalitsuste eelarvest kasvab.

**Tabel 2 Rahastamisega kaetud hinnanguline vajadus aastal 2008 ja 2030**

	2008	2030
Koduteenused	15%	26%
Hooldekodu	68%	81%
Koduõendus	10%	28%
Vähihaigete kodune toetusravi	61%	59%
Hooldushaigla	21%	42%

Allikas: PwC arvutus;

### Järeldused

- Kokkuvõtvalt võib öelda, et hinnatud hooldusvajaduse seisukohalt ei ole tänane finantseerimismudel jätkusuutlik, kuna katmata on suur osa teenuste vajadusest (Vajaduse stsenaarium).
- Tulevikus katmata osa mõnevõrra väheneb (vahe 2.2 korda 2030), kuna heaoluefkti tulemusena tervise seisund eeldatavalt paraneb ja rahastamise maht kasvab.
- Vajaduse järgi arvestades peaksid avaliku sektori pikaajalise hoolduse kulud aastal 2030 moodustama 0.7-0.8% Eesti SKP'st, mis on madal võrreldes arenenud riikide tänase tasemega (keskmiselt 1-3% vahel).
- Arvestades, et mitmed omavalitsused ei paku täna üldse koduteenuseid, hooldekodusse pääsevad isikud tihti pärast pikka ooteaega, hooldusravil viibimine on piiratud 2-3 kuuga ning koduõde teenus on alles suhteliselt uus, võib olla katmata vajaduse hinnang olla vastavuses tegelikkusega.
- Katmata vajadust ei ole võimalik ja otstarbekas ühe hüppega ületada mitte ainult selle kalliduse tõttu. Lisaks tuleb arvesse võtta, et vajadus on hinnatud kaudsete meetoditega (läbi arenenud riikide taseme) ja puuduvad Eestis läbi viidud vastavad uuringud. Samuti ei ole võimalik hüppeliselt kasvatada teenuste pakkumiseks vajalikku ressursi (personal, hooned). Näiteks on keeruline üles ehitada koduteenuste pakkumist omavalitsustes, kus selline teenus täna üldse puudub.



- Kuigi vajadus on suur ka statsionaarsete kohtade järele, tuleks eelisarendada avahoolduse teenuseid, mis on odavamad ja nõuavad vähem ressursi. Koduste teenustega saab olla ka paindlikum olukordades, kus vajadus muutub. Koduste teenuste kui madalama tasemega teenuste, arendamisega võib väheneda ka institutsionaalsete teenuste vajadus.
- Arvestades omastehoolduse suurt mahtu tuleks välja töötada selle toetamise mehhanismid, mis ei hõlmaks ainult rahalist hüvitist, aga ka näiteks nõustamist, sotsiaalset kaitset, puhkuse võimaldamist jm.

### 3. Pikaajalise hoolduse rahastamismudelid

#### 3.1. Rahastamisallikate kirjeldus

Vanaduspõlve hoolduskulude finantseerimiseks on erinevaid võimalusi, mille eelistamine sõltub riigi hooldussüsteemi üldistest eesmärkidest ja põhimõtetest. Finantseerimismudeli valiku põhimõtteline küsimus on seotud riigi ja isiku vastutuse vahekorraga. Laiemas kontekstis on küsimuseks, millist turvatunnet riik inimestele pakub, kas süsteem tagab abivajajale väärikuse, kuidas mudel soodustab teenuste pakkumist ja infrastruktuuri arengut, kas süsteem võimaldab ökonoomseid lahendusi jm.

Toome järgnevalt ära lühiülevaate erinevatest finantseerimisallikatest. Sõltuvalt sellest, kellele langeb põhiline koormus pikaajalise hoolduse kulude tasumise osas, on välja pakutud erinevaid rahastamisvõimalusi:

Maksutuludest finantseerimine, tasuta teenused	Teenuste pakkumine, mis põhineb identifitseeritud vajadusel, on kõigile vajajatele tasuta kas teenuste või rahalise toetuse vormis ning kulud kaetakse üldisest riigi maksutulust (näiteks Põhjamaad, Šotimaa).
Maksutuludest finantseerimine koos varandusliku seisu testiga	Põhineb identifitseeritud vajadusel ning õigustatus riigipoolsele abile selgitatakse varandusliku seisu testis. Pikaajalise hoolduse (PH) teenused on tasuta eakatele, kellel ei ole testi käigus identifitseeritud vara ja sissetulek üle kindlaks määratud piiri (näiteks Suurbritannia).
Kohustuslik kindlustus (sotsiaalkindlustus)	Solidaarsuse (sotsiaalkindlustuse) põhimõttel töötav süsteem. Vajaduse tekkides kaetakse teenuste kulud või makstakse hüvitisi rahas vastavalt kindlaksmääratud tariifidele (näiteks Holland ja Saksamaa). Eestis toimib see hooldusravis, kusjuures hüvitatakse isikule määratud teenus s.t. piiratud on võimalus erinevate teenuste vahel valida, samuti puudub rahaline hüvitis.
Partnerlusmudel	Teenuste baastaseta pakutakse riigi poolt tasuta. Baastasemest edasi finantseeritakse partnerluse printsiibi alusel: iga isiku enda pandud kroonile lisab riik omapoolse summa kindlaksmääratud määra alusel.
Piiratud vastutus	Inimese poolt kulud pikaajalise hoolduse teenustele on piiratud kas teatud ajaperioodiga või pärast teatud kulude tegemist. Seega kannab esimese osa kulud isik ja ülejäänud kas riik või on see jagatud.
Erakindlustus	Erakindlustus kas eraldiseisva pikaajalise hoolduse kindlustusena või seotuna pensioni- või elukindlustusega. Vajaduse tekkides kaetakse teenuseid või pakutakse rahalisi toetusi vastavalt varem tehtud kindlustuse sisse maksetele.
Erahoiused	Eakas vastutab ise oma säästude, muude varade ning sissetulekuga hoolduskulude tasumise eest.

Puhtaid mudeleid üldjuhul (loe arenenud riikides) ei eksisteeri, praktikas rakendatakse erinevate rahastamisallikate kombinatsiooni.

Mida suurem on isiku osa teenuste finantseerimises, seda suuremad on tema riskid. Riigi suurema osalemise korral on riskid jagatud suure hulga inimeste (maksumaksjad, sotsiaalkindlustuse maksete maksjad) vahel.

### 3.2. Hollandi, Soome ja Eesti rahastamismudelite võrdlus

Sotsiaalministeeriumi poolt tellitud töö ühe etapina andsime ülevaate Hollandi ja Soome pikaajalise hoolduse finantseerimise süsteemist. Need on riigid, mis esindavad kahte põhimõttelist finantseerimismudelit – vastavalt sotsiaalkindlustuse süsteem ja maksutuludel põhinev süsteem. Üldisemas kontekstis võib Eesti mudelit vaadata kui kombinatsiooni neist kahest: hooldusravi on Eestis finantseeritud sotsiaalkindlustuse kaudu ja hooldustegevus maksutuludest.

Soome mudelit iseloomustab ka omavalitsuste suur autonoomia tervishoiu ja sotsiaalhoolekande elluviimisel. Samasugune vastutus on Eestis omavalitsustel hooldusteenuste osas. Hollandi süsteemi iseloomustab suhteline tsentraliseeritus ja erasektori suur roll teenuste pakkumisel.

Toome järgnevalt ära kokkuvõtva tabeli kolme riigi finantseerimismudelitest.

**Tabel 3 Eesti, Hollandi ja Soome pikaajalise hoolduse finantseerimismudelite võrdlus**

Kriteerium	Eesti	Soome	Holland
Peamine finantseerimisallikas	Hooldusraviteenus (HRT) sotsiaalkindlustus; hooldusteenus (HT) maksutulud	Nii HRT kui ka HT maksutulud;	Nii HRT kui ka HT sotsiaalkindlustus;
Avaliku sektori kulud pikaajalisele hooldusele	0.28%	2.9%	1.7%
Omavalitsuse (KOV) roll finantseerimisel	HT finantseerimine on KOV'i maksudest	Pikaajalist hooldust (PH) finantseerib KOV	KOV kaas-finantseerib vähesel määral madalama taseme vajadust
Riigieelarve roll finantseerimises	Otseselt vähe, kaudselt läbi KOV'ide eelarve ning puudega inimeste ja hooldajate toetuste kaudu	Kaudselt läbi KOV'ide eelarve	Subsideerib kindlustussüsteemi, kuna maksureform mõjutas kindlustuse tulubaasi. Valitsus otsustab igal aastal kindlustusele masktava määra isikute brutotuludest.
Riiklik kindlustus	Katab HRT kulud	Riiklik kindlustus (Kela) katab teatud määral riskigrupi st inimeste? kulud	Katab suure osa PH kuludest (sotsiaalkindlustus)

Erakindlustus	Olematu. Kaudselt läbi pensionisammaste, mis on toetatud riiklike subsiidiumitega (II ja III samm)	Marginaalne	PH kindlustuse süsteemi (AWBZ) administreerimisse on kaasatud erakindlustusfirmad (rakendusasutused). Vabatahtlik kindlustus väikese osakaaluga (3% tervishoiu kuludest)
Patsientide omaosalus	Märkimisväärne ainult hooldekodu teenuste osas (üle 50% kuludest). Trend on omaosaluse suurenemise suunas.	PH teenuste finantseerimisel keskmiselt alla 10%	Iga teenuse puhul on patsientidel omaosalus ning selle trend on suurenemise suunas
Varandusliku seisu test	Rakendatakse vähesel määral (näiteks koduteenuste juures). Hooldekodudes läheb suurem osa pensionist hooldekodule	Omafinantseerimise määramisel testitakse ka varanduslikku seisu	Omafinantseerimise määramisel testitakse varanduslikku seisu
KOV'i roll teenuste pakkumisel	HT teenuseid pakutakse valdavalt KOV'i poolt (hooldekodud, koduabi). Hooldushaiglad on samuti üldjuhul KOV omandis	Suurem osa teenuseid pakutakse KOV'i poolt	Vähene osalemine teenuste pakkumises
Riigi roll teenuste pakkumises	Väike. Osad hooldushaiglad on riigile kuuluvate haiglate omandis	Väike	Väike
Erasektori roll teenuste pakkumises	Väike. Suurem on roll koduõenduses	Umbes 20% PH teenustest tuleb erasektorilt	Valdav osa teenustest tuleb erasektorist
Investeeringute finantseerimine	Omanike omavahenditest. Toetust on võimalik saada ka struktuurifondidest	Riik kaas-finantseerib omavalitsuste investeeringuid kuni 25% ulatuses. Mittetulundusühingud saavad toetust hasartmängumaksust	Erasektor finantseerib investeeringuid
Omastehooldus	Vähesel määral tasustatud (hooldaja toetus, puudega inimese toetus)	KOV tasub omastehoolduse eest. Sealjuures on ette nähtud minimaalne hooldaja kuutasu	Omastehoolduse eest üldjuhul kompensatsiooni ei maksta

## Kokkuvõte

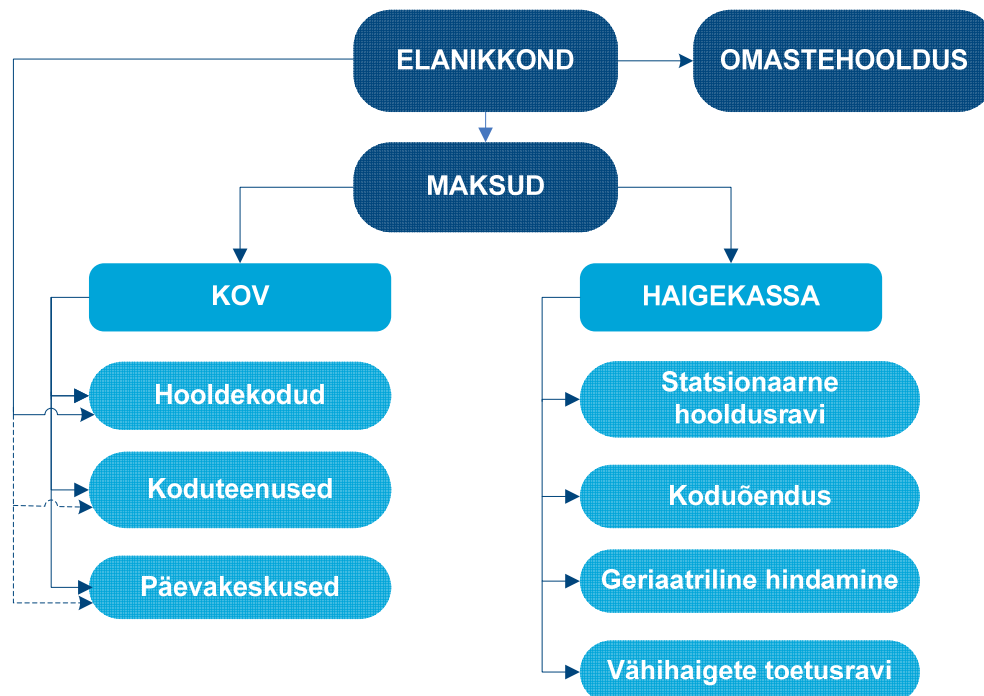
- Mõlemas võrdlusriigis eksisteerib omaosalus ja varandusliku seisu test, kuid nendel on suhteliselt väike osakaal ning süsteeme iseloomustab pigem vabad (tasuta) teenused isikutele. See tagab teenuse saajate vääriskuse, jättes nende käsutusse piisavalt vahendeid.
- Omaosaluse kasutamine lisab süsteemidele efektiivsuse ja õigluse aspekti, mida täiesti tasuta teenusel ei ole.
- Hollandi süsteem soodustab meie hinnangul rohkem optimaalse teenuste valiku tegemist, kuna kindlustushüvitise saajatel on võimalus saada hüvitist ka isikliku eelarvena. Erinevalt näiteks Saksamaast peab Hollandis isik siiski tõestama, et ta on saanud hüvitise eest formaalset teenust ostnud.
- Hollandi süsteemis on vastukaaluks ka rohkem bürokraatiat, seda nii vajaduse hindamise osas kui ka rahaliste ressursside administreerimise ja teenuste saamise kontrollimise osas. Soomes, kus kontroll on läbivalt omavalitsuste käes, puudub selleks vajadus.
- Hollandi tsentraalne süsteem võimaldab ühtlasemal tasemel teenust üle riigi. Soomes on teenuse tase teatud määral sõltuv omavalitsuse finantsressurssidest, kuigi seda vähendatakse sotsiaalsete parameetrite alusel vahendite eraldamise ja keskvalitsuse poolt.
- Kuigi Hollandis on pikaajalise hoolduse kulude suhe SKP'sse madalam kui Soomes, ollakse Hollandis rohkem mures süsteemi jätkusuutlikkuse pärast. Hollandi süsteemi kulud on kasvanud seoses pidava uute teenuste lisamisega sotsiaalkindlustuse paketti. Seoses elanikkonna vananemisega ähvardavad kulud väljuda kontrolli alt.
- Hollandi süsteemi ohud on seotud erakordsete kulude kindlustamise süsteemiga (AWBZ) üldiselt. Selle alla ei kuulu ainult pikaajalise hoolduse teenused.
- Eesti eristub kahest võrdlusriigist esmajärjekorras avaliku sektori kulutuste oluliselt väiksema mahu poolest (suhtena SKP-sse).

## 4. Eesti rahastamismudeli analüüs

### 4.1. Ülevaade Eesti pikaajalise hoolduse mudelist

Eesti pikaajalise hoolduse rahastamise mudel on toodud ära järgmisel joonisel.

Joonis 1 Pikaajalise hoolduse finantseerimine Eestis



Allikas: PWC

Teenust saavad isikud osalevad hooldusteenuste finantseerimisel. Kusjuures oluline on elanike osalus ainult hooldekoduteenuste ostmisel (58% hooldekodude kogueelarvest). Hooldusravis tasub EHK kõik kulud, isikul on võimalik lisateenust (näiteks koduõendust) osta täiendavalt oma vahendite eest.

Toome järgnevates tabelites täiendavalt ära Eesti hooldussüsteemi peamised tunnusjooned.

Tabel 4 Hooldusravi süsteemi ülevaade

Kriteerium \ Teenus	Hooldushaigla	Koduõendus	Geriaatiline hindamine
Vajaduse määrab	arst	arst	arst
Varandusliku seisu test ( <i>means-test</i> )	puudub	puudub	puudub
Peamine finantseerimisallikas	EHK 161 miljonit EEK (2007)	EHK 23.8 miljonit EEK (2007)	EHK 0.8 miljonit EEK (2007)
Muud finantseerimisallikad	Teatud (väga vähesel) määral tasuvad teenuse eest isikud ise, näiteks juhul kui	Mõned KOV'id ostavad lisaks HK poolt finantseeritud mahtudele teenust	Puuduvad

	ei soovita ravijärjekorras olla. Hooldushaiglatel on õigus küsida ka voodipäeva tasu (25 EEK/päev) esimese 10-ne päeva eest.	juurde. Samuti ostavad teenust isikud ise. Koduõde OÜ andmetel on eraklientide maht 2009. aastal seoses halvenenud majandusliku olukorraga langenud.	
Kaudne finantseerimisallikas	Riik tasub psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandeesutustes viibimise kulud. Osades asutustes pakutakse teatud määral ka hooldusraviteenuseid. Puudega isikud saavad riigilt puudega inimese toetust, mille võivad suunata hooldusravi teenuste eest tasumiseks.		
Omaosaluse põhimõte	Voodipäeva tasu 50 krooni päev, kuni 10-ne päeva eest.	EHK poolt finantseeritud teenustel omaosalust ei ole.	
Finantseerimisalus	Finantseerimisalus on voodipäev, mis vastavalt 20.05.2009 kehtivale EHK hinnakirjale on summas 696 krooni.	Finantseerimisalus on koduõde visiit, mis vastavalt 20.05.2009 kehtivale EHK hinnakirjale on summas 275 krooni.	Finantseerimisalus on haigusjuht, mis vastavalt 20.05.2009 kehtivale EHK hinnakirjale on summas 929 krooni.
Teenuse kvaliteedi kontroll	Tervishoiuteenuste, mille alla kuuluvad ka hooldusraviteenused, üle korraldab riiklikku järelvalvet Tervishoiuamet.		

**Tabel 5 Hooldussüsteemi ülevaade**

Kriteerium \ Teenus	Koduteenused	Hooldekodu	Päevakeskus
Vajaduse määrab	- Omavalitsuse sotsiaaltöötaja - Isik ise	- Omavalitsuse sotsiaaltöötaja - Isik ise	- Omavalitsuse sotsiaaltöötaja - Isik ise
Varandusliku seisutest ( <i>means-test</i> )	Vastavalt KOV'i äranägemisele osutab KOV teenuseid tasuta või teostab varandusliku seisutesti ning kohustus teenuse eest tasuda läheb piisavate vahendite olemasolu korral isikule või seadusjärgsele ülalpidajale.	KOV kontrollib isiku ning tema seadusjärgsete ülevalpidajate vahendite olemasolu.	Vastavalt KOV'i äranägemisele osutab KOV teenuseid tasuta või teostab varandusliku seisutesti ning kohustus teenuse eest tasuda läheb piisavate vahendite olemasolu korral isikule või seadusjärgsele ülalpidajale.
Peamine finantseerimisallikas (%)	KOV (97.8%; 2007)	Omafinantseering (58.3%; 2007)	KOV (86.1%; 2007)

Teine finantseerimisallikas (%)	Omafinantseering (1.1%; 2007)	KOV (40.6%; 2007)	Omafinantseering (7.9%; 2007)
Kolmas finantseerimisallikas (%)	Riik (0.4%; 2007)	Riik (1%; 2007)	Riik (3.1%; 2007)
Kaudne finantseerimisallikas	Puudega isikud saavad riigilt puudega inimese toetust, mille võivad suunata hooldusteenuste eest tasumiseks. Samuti makstakse KOV'ide poolt puudega inimestele hooldajatoetust.	Riik tasub psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandeesutustes viibimise kulud. Puudega isikud saavad riigilt puudega inimese toetust, mille võivad suunata hooldusteenuste eest tasumiseks. Samuti makstakse KOV'ide poolt puudega inimestele hooldajatoetust.	Puudega isikud saavad riigilt puudega inimese toetust, mille võivad suunata teenuste eest tasumiseks. Samuti makstakse KOV'ide poolt puudega inimestele hooldajatoetust.
Omaosaluse põhimõte	KOV kehtestab oma määrusega, millises määras ning kellele rakendatakse omaosalust. Samas on KOV vastavalt Kohaliku omavalitsuse korralduse seadusele kohustatud korraldama hoolekannet ning sotsiaalabi ka neile, kellel ei ole võimalusi omaosaluse tasumiseks.	Hooldekodukoha eest peavad isik või tema seadusejärgsed ülevalpidajad ise tasuma. KOV võtab tasumise kohustuse üle, kui isiku ning tema ülevalpidajate varanduslik seisund ei võimalda koha eest tasuda. Eakas peab siiski loovutama suure osa pensionist omaosalusena.	KOV kehtestab oma määrusega, millises määras, kellele ning mis teenuste osas rakendatakse omaosalust.
Finantseerimisalus	Teenuseid saav isik	Hooldekodukoht	Teenus
Teenuse kvaliteedi kontroll ning järelvalve	Koduteenuste kvaliteedi üle teostab kontrolli KOV. Samuti on teenuse pakkumine reguleeritud KOV'i määrustega.	Kontrolli teostamine sõltub asutuse omanikust. KOV'ide omanduses olevate hooldekodude järelvalvet teostab KOV, eraomanduses olevatele asutuste järelvalve ei ole reguleeritud. Hooldekodude tegevuslubade süsteem puudub. Samas kehtivad seadusega kehtestatud täiskasvanute hooldekandeesutuste	Kontrolli teostamine sõltub asutuse omanikust. KOV omanduses olevate asutuste järelvalvet teostab KOV, eraomanduses olevatele asutuste järelvalve ei ole reguleeritud.



		tervisekaitsenõuded.	
--	--	----------------------	--

Allikas: PwC

#### 4.2. Hinnang Eesti mudelile

Järgnevalt oleme hinnanud Eesti hooldusravi ning hooldusteenuste süsteemi kuuel erineval skaalal<sup>2</sup>: õiglus teenusesaajate suhtes, majanduslik efektiivsus, valikute skaala, ressursside tagamine, süsteemi läbipaistvus ning süsteemi jätkusuutlikkus/ühiskondlik aktsepteerimine.

**Tabel 6 Eesti hooldusravi süsteem hinnatuna 6 kriteeriumi skaalal**

	Statsionaarne hooldusravi	Koduõendus	Geriaatriline hindamine
<b>Õiglus</b>			
Kas teenuse pakkumine põhineb hinnatud vajadusel või isiku võimekusel selle eest tasuda?	Teenusele suunamine toimub hinnatud vajaduse alusel arsti saatekirjaga. Samas on ravile saamiseks järjekorrad ning ka põhjendatud vajaduse korral ei pruugi isik kohe teenust saada. Samuti on hooldusravi ning koduõenduse puhul teatud juhtudel probleemiks teenuse ajaline limiteeritus, millest igal konkreetsel juhul ei pruugi patsiendi jaoks piisata.		
Kas süsteem tagab eakale inimesele väärikuse?	Hooldusravi pakutakse kõikidele vajajatele ühistel alustel, kuid kuna statsionaarses hooldusravis on lubatud kuni 6 kuuline järjekord, siis ei pruugi isiku teenusele saamine olla kohene.  Hinnanguliselt eksisteerib suur vahe teenuse pakkumise ja vajaduse vahel.		
Kas eakale jääb pärast teenuse eest tasumist rahalisi vahendeid?	Kuna teenuse saamisel ei ole omafinantseeringut, siis säilitavad inimesed oma vahendid.		
Kas süsteem soodustab säästmist kulude katmiseks?	Süsteem ei „karista“ säästmist, kuna hooldusravi kulud kaetakse Haigekassa poolt. Süsteem on säästmise suhtes neutraalne.		
Kas hooldusravi süsteem on seotud hoolduse süsteemiga?	Kahe süsteemi finantseerimine ja töökorraldus (vajaduse hindamine; teenuste määramine) ei ole omavahel koordineeritud.		
Kas süsteem toetab omastehooldust?	Hooldusravi korraldus ei soodusta ega toeta omastehooldust. Tingituna finantseerimise piiratusest ning järjekordade pikkusest langeb suur hoolduskoormus lähedastele, kellele ei ole spetsiaalset mingit toetust ette nähtud.		
<b>Majanduslik efektiivsus</b>			
Kas süsteem tagab optimaalseima tulemuse võttes arvesse ressursside alternatiivseid kasutusvõimalusi?	Kuna hooldusravi on tasuta, siis eelistatakse seda tihti hooldekodule. Sellest tingituna võib oluliselt suuremate kuludega hooldusravil olla ka eakaid, kes tegelikkuses vajaksid hoopis hooldust ning seega toimub ressursside raiskamine.		
Kas süsteem vähendab ühiskonna hoolduskoormuse kaudseid kulusid?	Kuna teenus on tasuta siis vähendab, eeldusel, et hooldusravi vajavad eakad saavad kindlaksmääratud aja jooksul nõutud ravile.		
Kas süsteem pakub	Jah, kuna kõik eakad on kaetud ravikindlustusega, mille raames on		

<sup>2</sup> Hindamiskriteeriumite allikaks Wanless D. (2006). *Securing good care for older people*;

inimesele kaitstust võimalike suurte kulude eest?	hooldusravi tasuta.
Kas süsteem stimuleerib teenuste arendamist?	Pigem mitte sest Haigekassa hinnakirjas on kindlaks määratud hooldusravi teenused, mida ta tervishoiuteenuste pakkujatel tellib.
Kas süsteem toetab kuluefektiivseid ennetusmeetmeid?	Jah, Haigekassa finantseerib ka haiguste ennetust, mis peaks vähendama vajadust hooldusravi järele. Suurem integratsioon hooldussüsteemiga parandaks seda veelgi.
<b>Valikute skaala</b>	
Kas süsteem võtab arvesse inimeste erinevaid vajadusi ning eelistusi?	Olenevalt inimese hooldusravi vajaduse raskusastmest saab inimene kas statsionaarset või kodust hooldusravi. Kuna aga mõlemad teenused on tasuta, siis ei motiveeri süsteem parima teenuse valikut.
Kas süsteemi finantseerimine või korraldus on kaldus teatud tüüpi teenuse või teenusepakkuja suunas?	Kuna koduõendus on Eestis suhtelised uus teenus, siis ajaloolisest taustast tulenevalt on statsionaarne hooldusravi suhteliselt paremini finantseeritud võrreldes koduse raviga. On hinnatud, et odavamasse koduõendusesse ressursse suunates võiks HR süsteemis saada kokkuhoidu. Lisaks on kallutatud statsionaarsesse hooldusravi poole võrreldes hooldekodu kohaga, mis on tingitud sellest, et HR on tasuta, kuid hooldekodu koha eest peab inimene ise tasuma.
<b>Ressursside tagamine</b>	
Kas süsteem soodustab piisavalt õendus- hooldustöötajate koolitust ning eriala valikut?	Hooldusravi õdede koolitamine toimub üldise riikliku koolitustellimuse raames, sotsiaalkindlustuse süsteem otseselt õde-hooldajate motiveeritusele ei mõju.
Kas on motiveeritud piisav ning sihtotstarbeline investeerimine kinnisvarasse?	Hoonete kulum on arvestatud Haigekassa hinnakirja hooldusravi hindadesse, mis peaks teoreetiliselt katma kapitalikulud ning soodustama selle läbi investeringuid hoonetesse. Kapitalikulu komponent on täna siiski liiga madal, et võimaldada hoonete seisundi olulist parandamist.
<b>Süsteemi läbipaistvus</b>	
Kas süsteemi korraldus ning erinevad võimalused on kergesti mõistetavad ning üheselt tõlgendatavad?	HR korraldus on läbipaistev ning üheselt mõistetav.
<b>Jätkusuutlikkus/ ühiskondlik aktsepteerimine</b>	
Kas on olemas pikaajaline strateegia, millele teenuse tarbijad ning teenuse pakkujad saavad planeerides toetuda?	Ei ole paika pandud kindlat strateegiat hooldusravi arengu või finantseerimise osas.
Kas süsteemis on paindlikkust, et kohaneda muutuvate vajadustega?	Kuna HR korraldus ei põhine mingil kindlal strateegial või pikaajalisel tegevusplaanel, siis on süsteemis mingil määral paindlikkust, et kohaneda muutuva keskkonnaga.
Kas põhimõtted ning väärtused, millele süsteem, toetub on ühiskonnas aktsepteeritud?	Solidaarsusprintsip, mille alusel on hooldusravi kõikidele vajajatele kättesaadav, on ühiskonnas aktsepteeritud. Samas on ka arvamusi, et ka hooldusravi puhul peaks inimene siiski tasuma omaosalust.

**Tabel 7 Eesti hooldusteenuste süsteem hinnatuna 6 kriteeriumi skaalal**

Süsteemi õiglus	Hooldekodud	Koduteenused	Päevakeskused
Kas teenuse pakkumine põhineb hinnatud vajadusel või isiku võimekusel selle eest tasuda?	Vastavalt Kohaliku omavalitsuse korralduse seadusele on KOV kohustatud tagama hoolekannet ka neile eakatele, kes ei ole suutelised teenuse eest ise tasuma. Samas pakub KOV oma piiratud ressursside piires kõige soodsamat teenust, mille kvaliteet või maht ei pruugi vastata eaka soovidele. Seega sõltub eaka võimekusest ise maksta, millist ning millise kvaliteediga teenust ta saab.		
Kas hooldussüsteem tagab eakale inimesele väärkuse?	Vastavalt oma finantsilisele võimekusele tagab KOV elementaarset hooldusteenust kõikidele eakatele, kes ise selle eest ei suuda maksta. Samas ei pruugi teenus või selle kvaliteet vastata eaka enda soovile. Samuti on teenuse tase ning kättesaadavus ebaühtlane KOV' de lõikes.		
Kas on tagatud, et eakale jääb isiklikuks kasutamiseks teatud rahasumma, pärast teenuse eest tasumist?	Juhul kui KOV tasub teenuse eest, peab eakas tasuma omafinantseeringut kuni 95% oma pensionist. Seega väike summa jäetakse ka eakale endale kasutamiseks, mis praeguste pensionide juures on küll üsna väike.	Kuna inimene elab kodus, siis jälgitakse, et pärast omaosaluse tasumist jääks inimesele piisav summa. Täna on koduteenuste ning päevakeskuste puhul omaosalus marginaalne.	
Kas süsteem soodustab hoolduskulude katmiseks säästmist?	Süsteem ei soodusta säästmist, kuna piisava varalise seisu korral peab eakas või tema seadusjärgsed ülevalpidajad eaka hoolduse eest ise tasuma, samas kui ressursside puudumise korral vastutab teenuse tasumise eest KOV. Seega on varasemalt sääste kogunud eakad ebavõrdses olukorras. Samas, kuna KOVi poolt kaetakse isiklike ressursside puudumisel ainult elementaarne hoolduse tase ning vajadusel soodsaim hooldekodu koht, mis ei pruugi vastata inimese enda soovidele, siis on eakas, kes omab sääste ning suudab ise valida milliseid teenuseid osta, oluliselt paremas olukorras.		
Kas hooldussüsteem on seotud hooldusravi pakkumise ning finantseerimisega?	Hooldusteenuste korraldus ning finantseerimissüsteem on täiesti eraldiseisev hooldusravi pakkumisest ning finantseerimisest.		
Kas süsteem toetab õiglast ning majanduslikult ökonoomset mitteformaalset hooldust?	Perekonnaseadusega on sätestatud laste vastutus oma eakatest vanemate ülevalpidamise ees. Samas ei ole omastehooldus seadustega reguleeritud või toetatud, seega võib tekkida olukordi, kus hooldaja on ülekoormatud või ei saa hooldamisega hakkama.		
<b>Majanduslik Efektiivsus</b>			
Kas süsteem tagab optimaalseimad tulemused võttes arvesse ressursside alternatiivseid kasutusvõimalusi?	Kuna erineva hooldustaseme ning profiiliga institutsionaalseid asutusi ei ole väga palju ning ka koduteenuste pakkumine on limiteeritud, siis võib hooldekodudes viibida inimesi, kes küll ei saa kodus enam päris üksi hakkama, kuid ei vaja ka veel 24 tunni hooldusega institutsionaalset kohta. Seega süsteemi paindlikkus ei võimalda odavaimate teenuste eelistamist.		

Kas süsteem vähendab ühiskonna hoolduskoormuse kaudseid kulusid?	Formaalse hoolduse osakaal 65+ vanusegrupis on suhteliselt madal, samas kui hooldusvajadust hinnatakse kõrgemaks kui mujal Euroopas. See viitab kõrgele omastehoolduse osakaalule, mis omakorda põhjustab suuri kaudseid kulusid, kuna palju nooremaid inimesi on tööjõu turult eemal.
Kas süsteem pakub inimesele efektiivselt riskide hajutamisest ja kindlustamisest tulenevat kaitstust finantsriskide seisukohalt?	Üldjuhul küll, sest KOV'il on kohustus tagada hooldus ka neile inimestele, kellel ei ole endal piisavalt vahendeid, et ise hoolduse eest tasuda.
Kas süsteem stimuleerib pakkumise poolt laiendama teenuste profiili vastavalt muutuvale vajadusele?	Hooldussüsteemis pakutakse limiteeritud arvu erinevaid teenuseid. Kuna finantseerimine on suhteliselt piiratud ning samuti teenuse sihtgrupi ostujõud on madal, siis ei ole pakkujatel erilist initsiatiivi teenuseid arendada.
Kas süsteem hüvitab inimestele hooldusvajadust vähendavate sammude tegemise?	Süsteem ei näe ette erilisi mõjureid, millega motiveeritaks inimesi hooldusvajadust vähendavaid samme ette võtma.
Kas süsteem toetab kuluefektiivselt ennetusmeetmeid?	Süsteem ei hõlma hooldusvajadust ennetavaid meetodeid.
<b>Valikute skaala</b>	
Kas süsteem võtab arvesse inimeste erinevaid vajadusi ning eelistusi?	KOV'i poolt pakutavate teenuste ring on ressursside piiratusest tulenevalt suhteliselt limiteeritud. Piisavate isiklike säästude korral on võimalik osta suurema valikuga teenuseid erapakkujate käest.
Kas süsteemi finantseerimine või korraldus on kaldus teatud tüüpi teenuse või teenusepakkuja suunas?	Eakad eelistavad võimaluse korral minna hoolekodu asemel statsionaarsele hooldusravile, kuna viimane on 100% tasuta, samas kui hooldekodu eest tuleb täies mahus ise tasuda.
<b>Ressursside tagamine</b>	
Kas süsteemis on korraldatud uute väljaõpet omavate hooldustöötajate piisav koolitus ning motiveeritus?	Spetsiaalseid meetmeid ei ole rakendatud. Hooldustöötajate personalinõuded ei ole väga spetsiifilised ning hooldustöötajaks pürgivate inimeste arv on pigem sõltuvuses suhtelisest palga tasemest.
Kas toetab investeerimist elamufondi?	Investeeringute ning põhitegevuse finantseerimine ei toimu samadel alustel. Investeeringud sõltuvad KOV'i võimalustest ja eelistustest. Süsteem ei soodusta parema standarditega hooldekodusid.
<b>Läbipaistvus</b>	
Kas süsteemi korraldus ning erinevad võimalused on kergesti mõistetavad ning üheselt tõlgendatavad?	Hooldussüsteemi üldine korraldus on arusaadav ning mõistetav, samas detailide osas on hooldussüsteem olenevalt kohaliku omavalituse määrustest varieeruv ning teenuste pakkumine erinev. Suhteliselt komplitseeritud on varandusliku seisu testi arvestuspõhimõtted ning testi läbiviimine.
<b>Jätkusuutlikkus/ühiskondlik aktsepteerimine</b>	

Kas on olemas pikaajaline strateegia, millele teenuse tarbijad ning teenuse pakkujad saavad planeerides toetuda?	Ei ole paika pandud kindlat strateegiat hooldusteenuste pakkumise osas.
Kas süsteemis on paindlikkust, et kohaneda muutuvate vajadustega?	Kuna hooldusteenuste pakkumine ei põhine mingil kindlal strateegial või pikaajalisel tegevusplaanel, siis on süsteemis mingil määral paindlikkust, et kohaneda muutuva keskkonnaga.
Kas põhimõtted ning väärtused, millele süsteem toetub, on ühiskonnas aktsepteeritud?	Süsteem tagab elementaarse hoolduse eakatele, kes ei suuda selle eest ise maksta. Samuti vastab ühiskonnas kehtivatele väärtustele varandusliku seisu testi läbiviimine, mis viitab sellele, et ka inimene ise on vastutav oma toimetuleku eest.

#### 4.3. Tänapäevase Eesti mudeli kitsaskohad

Täna toimiva mudeli kitsaskohtade hindamiseks peab kõigepealt välja tooma süsteemi eesmärgid. Toome järgnevalt ära olulisemad pikaajalise hoolduse eesmärgid, mis peaksid kehtima nii hooldusravi kui ka hoolduse süsteemile<sup>3</sup>:

- Identifitseerida need inimeste vajadused ja vastavate teenuste pakkujad, mis on toetatud avaliku sektori poolt.
- Tagada, et isikud, kellel on vajadused tuvastatud, saaksid asjakohast abi ja nõu ning oleksid kindlad saadava abi jätkusuutlikkuse osas.
- Kujundada ja juurutada selline ressursside jaotamise süsteem, mis oleks läbipaistev ja jätkusuutlik, mis võimaldaks füüsilise infrastruktuuri tekkimist, soodustaks ressursside õiglast jaotamist ja ökonoomset kasutamist.
- Tagada teenuste kättesaadavus üle riigi ühtlase kvaliteediga ja piisava valikuga.

Lähtudes eelpooltoodud eesmärkidest, läbiviidud analüüsist ja intervjuudest valdkonna ekspertidega toome Eestis täna toimiva mudeli osas välja järgmised puudused ning mõtteid nende kõrvaldamiseks:

##### a. Vajaduste hindamine

Tänapäevase süsteemi täiendamise oluliseks eelduseks on toimiva ja selge abivajaduse hindamise süsteemi loomine. Täna selline süsteem, mis aitaks ühtselt hinnata abivajadust nii hooldusravi kui ka hoolduse üleselt, ei toimi. Vajaduste hindamine täna ei määra vajadusi n-ö vertikaalselt ehk erineva taseme teenuseid omavahel kombineerides. Hindamine toimub tervishoius ja hoolduses eraldi, kuigi tihtilugu vajab isik teenust mõlemast valdkonnast.

Vastavalt meie arusaamale, on täna Sotsiaalministeeriumi poolt käivitatud protsess hindamiseks vajaliku infosüsteemi valimiseks ja juurutamiseks. Kavandatav süsteem põhineks osaliselt täna toimival mudelil, kus vajaduse hindamisega tegelevad perearstid ja sotsiaaltöötajad. Geriaatriameeskonna hinnata jääksid sarnaselt tänapäevasele raskemad juhud.

Sarnaselt täna toimivale puude määramisele võiks abivajadust hinnata erinevate kategooriate järgi vastavalt tegevuspiirangu ulatusele. Sellega saaks siduda nii teenuste kui ka rahastamispaketi määramise.

<sup>3</sup> Allikas Wanless, D.

#### b. Teenuste standardiseerimine ja kirjeldamine

Integreeritud süsteemi rahastamise aluseks saavad olla ühtse formaadi alusel kirjeldatud teenused. Täiustatud hindamissüsteemiga peab kaasnema teenuste standardiseerimine, mille abil hindamismeeskond ja nõustajad saavad kokku panna vajaliku teenuste paketi abivajajatele.

#### c. Teenuste saaja motivatsioon optimaalset teenuse/hinna pakett valida

Teenuste finantseerimine on üles ehitatud selliselt, et abivajajal puudub (rahaline) stiimul ise aktiivselt teenuste valimise protsessis osalemiseks selliselt, et saadav teenus oleks ühelt poolt võimalikult täpselt vajadusele vastav, teiselt poolt ka maksumuse osas optimaalne.

Sellise süsteemi sisseviimine, mis paremini arvestaks vajaduse/maksumuse kombinatsiooni, eeldab eelnevalt ära toodud teenuste selget klassifitseerimist.

#### d. Ebaühtlane kättesaadavus

Tagatud ei ole teenuste võrdne kättesaadavus eelkõige hooldusteenuste poole peal. Ebavõrdsus tuleneb omavalitsuste erinevast finantsvõimekusest, mille tulemusena jõukamate omavalitsuste abivajadusega inimesed on teenustega paremini kindlustatud. Enne, kui haldusreform ei ole läbi viidud, ei ole ka tõenäoline omavalitsuste finantsvõimekuse kasv.

#### e. Rahastamisest tulenev kallutus

Statsionaarse hooldusravi ja hooldekodu teenuse erinevad finantseerimismudelid tekitavad täna süsteemis motivatsioonimehhanismi, mis kallutab abivajajad hooldusravi suunas. Kuna hooldusravi on täna patsientidele sisuliselt tasuta, hooldekodus viibimisega kaasnevad aga kõrged kulud, siis on loomulik, et patsiendid soovivad pigem pääseda hooldushaiglasse. Lisaks finantsaspektidele hinnatakse täna ka, et hooldushaiglate seisukord on parem kui hooldekodus ning hooldushaiglas pakutakse rohkem teenust. Kuna patsient hooldushaiglas rahalist koormust ei kannu, siis on ta huvitatud võimalikult pikast hooldusravil viibimisest

#### f. Vähene integreeritus rahastamisel

Näiteks on keeruline hooldekodu elanikele õendusteenuste osutamine. Hooldekodudel üldjuhul puudub litsents õendusteenuse osutamiseks ning levinud on praktika, kus hooldekodud hoiavad hooldajatena palgal õdesid, kes siis „varjatult“ õeteenust osutavad. Täna on siiski tehtud eraldi hinnastamise mehhanism õendusteenuse osutamiseks hooldekodudes. Seega on praktikas probleem pigem seotud vähese rahastamisega.

#### g. Varandusliku seisu testimine

Varanduslikust seisust ja sissetulekust sõltub teenuse omafinantseering eelkõige hooldekodudes. Millisel määral isiku vahendeid testitakse, sõltub kohaliku omavalitsuse otsusest. Selline lähenemine karistab inimesi, kes on kogunud sääste oma vanaduspõlveks ja/või näiteks omastele pärandvara tekitamiseks. Lisaks on sellel süsteemil veel teisigi puudusi:

- Varandusliku seisu testimine võib inimesed teenustest, mida nad oma seisundi tõttu kindlasti vajaksid, eemal hoida ning põhjustada seisundi halvenemise järel hiljem ühiskonnale suuremaid kulusi.
- Isiku osaluse määramisel arvestatakse peamiselt kinnisvaraga, kuid selle väärtuse hindamine, eriti maapiirkondades, on keeruline, kuna vara väärtus võib aja jooksul oluliselt muutuda, motivatsioon on vara lähedaste nimele kanda, arvestada tuleb kinnisvara teiste kasutajatega (elanikega) jm.
- Kinnisvara on ainult üks võimalik vara liik. Lisanduvad väga erinevad varade liigid, näiteks aktsiad ja osalused, muud investeeringud, vallasvara (autod) jm., millega peaks samuti testimisel arvestama, kuid mille tuvastamine, väärtuse hindamine ning realiseerimine võib samavõrra keeruliseks osutada. Suurbritannias võetakse vahendite testis näiteks arvesse ainult finantsvara.

- Erinevad omavalitsused võtavad varanduslikku seisu erinevalt arvesse, millest tekib niinimetatud postiindeksi loterii.
- Varandusliku seisu arvessevõtmine võib motiveerida omavalitsusi eelistama institutsionaalset teenust (hooldekodu) koduteenustele. Viimased on tervikuna võttes aga odavamad ning võimaldaksid kokkuvõttes sama ressursi eest suuremale hulgale abivajajatele teenust osutada.

Eelneva kokkuvõtteks võiks kaaluda varandusliku seisu arvessevõtmise süsteemi muutmist. Kindlasti ei ole otstarbekas statsionaarseid teenuseid tasuta pakkuda. Majutusteenuse ja toitlustamise komponentide osas peaks hooldekodudes, kavandatavates õenduskodudes ja ka hooldushaiglates jääma patsientidel omaosalus. Süsteemi võiks muuta selliselt, et arvestatakse ainult isiku sissetulekuga, millele lisaks võiks arvesse võtta ka isiku laste sissetulekut, kuna vastavalt seadusele on esmane hoolduskohustus lastel.

#### h. Omastehoolduse vähene toetamine

Tänane süsteem ei motiveeri ja toeta kallite formaalsete teenuste asendamist või täiendamist omastehooldusega. Kui isikul on võimalus asendada formaalne teenus omaste hooldamisega, siis puudub sellel reaalne rahaline stiimul. Täna on omastehooldus pigem pealesunnitud lahendus, mis on tingitud teenuste võimaluste piiratusest.

## 5. Võimalused Eesti rahastamismudeli täiustamiseks

### 5.1. Võimaluste piiritlemine

Tänase mudeli täiendamise võimalused võib üldjoontes jagada kaheks. Esiteks sellised muudatused, mis kõrvaldavad täna olemasolevad konkreetsed puudused. Teiseks süsteemsed täiendused, mis muudavad tänase süsteemi põhimõtteid. Põhimõtteliseks muudatuseks oleks eelkõige uue domineeriva finantseerimisallika või –mudeli sisseviimine.

Alapeatükis 3.1 tööme ära pikaajalise hoolduse võimalikud finantseerimisallikad.

Säästud	Tähendaks kogu vastutuse kandmist üksikisiku tasandile. Peaks jääma omaosaluse katmise või täiendavate teenuste ostmise allikaks.
Erakindlustus	Ei ole üldjuhul kasutusel peamise finantseerimisallikana. Erakindlustus, kui selline toode turule tekib, võiks olla ainult üheks allikaks lisavahendite toomisel süsteemi. Vabatahtliku erakindlustuse korral on raske motiveerida inimesi säästma hooldusvajaduse katteks ning seega võib tekkida oht, et abi andmine jääb ikkagi riigi finantseerida (sotsiaalmuudatuse).
Piiratud vastutus	Jätaks raskesse olukorda väiksema sissetulekuga grupid. Raske siduda tänase sotsiaalkindlustuse süsteemiga Eestis.
Partnerlus	Võiks kaaluda ühe võimalusena tänase süsteemi täiendamiseks, kuna aitab parandada süsteemi efektiivsust, toob täiendavaid ressursse ja soodustab säästmist. Partnerlusmudeliga on võimalik täiendada ka hooldusravi täna sotsiaalkindlustusel põhinevat süsteemi.
Sotsiaalkindlustus	Aitab tuua süsteemi täiendavaid ressursse. Toimib täna hooldusravi poolel, kuid võiks katta ka hoolduse poolt. Eeldab selge kindlustusjuhtumi defineerimist.
Maksutulud (vabad teenused)	Maksutuludest finantseerimine toimub täna hooldussüsteemis. Võimalus on finantseerimine viia keskvalitsuse alla. See aitaks näiteks ühtlustada teenuste kättesaamist erinevates piirkondades. Jätab lahtiseks küsimuse, milliste avalike teenuste arvelt riik vastava ressursi leiab. Tasuta teenuste süsteemi laiendamine ei muuda süsteemi efektiivsemaks, pigem võib mõju olla vastupidine. Institutsionaalsete teenuste puhul on tasuta reeglina ainult hooldamise/ravi komponent, majutuse/toitlustuse osas rakendatakse omafinantseeringut.  Maksutuludest finantseerimine toimub täna hooldussüsteemis, kusjuures avahoolduse teenused on sisuliselt tasuta, hooldekodu teenuse juures rakendatakse vahendite testi.

Järgnevalt analüüsime eelpool toodud kuute rahastamisallikat/mudelit 6 kriteeriumi lõikes, milleks on õiglus teenusesaajate suhtes, majanduslik efektiivsus, valikute skaala, ressursside tagamine, süsteemi läbipaistvus ning süsteemi jätkusuutlikkus/ühiskondlik aktsepteerimine. Samade kriteeriumite alusel on läbi viidud Eestis hetkel toimivate hooldusravi- ning hooldusteenuste mudelite analüüs (Tabel 4 ja Tabel 5). Järgnevas tabelis (Tabel 8) toodud hinnangu allikaks on D. Wanless ja selles on antud hinnangud nn. puhastele rahastamismudelitele. Tabeli all on toodud ka erinevatele finantseerimisallikatele antud hinded.



**Tabel 8 Pikaajalise hoolduse rahastamisallikate analüüs erinevate kriteeriumite järgi**

	Erakindlustus	Erahoiused	Maksutuludest (tasuta teenused)	Sotsiaal-kindlustus	Maksutuludest (+ vahendite test)	Partnerlus	Piiratud vastutus
<b>Süsteemi õiglus</b>							
Teenuse pakkumine põhineb hinnatud vajadusel mitte isiku võimekusel selle eest tasuda?	Jah	Ei	Jah	Jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah
Kas süsteemi poolt pakutavad teenused tagavad eakale inimesele väarikuse (jätab piisavalt vahendeid, tagab teenuse saamise)?	Jah	Ei	Jah	Jah	Ei	Pigem jah	pigem Ei
Kas süsteem väldib nende eakate karistamist, kellel on sääste, võrreldes nendega, kellel ei ole?	Jah	Jah	Jah	Jah	Ei	Jah	Pigem jah
Kas hooldusteenuste ning hooldusravi korraldus ning finantseerimine on omavahel integreeritud?	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne
Kas süsteem toetab õiglast ning majanduslikult ökonoomset mitteformaalset hooldust?	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne
<b>Majanduslik efektiivsus</b>							
Kas süsteem tagab optimaalseimad tulemused võttes arvesse ressursside alternatiivseid kasutusvõimalusi?	Pigem ei	Pigem Ei	Jah	Jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah
Kas süsteem pakub inimesele efektiivsest riskide hajutamisest ja kindlustamisest tulenevat kaitstust finantsriskide seisukohalt?	Jah	Ei	Jah	Jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah
Kas süsteem stimuleerib pakkumise poolt laiendama teenuste profiili vastavalt muutuvale vajadusele?	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne
Kas süsteem hüvitab inimestele	Pigem mitte	Jah	Ei	Ei	Ei	Pigem jah	Pigem jah

hooldusvajadust vähendavate sammude tegemise?							
Kas süsteem toetab kuluefektiivseid ennetusmeetmeid?	Pigem ei	Pigem jah	Ei	Pigem ei	Pigem ei	Pigem ei	
<b>Valikute skaala</b>							
Kas süsteem võtab arvesse inimeste erinevaid vajadusi ning eelistusi?	Jah	Jah	Limiteeritult	Limiteeritult	Limiteeritult	Limiteeritult	Limiteeritult
Süsteemi finantseerimine ja korraldus on erapooletu teenuse tüüpide ning teenusepakujate suhtes?	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah
<b>Ressursside tagamine</b>							
Kas süsteemis on korraldatud uute väljaõpet omavate hooldustöötajate piisav koolitus ning motiveeritus?	Pigem ei	Pigem ei	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah
Kas finantseerimismudel toetab investeerimist elamufondi?	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne
<b>Läbipaistvus</b>							
Kas süsteemi korraldus ning erinevad võimalused on kergesti mõistetavad ning üheselt tõlgendatavad?	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem ei	Pigem ei	Pigem ei
<b>Jätksuutlikkus/ühiskondlik aktsepteerimine</b>							
Kas on olemas pikaajaline strateegia, millele teenuse tarbijad ning teenuse pakujad saavad planeerides toetuda?	Ei	Ei	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah
Kas süsteemis on paindlikkust, et kohaneda muutuvate vajadustega?	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne	Neutraalne
Kas põhimõtted ning väärtused, millele süsteem toetub, on ühiskonnas aktsepteeritud?	Ei	Ei	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah	Pigem jah
<b>PUNKTID WANLESS'I JÄRGI</b>	<b>3.3</b>	<b>17.8</b>	<b>39.2</b>	<b>28.5</b>	<b>5.4</b>	<b>42.2</b>	<b>3.3</b>

Allikas: Wanless;

Rahastamisallikas on siiski ainult üks osa pikaajalise hoolduse süsteemist. Vahendite efektiivne kasutamine, teenuse kvaliteet ning erinevate teenuste valik on suures osas sõltumatu rahastamisallikast ning sõltub pigem pikaajalise hoolduse süsteemi üldisest korraldusest ning administreerimisest.

Tabel 8 viimane rida näitab, et partnerlusmudel annab hinnangukriteeriumite alusel kõige parema tulemuse. Kõrge hinnangu on saanud ka maksutuludest finantseerimine koos vabade teenustega ja sotsiaalkindlustuse mudel. Järgnevalt tutvustame lähemalt partnerlus, sotsiaalkindlustuse ja maksutuludest finantseerimise (vabade teenuste) mudelit ning võimalusi nende abil Eesti süsteemi täiendada. Esimese plussiks on eelkõige võimalus muuta teenuste mahud optimaalsemaks ja süsteem efektiivsemaks läbi inimeste suurema huvitatuse teenuste ostmise vastu. Sotsiaalkindlustuse mudel aga võimaldab süsteemi tuua piisavalt lisavahendeid ning selle sisseviimist lihtsustab asjaolu, et hooldusravi poolel sotsiaalkindlustus juba toimib. Vaatamata sellele, et partnerlusmudel on saanud hea hinnangu, on sellel ka mitmeid puudusi, millest on juttu järgnevalt.

Maksutuludest teenuste katmise mudeli puhul võtab riik üle KOV'ide ülesanded pikaajalise hoolduse finantseerimisel. See mudel toob samuti süsteemi uusi lisavahendeid, kohtleb eakaid võrdselt ning tagab teenused kõigile vajajatele olenemata varanduslikust seisust. Mudel võimaldaks ühtlustada teenuste pakkumist üle riigi. Sellisel juhul võiks kaaluda hooldusravi Haigekassa alt ära toomist, vabastades sellega Haigekassa ressursi muudele tegevustele. Ressursi vabastamine võib olla siiski näiline, sest sama ressurss tuleb leida riigil – riigil on lihtsalt laiem valik maksumehhanisme täiendavate vahendite kogumiseks. Lisaks võib üldine tasuta teenus viia ka ressursside raiskamise ning süsteemi ebaefektiivsuseni.

Meie hinnangul oleks sotsiaalkindlustuse mudel Eestis oludes siiski eelistatum riigi maksutuludest finantseerimise mudelile (tasuta teenused). Põhjuseks on juba olemasolev kogemus hooldusravi poolel ning võimalus tervisega seonduv laiemalt Haigekasse kompetentsi alla viia. See annaks rohkem võimalusi tervishoiu ja sotsiaalvaldkonnaga seotud eesmärkide saavutamiseks kui pikaajalise hoolduse süsteemi eraldi haldamine mõne teise riikliku institutsiooni alt.

Alapeatükis 4.3 tööme ära tänase süsteemi peamised kitsaskohad ja võimalusi nende lahendamiseks, järgnevates alapeatükkides kirjeldame võimalusi täiendada Eesti mudelit sotsiaalkindlustuse, partnerlus ning maksutuludest finantseerimise mudeliga.

## 5.2. Partnerlusmudel

Mudeli põhiprintsiibid	<p>Teenuste baastaset pakutakse tasuta avaliku sektori poolt.</p> <p>Baastasemest edasi finantseeritakse täiendavaid teenuseid partnerluse printsiibi alusel: isiku enda pandud igale kroonile lisab riik omapoolse summa kindlaksmääratud määra alusel.</p> <p>Eesmärgiga hoida riigi kulusid kontrolli all, seatakse teenuse saajatele kindel piir, kui palju riik maksimaalselt panustab.</p>
Vahendite test	Varandusliku seisu ei testita. See on partnerlusmudeli üks kandvaid ideid – vältida säästmise „karistamist“.
Tugevused	<p>Õiglane, kuna ei karista vaid soodustab säästmist.</p> <p>Kaovad raskused, mis on seotud isiku varandusliku seisu selgitamise ja hindamisega.</p> <p>Motiveerib isikuid initsiatiivi näitama vajadustele vastava teenuste paketi kokkupanemisel ja aitab seeläbi süsteemi kogukuludid optimeerida.</p> <p>Võimaldab teatud tingimustel süsteemi rohkem vahendeid juurde tuua ja sellega teenuste saajate ringi laiendada.</p>
Puudused	Avaliku sektori kulutuste planeerimine ja kontrolli all hoidmine on

	<p>keeruline.</p> <p>Baastaset on keeruline määrata.</p> <p>Võib seada vaesemad inimesed raskesse olukorda, eriti siis, kui baastase on madalal.</p> <p>Kuidas siduda hinnatud vajadust ja baastaset? Isikul, kellel on suurem abivajadus peaks ka baastase kõrgem olema.</p> <p>Administreerimise keerukus, mis kasvab juhul, kui riigi kaasfinantseerimine on regresseeruv. Kuidas pidada arvestust selle üle, kas isik on talle teatud perioodiks eraldatud limiidi ära kulutanud või mitte?</p> <p>Puudub rahvusvaheline kogemus praktilise rakendamise osas.</p> <p>Võimaldab süsteemi juurde tuua suhteliselt vähe lisavahendeid.</p> <p>Omab vähest mõju teenuste ühtlasemale kättesaamisele üle riigi.</p>
--	--

Täna Eestis osutatavate teenuste partnerlusmudeli kaudu finantseerimise võimalused:

Hooldusravi	<p>Täna toimub tasumine EHK poolt voodipäevade alusel. Baastaseme ja lisateenuste määramine on hooldusravis keeruline, sest marginaalsed teenused on raskesti eraldi defineeritavad ja mõõdetavad. Seega on mudeli rakendamine hooldusravis sisuliselt väga keeruline.</p> <p>Samas väidab EHAK 2015, et tänased (aasta 2000) hinnad ei võimalda funktsionaalse seisundi parandamiseks vajalikke teenuseid osutada. Seega, juhul kui sellised teenused on defineeritavad, klassifitseeritavad ja mõõdetavad, siis võiks kaaluda partnerlussüsteemi rakendamist nendele teenustele.</p>
Koduõendus	<p>Arvestus ja tasustamine toimub ravijuhtude alusel, mis on omakorda jagatud visiitideks. Seega on võimalik partnerlusmudelit tänasele süsteemile rajada. Baastaseme määramiseks on vajalik määrata abivajaduse kategooriad, millele määratakse vastav baastase.</p>
Hooldekodu	<p>Täna on esimene finantseerimisallikas isik, omavalitsus finantseerib vastavalt hooldekodu kuludele puuduva osa. Mudeli sisseviimine tähendaks omavalitsuse (või riigi) kulude kasvu, mis omavalitsuste finantsvõimekust arvestades on keeruline. Sarnaselt hooldusravile on ka hooldekodu teenuse puhul keeruline baastaseme ja lisateenuste määramine.</p> <p>Seega on mudeli rakendamine hooldekodu teenusele vähe põhjendatud.</p>
Koduteenused	<p>Sarnane koduõe teenusega võib teenuse baastaseme määrata visiitide arvuga ja teenuste paketiiga ühes visiidis. Teenuste finantseerimine toimub täna peaaegu täies mahus omavalitsuse vahenditest.</p>

### Võimalused rakendamiseks Eestis

Partnerlusmudeli analoogiks Eestis võib pidada pensioni teist sammast, kus riik lisab isiku panusele omapoolse. Põhimõttelisteks erinevusteks on see, et pensionisammas on mõeldud raha kogumiseks ning isikul on selle kulutamise osa pensioniea saabudes vabad käed.

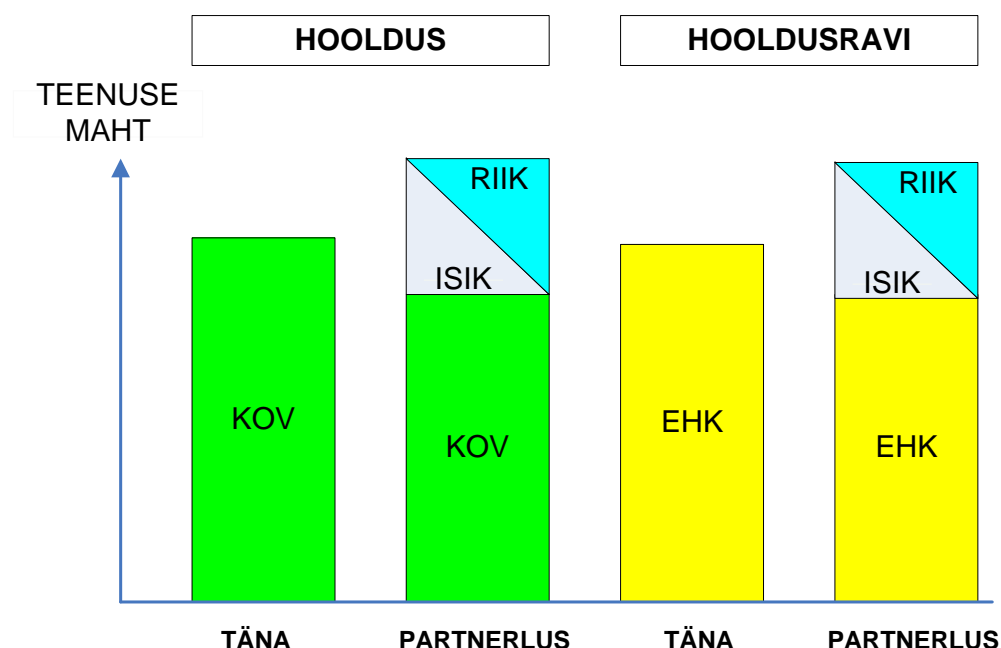
Partnerlusmudelis on see mõeldud koheseks teenuse ostmiseks, kusjuures teenuse ostmine on kohustuslik ja seda peab kontrollima (st. vajalik on vastav administreerimise süsteem). Erinevus on ka selles, et teise samba puhul on sellega liitumine võimalik kõigil soovijatel, partnerlusmudelit

avahoolduse teenustele võimaldatakse aga ainult vastava vajadusega inimestele, kes on üldjuhul pensioniealised ja suhteliselt madala sissetulekuga.

Järgnevalt toome ära mõned punktid partnerlusmodeli rakendamise kohta:

- Mudel on lihtsamini rakendatav avahoolduse teenuste osutamisel (koduteenused, päevakeskuse teenused, koduõendus), kuna seal on teenuste mahuline määratlemine (visiit, protseduur) lihtsam.
- Kuigi võiks eeldada, et koduõe teenuse puhul on baastaseme määramine vähem põhjendatud tulenevalt selle meditsiinilisest iseloomust, on täna pakutavate visiitide arv koduõdede hinnangul madalam kui tegelik vajadus ning seega võiks partnerlusmodeli abil patsiendid jõuda optimaalse tasemeni.
- Statsionaarse hoolduse puhul (hooldushaigla, õenduskodu, hooldekodu) on baaspaketi ja lisateenuste määramine keeruline. Lisateenused võiksid eelkõige olla seotud rehabilitatsiooniteenustega.
- Mudeli sisseviimine eeldab selge ja integreeritud hindamissüsteemi loomist, mis võimaldab abivajajad tegevuspiirangu sügavuse järgi kategooriatesse määrata. Sellega peab kaasnema ka tõhus nõustamissüsteem abivajajatele sobiva teenuste paketi väljapakkumiseks.
- Statsionaarsete teenuste puhul on täiendav keerukus seotud erinevate hoonete erineva seisukorraga. Eelkõige on tase ebaühtlane valdavalt kohalikele omavalitsustele kuuluvates hooldekodudes.
- Statsionaarsete teenuste puhul on põhjendatud jätkata vahendite testimisega. Hooldekodu ja hooldusravi finantseerimismudelite erinevuste vähendamiseks on otstarbekas ka hooldusravis sisse viia patsientide omaosalus. Vastav ettepanek on tehtud ka Eesti Hooldusravivõrgu Arengukavas 2015.
- Avaliku sektori poolseks partneriks mudelis võiks olla riik, mis aitaks süsteemi tuua lisavahendeid ja võimaldaks ühtlustada teenuste taset riigi erinevates piirkondades.
- Riigi kulutuste kontrolli all hoidmiseks ja vaesemate inimeste toetamiseks võib riigi panustamise kujundada regresseeruvaks, st. riigi panus väheneb lisateenuste ostusoovi kasvades.
- Mudeli rakendamine peaks toimuma selliselt, et kokkuvõttes kaasatakse süsteemi rohkem rahalisi vahendeid (vaata Joonis 2). Riigi ja isiku poolt panustatud rahalised vahendid oleksid süsteemi lisafinantseerimise allikaks.
- Mudel võib hästi sobida ka abivajadusega inimeste rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks, kus baastasemeks võib olla kindlaksmääratud protseduuride arv ja/või ka näiteks hooldusravil viibimise aeg (päeva aastas) ning lisamaht finantseeritakse partnerluspõhimõtte alusel. Seega juhul, kui mudel ennast avahoolduse teenustel õigustab, võib kaaluda selle ülekandmist ka mõnedele teistele teenustele.

## Joonis 2 Avahoolduse teenuste rahastamise proportsioonid tänases mudelis ja partnerlusmudel



Allikas: PwC

Partnerlusmudel üritab lahendada puudusi, mis on seotud tasuta teenuste või vahendite testimise mudelitega. Tasuta teenuste korral on oht, et võimalusel üritatakse teenust tarbida rohkem kui on optimaalne. Vahendite testimine (või kõrge omaosalus) võib jälle viia selleni, et inimesed, kes abi vajavad, loobuvad vajalikust abist ning see seab liiga suure koorma omastele ning võib hiljem kaasa tuua suuremad kulud kõrgemal hooldustasemel. Avahoolduse teenuste puhul on täna Eestis kasutusel tasuta teenuse mudel.

Partnerlusmudel tekitab efektiivsussurve süsteemile seeläbi, et isik on ise huvitatud optimaalse teenuse mahu saamisest, olles selleks rahaliselt nii motiveeritud (riigi osalus) kui ka vastutav (omaosalus). Samuti tekib inimesel tänu omaosalusele suurem õigus teenuse hinna ja kvaliteedi osas nõudmisi esitada ja valikute olemasolu korral ka parima teenuse kvaliteedi ja hinna suhtega teenuse osutaja valida.

**Tabel 9 Hinnatud vajadus koduõenduse ja koduteenuste järele aastal 2008**

	Kulu (MEEK)	Teenuse saajaid (inimesi)	Kulu/ inimene (EEK)
Koduõendus	455	40 401	11 262
Koduteenused	291	23 086	12 602

Allikas: PwC

Kokku oli vajadus 746 MEEK (vaata ka Tabel 8), tegelik kulu koduõenduse- ja koduteenustele kokku oli aastal 2008 ligikaudu 110 MEEK, so. ligikaudu 9.5 vähem koduõenduse ja 5.8 korda vähem koduteenuste osas.

Mõlemad teenused on täna sisuliselt tasuta, rahastamine toimub vastavalt EHK ja KOV'i kaudu. Partnerlusmudeli sisseviimine peaks toimuma selliselt, et EHK ja KOV'i samade vahenditega oleks võimalik teenust pakkuda suuremale hulgale isikutele (vt. ka Joonis 2). See tähendaks aga seda, et baasteenused, mis jäävad EHK ja KOV'i finantseerida, oleksid väiksema mahuga kui täna. See võimaldaks ühest küljest samade vahendite eest inimestele rohkematele abi pakkuda, samuti võib see motiveerida neid omavalitsusi, kes täna üldse koduteenuseid ei paku, teenuse rahastamist siiski alustama.

Oluliseks teemaks partnerlusmudelil on teenuste hinnastamine. Partnerlus eeldab, et teenustele on kindlaks määratud hinnad, mille alusel riik neid kaas-rahastab. Eelkõige puudutab see koduteenuseid, sest koduõenduse teenuste hinnad määratakse EHK poolt ning need on täna võimaldanud teenuste pakkumist erasektori poolt. Koduteenuste osutajateks on aga valdavalt omavalitsuste palgal olevad hooldustöötajad ning seetõttu puuduvad üldlevinud hinnad teenustele. Haigekassa hinnastamise põhimõtetest lähtudes ei peaks siiski olema väga keeruline määrata ka koduteenuste hinnad.

Eelnevalt on välja toodud, et koduteenuste osutajateks on valdavalt KOV'id, koduõe teenusel aga eraettevõtjad, lisanduvad veel pereõed ja üldjuhul KOV'i omandisse kuuluv hooldushaigla õed. Koduõe teenuse saajad on tihti ka koduteenuste vajajad. Seetõttu peaks partnerlusmudel võimaldama ka kombineeritud teenuse pakkumist hooldusõdede poolt. Hooldustegevus on loomulikuks lisateenuseks koduõenduse teenuste pakkujatele, see võimaldaks kokkuvõttes ressursi paremini kasutada ning teenuse pakkujate ringi laiendada (lisaks omavalitsustele), seda enam, et koduõed täna tihtilugu teevad ka hooldaja tööd.

Koduõe-hooldaja visiidi hinnastamine oleks kombinatsioon koduõe ja hooldaja visiidi täishindadest:

$$\text{koduõe-hooldaja visiit} = \text{koefitsient} \times (\text{koduõe visiit} + \text{hooldaja visiit});$$

Seejuures oleks koefitsient väiksem kui üks (ja suurem kui null). See võimaldaks nii KOV'il kui EHK'l mõnevõrra teenuste saajate arvu tõsta.

Kuna täna on avahoolduse teenus isikutele tasuta, siis juhul kui baastase seatakse madalamaks kui tänane teenuste tase, siis seab partnerlusmudel teenuse saajad võrreldes tänasega halvemasse olukorda. Isiku koormuse vähendamiseks võiks riigi osalus olla astmeline (regresseeruv). Näiteks baastasemest kuni tänaste keskmiste teenuste mahtuni (visiitide arv kuus) võiks riik katta 75% lisateenuse kuludest ja sealt edasi 50%. Astmeid võib ka juurde tuua aga iga astmega muutub mudeli administreerimine keerulisemaks, samuti on isikutel ja sotsiaaltöötajatel raske hinnastamisest aru saada.

Toome järgnevalt ära näitliku arvutuse teenuste kulude jagunemise osas erinevate osapoolte vahel. Oleme eeldanud, et baastase moodustab 2/3 tänasest teenuse mahust ja riik tasub iga isiku puhul 75% lisateenuste maksumusest (baastasemest kuni tänase keskmise tasemeni). Samuti on eeldatud, et lisateenuste maht viib isiku poolt saadud teenuste mahu tänasele keskmisele tasemele. Tulemused on toodud Tabel 10.

**Tabel 10 Teenuste kulude jagunemine partnerlusmudelil (näidisarvutus)**

<i>kroonides</i>	<b>Koduteenused</b>	<b>Koduõendus</b>
Baastase (KOV, EHK)	8 400	7 507
Lisamaht: isik	1 050	939
Lisamaht: riik	3 151	2 816
<b>Teenuse kulu kokku</b>	<b>12 602</b>	<b>11 262</b>

Allikas: PwC

Eeldatud on, et koduteenust saab inimene 12 kuud aastas ja koduõenduse teenust 3 kuud aastas. Koduõenduse puhul on samuti eeldatud, et keskmine visiitide arv kuus on 14 (täna tegelik 9).

Selline lahendus, kus EHK/KOV katavad 2/3 senisest teenuse mahust, võimaldab teoreetiliselt nendel institutsioonidel samade vahenditega tõsta teenuste mahtusid 33%, mis jääb küll oluliselt alla hinnatud vajaduse tasemele, kuid on siiski märkimisväärne kasv. Samuti võib see mudel motiveerida neid omavalitsusi, kus teenuseid täna ei pakuta nende pakkumisega alustama.

Arvutus näitas, et tänasega võrreldes samas mahus teenuse saamiseks on isiku kulutused vastavalt 88 krooni (koduteenus) ja 313 krooni (koduõendus) kuus. Eelnevalt toodud eelduste kohaselt võimaldab partnerlusmudel inimestel teenuste mahu tõstmist 50% võrra. Riigi kulutused juhul, kui teenuse saajate arv kasvaks 1/3 võrra ja iga teenuse saaja ostaks teenust tänaste mahtude järgi, oleksid ligikaudu **45 MEEK**, kui kõik teenuse saajad otsustaksid kasutada maksimaalselt ära riigi partnerluse, siis ligikaudu **90 MEEK**. Sellele lisanduvad süsteemi

administreerimise kulud, mis võivad olla märkimisväärsed (teenuse saajate suur arv, palju lepinguid ja suhteliselt väikesed summad). Kuid isegi kõiki kulusid arvestades ei ole mõeldav, et partnerlusmodeli finantseerimiseks tõstetakse makse ja **vahendeid tuleks leida olemasolevast eelarve mahust**.

Partnerlusmodeli juures on oluline efektiivse administreerimise süsteemi juurutamine, mis kindlasti peaks toimima mõne olemasoleva süsteemi juures (näiteks puudega inimeste toetustega tegelev institutsioon). Järgnevalt toome ära näiteid võimalikust administreerimise skeemist.

#### Administreerimise süsteem 1

Partnerlussüsteemi rakendamise muudab keeruliseks hästitoimiva administreerimissüsteemi loomise raskused. Esmapilgul tundub keeruline see, kuidas hallata iga isiku lisateenuste kontot. Toome järgnevalt ära skeemi süsteemi võimalikust toimimisest:

1. Sotsiaaltöötajast ja perearstist koosnev meeskond määrab tegevuspiirangu sügavuse ja sellele vastava teenuste vajaduse. Juhtiv roll inimestega tegelemisel võiks olla sotsiaaltöötajal, kes abistab inimesi ka süsteemi edasiste etappide läbimisel;
2. Koostöös sotsiaaltöötajaga hindab isik oma võimalusi ning otsustatakse, millises rahalises mahus lisateenuseid soovitakse osta. Koostatakse tellimus, mis saadetakse vastavasse Administreerimise Büroosse.
3. Administreerimise Büroo (**AB**) on riigi esindaja partnerlusprogrammis. AB kontrollib tellimuse vastavust regulatsioonile, sõlmib lepingud teenuste osutajatega ja administreerib riigi poolt eraldatud rahalisi vahendeid.
4. Isik, kes on otsustanud partnerlusmodelit kasutada, kannab oma osaluse partnerluses AB kontole. AB lisab sellele riigipoolse osaluse ning tasub teenuste osutajatele.
5. AB funktsiooniks võiks olla ka hindamissüsteemialane nõustamine ning standardite ja vormide koostamine, teenuste kvaliteedi kontrollimine ja vaidluste lahendamine ning isikute ja sotsiaaltöötajate täiendav nõustamine võimaliku teenuste paketi valikul.

Administreerimise ülesanne on otstarbekas panna eraldiseisva institutsiooni asemel mõnele olemasolevalt riiklikule institutsioonile. Kõige lähedasem on Sotsiaalkindlustusamet, mis tegeleb puudega inimeste hüvitiste haldamisega.

#### Administreerimise süsteem 2

Teine süsteem oleks mõnevõrra lihtsam, kuid nõuab suuremat panust omavalitsuse poolt. Omavalitsus arveldab teenuse pakkujatega ja esitab kindla perioodi järel koondarve riigile. Omavalitsusel on võib soovi korral isiku osalust ise finantseerida (näiteks kuni tänaste teenuste mahtudeni), kuid ta võidab siiski võrreldes senise süsteemiga riigi partnerlusraha võrra.

### **5.3. Sotsiaalkindlustusmudel**

Mudeli põhiprintsiibid	<p>Kehtestatakse solidaarne, kohustuslik sotsiaalkindlustuse makse, millega finantseeritakse pikaajalise hoolduse teenuseid.</p> <p>Kindlustusmakseid kogutakse sissetulekuid omavatel inimestelt. Maksiskohustust võiks näiteks laieneda ka pensionäridele, kuna pikaajalise hoolduse peamised tarbijad on pensioniealised.</p> <p>Defineeritakse mõõdetavad kindlustusjuhtumid, mille korral tekib kindlustatud isikutel õigus sotsiaalkindlustuse fondilt hüvitist saada.</p> <p>Eeldab sõltumatu hindamisorganisatsiooni asutamist, mis peab olema sõltumatu teenuste osutajatest (KOV).</p>
Varandusliku seisu test	<p>Sotsiaalkindlustuse hüvitiste osas varandusliku seisu testi üldjuhul ei kasutata, kuigi seda on võimalik kombineerida. Säilima peaks patsientide omaosalus, mille katmisse omavalitsus võib panustada sõltuvalt isiku varanduslikust seisust. Omaosalus aitab kaasa teenuste efektiivsemale kasutamisele ja on kasutuses ka Hollandi ja Saksamaa</p>



	hoolduskindlustuse süsteemis.
Tugevused	Toob süsteemi vahendeid juurde. Võimaldab riigi ulatuses ühtlasemalt abivajajatele teenuseid pakkuda. Vähendab süsteemi finantsriske võrreldes näiteks omavalitsuste poolt finantseeritud süsteemiga, kuna riskid on jagatud suurema hulga isikute vahel.
Puudused	Suurendab maksukoormust. Suurendab administreerimise kulutusi ja bürokraatiat.

Sotsiaalkindlustuse süsteemi sisseviimise võimalused täna Eestis osutatavate teenuste:

- Hooldusravi** Sotsiaalkindlustus nende teenuste osas täna juba Eestis toimib, kuigi rahastamisvajadus on oluliselt suurem kui täna selleks vahendeid on.
- Sotsiaalkindlustuse süsteemi laiendamise järel hooldusteenustele võib kaaluda näiteks hooldusravi eraldamist EHK teistest osadest ning koos hooldusega eraldiseisva või siht-märgistatud fondi moodustamist (analoogid on Hollandis ja Saksamaal). Sellisel lahendusel on nii plussid kui ka miinused, millest mõningad tuuakse välja allpool.
- Hooldus** Sotsiaalkindlustuse sisseviimise eelduseks on kindlustusjuhtumi selge defineerimine ja hindamine. Samuti peaks ühtse standardi alusel olema kokku lepitud teenuste hinnad, et samade vahendite eest ei saaks sama, kuid erinevas mahus ja/või standardiga teenuseid.
- Sotsiaalkindlustus võiks kindlustushüvitisena ette näha kindla summa (kuus) vastavalt puude astmele, mille eest võib tasuda osa hooldusteenuse kuludest. Ülejääv summa teenuse täishinnani oleks isiku omaosalus ja/või omavalitsuse panus. Analooigiks on tänane puudega inimeste toetuste süsteem ja Saksamaa hoolduskindlustuse mudel.

### Võimalused rakendamiseks Eestis

- Hooldusteenuste sotsiaalkindlustuse liitmine Haigekassaga või eraldiseisva fondi asutamine.
  - EHK'iga liitmise vastu:
    - Haigekassa tegeleb täna tervishoiuga ja sotsiaalvaldkonna lisamine on põhimõtteline muutus EHK süsteemis, mis eeldab haigekasse töökorralduse muutmist ning seaduste täiendamist.
    - Oht, et EHK eelarves suhteliselt väikese osakaaluga pikaajalise hoolduse jäämine teisejärguliseks teenuseks ning vähene arendamine.
  - EHK'iga liitmise poolt:
    - Vajadus sotsiaalteenuste järele on otseselt seotud tervise seisundiga ning süsteemide sidumine võimaldaks kogu valdkonda terviklikult planeerida, mis algaks juba ennetustegevusest.
    - EHK administreerimise süsteemi ja kogemuste kasutamine pikaajalise hoolduse finantseerimiseks. Pikaajalise hoolduse mahud (hooldusravi ja hoolduse teenused kokku), võrreldes EHK tänaste mahtudega, on väikesed ning eraldi organisatsiooni loomine võib olla kulukam.
    - EHK'ist eraldi institutsioon tekitab mõlemalt pool motivatsiooni veeretada vastutust ja kulusid ühelt süsteemilt teisele.

- Eelistatum on meie hinnangul EHK juures toimiv süsteem, seda ka Eesti väiksust arvestades. Kuid selline muudatus eeldab kindlasti lisavahendite toomist Haigekassasse läbi täiendava maksu.
- Nii nagu eelnevalt sai välja toodud, võiks solidaarsuspõhimõtte täielikuks rakendamiseks kaaluda ka pensionide maksustamist, kuna 65+ elanikud on vajavad pikaajaliste hooldusteenuste vajajad.
- Sotsiaalkindlustuse eelduseks on selge abivajaduse (kindlustusjuhtumi) standardi defineerimine ja abivajaduse hindamiseks vajaliku hindamissüsteemi loomine. Esmaseks hindamise tasandiks võiks olla KOV'i sotsiaaltöötaja ja perearstist koosnev meeskond ning teiseks tasandiks, mida kasutatakse vaidluste lahendamiseks või raskemate juhtude hindamiseks, geriaatriameeskonnad.
- Kindlasti tuleks säilitada KOV'ide rahaline vastutus süsteemis läbi sotsiaalkindlustuse poolt mittekaetava osa kaasfinantseerimise (koos isiku omaosalusega). Kuna omavalitsuse sotsiaaltöötajad jääksid tõenäoliselt pikaajalise hoolduse vajaduse hindajaks, oleks omavalitsusel siis kaasvastutus määratud otsuse üle (oleks huvitatud odavamate teenuste eelistamisest).
- Hoolduskindlustuse süsteemist mittekaetavad sotsiaalabi tegevused jääksid sarnaselt tänasele KOV'i kaudu korraldada.
- Kuigi süsteemi võiks üles ehitada selliselt, et kindla abivajaduse astmega isik saab vastavas määras hüvitist (Saksamaa näide), peaks pikaajalise hoolduse fondil olema sarnaselt EHK'iga hindade läbiraakija funktsioon teenuse pakkujatega. Eesmärk oleks teenuse kvaliteedile vastav hind ning parema kättesaadavuse tagamine abivajajatele ka rahalises mõttes (vähendada omaosalust).
- Sotsiaalkindlustuse hüvitise üheks vormiks võiks olla raha-kätte hüvitis. See aitaks luua parema aluse omastehoolduse rahastamiseks ja võiks sellisena näiteks asendada puudega inimeste hüvitist. Sarnaselt Saksamaa süsteemiga võiks hüvitis rahas olla väiksem kui samaväärne hüvitis professionaalsete teenuste ostmise korral. Kõrgema abivajaduse astme korral tuleks kaaluda, kas rahalist hüvitist üldse võimaldada.
- Süsteemi saab meie hinnangul edukalt siduda ka nn. partnerlusmudeliga (vt. ptk. 5.2). Sotsiaalkindlustus koos isikute ja KOV'i osalusega kataks seejuures baastaseme ning partnerlusmudeliga kaetakse lisateenuste ostmine. Partnerlusmudeli partneriks võiks olla riik, et tuua süsteemi täiendavat ressursi. Partnerlusmudeli tugevuseks on tugeva motivatsiooni loomine parima hinna ja kvaliteediga teenuste saamiseks.
- Partnerluskomponendi lisamisel sotsiaalkindlustusele võib ka partnerlussüsteemi administreerijaks olla sotsiaalkindlustuse institutsioon (EHK).
- Täna toimub hooldusravis rahastamine põhimõttel raha teenuse eest. Võiks kaaluda süsteemi muutmist selliselt, et kindlustushüvitise määr sõltub diagnoosist (tegevuspiirangu sügavus) – kõrgema tegevuspiirangu korral on hüvitis suurem. See võimaldaks valikut erinevate teenuste vahel. Sarnane süsteem toimib Saksamaal, kus madala hooldusvajaduse taseme korral on võimalik ka rahaline hüvitis, kuid viimane on oluliselt vähem kui samaväärselt teenuseid ostes. Rahaline hüvitis võimaldaks omastehoolduse paremale rahalisele alusele panna.

Selleks, et hinnata võimaliku sotsiaalmaksu suurust, leidsime pikaajalise hoolduse kulude suhte esiteks Eesti kogu palgafondi ning teiseks palkade ja vanaduspensionide kogusummasse. Arvutuses võtsime arvesse nii avaliku sektori kulud kui ka eakate omaosaluse. Viisime arvutuse läbi nii tänase kulude kui ka hinnatud vajaduse baasil. Vajaduse järgi arvutamisel, lisasime hooldusteenuse kuludele ka hooldusravi kulud, millest lahutasime maha EHK kulud hooldusravile 2008. aastal (so. summa mis juba täna tuleb sotsiaalmaksust). Arvutuse viisime läbi aasta 2008 andmetest lähtuvalt. Tulemused on toodud allolevas tabelis (vt. Tabel 11).

**Tabel 11 Pikaajalise hoolduse kulude osakaal Eesti palgafondi kogusummast ning palkade ja pensionide kogusummast, 2008**

	Brutopalk	Brutopalk + pension
<b>Tänased kulud hooldusteenustele</b>	0.70%	0.61%
Vajadus hooldusteenustele	1.39%	1.21%
Hooldusravi lisavajadus	1.05%	0.91%
<b>Kokku vajaduse järgi</b>	2.44%	2.12%

Allikas: Statistikaamet, PWC arvutused

Arvutus näitab, et tänase pikaajalise hoolduse kulude katmiseks sotsiaalkindlustusest oleks vaja suhteliselt madalat maksumäära. Vajaduse järgi arvestades peaks maksumäär olema ligikaudu 2.44% sissetulekutest. Lisaks tuleb siiski arvesse võtta, et:

- lisanduvad ka süsteemi administreerimise kulud;
- isikute omaosaluse säilitamine vähendaks kindlustusmaksu määra;
- arvesse ei ole võetud päevakeskusi, mille tulude struktuurist ei ole võimalik hooldusteenuste kulusid eraldada. Arvestades päevakeskuste kogukulusid (50-60 MEEK), ei lisandu seal olulist summat;
- lisaks palgale ja pensionile, mis on eelnevas arvutuses arvesse võetud, on teisigi sissetulekute kategooriaid, mida sotsiaalmaksuga saab maksustada (FIE'd, omanikutulu).
- teenuste kulud on arvestatud tänase standardi järgi. Süsteem peaks motiveerima aga kvaliteedi parandamist ja ühtlustamist üle riigi ning investeringuid infrastruktuuri. Seega võiks arvestada mõnevõrra kõrgemate kuludega kui tänase kvaliteedi taseme pealt.

Optimaalne pikaajalise hooldusteenuste sotsiaalmaksu tase on ilmselt tänase taseme ja hinnatud vajaduse taseme vahepeal (1.0%-1.5% brutopalgast). Pikaajalise hoolduse vajadus on hinnatud arenenud riikide teenuste mahtusid arvestades ning pole seega Eesti oludesse kiiresti üle kantavad. Teiseks puudub teenuste mahu suureks kasvuks piisav ressurss (hoolduspersonal, õed, hooldekodud, hooldushaiglad).

Lisas 1 on toodud arvutuslik pikaajalise hoolduse sotsiaalkindlustusmaksu määr võttes arvesse palgafondi kasvu ning pikaajalise hoolduse kulude muutust. Numbritest on näha, et vajalik sotsiaalkindlustus määr langeb, kuna palgafond kasvab kiiremini kui vajaduse katmise kulud.

#### 5.4. Maksutuludest finantseerimine

Mudeli põhiprintsiibid	<p>Pikaajalise hoolduse teenuseid finantseeritakse riigi üldistest maksutuludest.</p> <p>Defineeritakse mõõdetavad hooldusvajaduse juhtumid, mille korral tekib eakal õigus tasuta teenuseid saada. Seega eeldab standardiseeritud hindamis- ja teenuste süsteemi sisse viimist.</p> <p>Võib olla kombineeritud erinevas proportsioonis omaosalusega. Näiteks institutsionaalse hoolduse puhul võib isik katta elamise kulud (majutus, söök) ning riigi pool tasutakse hoolduse ning ravi teenus. Üldistest maksutuludest kaetakse ka hooldusteenuste/õenduse kulud, mida pakutakse inimesele kodus.</p>
Varandusliku seisu test ja omaosalus	<p>Kuigi puhta maksutuludest finantseerimise mudeli (tasuta/vabad teenused) korral varandusliku seisu ei testita, on Eestis see meie hinnangul siiski teatud määral vajalik näiteks institutsionaalsete teenuste omaosaluse eest tasumisel. Omaosalus aitab kaasa teenuste efektiivsemale kasutamisele ja on kasutuses ka Šotimaal, kus kehtib</p>

	<p>maksutuludest finantseerimise süsteem.</p> <p>Omaosalus institutsionaalsete teenuste puhul on siiski eelkõige tasu majutusteenuse, mitte sisulise (hooldus ja ravi) teenuse eest. Teiseks aitaks omaosalus suunata isikuid rohkem kasutama avahoolduse teenuseid, mis on odavamad ja aitavad abivajajatel kauem viibida kodus keskkonnas, mistõttu võiksid need olla eelisarendatud. Omaosaluse kaasfinantseerimisel, juhul kui selleks on vajadus, võiks isiku partneriks olla KOV.</p>
Tugevused	<p>Vastava poliitilise otsuse korral toob süsteemi vahendeid juurde.</p> <p>Kuna maksutulud ei oleks sihtmärgistatud, siis vastavalt muutuvatele prioriteetidele ja olukorrale on võimalik ressursse suunata erinevate teenuste katmisesse.</p> <p>Vähendab KOV'ide kulusid eakate hooldusele ning võimaldab riigi ulatuses ühtlasemalt abivajajatele teenuseid pakkuda.</p> <p>Pakub erinevatest finantseerimise mudelitest kõige suuremat riskide hajutatust, sest pikaajalise hoolduse eest tasumisse panustavad kõik maksumaksjad.</p> <p>Kohtleb kõiki eakaid võrdselt olenemata nende varanduslikust seisust ning tagab vajaliku hoolduse juba madalamatel hooldustasemetel, mis võib ennetada eaka vajadust kallima hooldusravi järele.</p>
Puudused	<p>Pikaajalise hoolduse kulude katmine tuleb mõne teise riigi poolt finantseeritava valdkonna arvelt või nõuab maksude tõusu.</p> <p>Kulud pikaajalisele hooldusele (PH) kasvavad, sest vastavalt mudeli põhieeldusele inimeste omaosalus võrreldes tänase tasemega väheneks. Seega nõuaksid teenust ka inimesed, kes täna seda endale kõrge omaosaluse tõttu lubada ei saa (katmata vajadus), mis tõstaks PH süsteemi kulusid hüppeliselt.</p> <p>Suurendab administreerimise kulutusi ja bürokraatiat.</p>

Maksutuludest finantseerimise süsteemi sisseviimise võimalused täna Eestis osutatavate teenuste:

Hooldusravi	<p>Hooldusravi finantseeritakse täna sotsiaalkindlustuse süsteemi alt, mis toimib efektiivselt, kuigi rahastamisvajadus on oluliselt suurem kui täna selleks vahendeid on.</p> <p>Hooldusravi üldistest maksutuludest finantseerimisele üleviimisel võib väheneda hooldusravi finantseerimise järjepidevus ning läbipaistvus, samas vabanevad EHK ressursid muude tervishoiuteenuste ostmiseks.</p> <p>Ka maksutuludest finantseerimise puhul tuleb säilitada sarnaselt tänase situatsiooniga kindla teenusevajaduse juhtumi diagnoosimine (täna vajalik arsti saatekiri).</p> <p>Statsionaarse hooldusravi puhul on otstarbekas sisse viia omaosalus majutuse ning toitlustamise eest, et osutada teenust sarnasemal alustel võrreldes hooldekodu teenusega. .</p>
Hooldus	<p>Üldistest maksutuludest finantseerimise sisseviimise eelduseks on hooldusjuhtumi selge defineerimine ja hindamine. Samuti peaks ühtse standardi alusel olema kokku lepitud teenuste hinnad, et samade vahendite eest ei saaks sama, kuid erinevas mahus ja/või standardiga teenuseid.</p> <p>Süsteem võib ette näha kindla summa (kuus) vastavalt hooldusvajaduse astmele, mille eest võib tasuda osa hooldusteenuse kuludest. Ülejääv summa</p>

teenuse täishinnani oleks isiku omaosalus ja/või omavalitsuse panus. Analoogiks on tänane Eesti puudega inimeste toetuste süsteem ja Saksamaa hoolduskindlustuse mudel.

- Tasuta teenuste mudeli rakendamise eelduseks on selge abivajaduse (hooldusvajadusjuhtumi) standardi defineerimine ja abivajaduse hindamiseks vajaliku hindamissüsteemi loomine. Esmaseks hindamise tasandiks võib olla sarnaselt sotsiaalkindlustusmudeliga KOV'i sotsiaaltöötaja ja perearstist koosnev meeskond<sup>4</sup> ning teiseks tasandiks, mida kasutatakse vaidluste lahendamiseks või raskemate juhtude hindamiseks, geriaatriameeskonnad.
- Kindlasti tuleks säilitada KOV'ide rahaline vastutus ja osalus süsteemis läbi maksutuludest mittekaetava osa kaasfinantseerimise (koos isiku omaosalusega). Kuna omavalitsuse sotsiaaltöötajad jääksid tõenäoliselt pikaajalise hoolduse vajaduse hindajaks, oleks omavalitsusel siis kaasvastutus määratud otsuse üle (oleks huvitatud odavamate teenuste eelistamisest).
- Tasuta teenuste mudeli puhul võib suuremad ressursid suunata odavamate koduste teenuste finantseerimiseks võrreldes institutsionaalsetele teenuste mahtudega.
- Kuigi süsteemi võiks üles ehitada selliselt, et kindla abivajaduse astmega isik saab vastavas määras hüvitist, peaks pikaajalise hoolduse fondil olema sarnaselt EHK'ga hindade läbirääkija funktsioon teenuse pakkujatega. Eesmärk oleks teenuse kvaliteedile vastav hind ning parema kättesaadavuse tagamine abivajajatele ka rahalises mõttes (vähendada omaosalust).
- Hüvitise üheks vormiks võib olla raha-kätte hüvitis. See aitaks luua parema aluse omastehoolduse rahastamiseks ja võiks sellisena näiteks asendada puudega inimeste hüvitist. Sarnaselt Saksamaa süsteemiga võiks hüvitis rahas olla väiksem kui samaväärne hüvitis professionaalsete teenuste ostmise korral. Kõrgema abivajaduse astme korral tuleks kaaluda, kas rahalist hüvitist üldse võimaldada.
- Süsteemi saab meie hinnangul edukalt siduda ka sotsiaalkindlustusmudeliga. Sotsiaalkindlustus koos isikute ja KOV'i osalusega kataks näiteks õenduse teenused ning üldistest maksutuludest finantseeritakse hoolduse teenused.
- Täna toimub hooldusravis rahastamine põhimõttel raha teenuse eest. Võiks kaaluda süsteemi muutmist selliselt, et hüvitise määr sõltub diagnoosist (tegevuspiirangu sügavus) – kõrgema tegevuspiirangu korral on hüvitis suurem. See võimaldaks valikut erinevate teenuste vahel. Sarnane süsteem toimib Saksamaal, kus madala hooldusvajaduse taseme korral on võimalik ka rahaline hüvitis, kuid viimane on oluliselt vähem kui samaväärselt teenuseid ostes. Rahaline hüvitis võimaldaks omastehoolduse paremale rahalisele alusele panna.
- Finantseerimismudeli administreerimise võimalusteks on nii tänane sotsiaalkindlustuse süsteem kui ka Sotsiaalministeeriumi juures olev puudega inimeste toetamise süsteem. Sotsiaalkindlustuse süsteemil on suurem kogemus teenuste finantseerimisel<sup>5</sup> ning hooldusravi teenused on ka täna selles süsteemis, seetõttu võib olla põhjendatud EHK kasutamine riigi PH vahendite haldamiseks. See võimaldaks ka tervishoiu ja hoolduse ühtsemat planeerimist.

## **5.5. Sotsiaalkindlustuse ja riigieelarvest finantseerimise vahel otsustamine**

### Sotsiaalkindlustus

Sotsiaalkindlustuse maks loob selgema seose tasutud maksu ja saadud teenuse vahel.

Sotsiaalkindlustusega kogutud vahendid on sihtotstarbelised ja eristatud, mis võimaldavad süsteemi paremat planeerimist ja välistab konfliktid, mis võivad olla seotud ühtsest riigieelarvest vahendite jagamisega.

---

<sup>4</sup> Või kasutada süsteemi, mida täna töötatakse välja puude astme määramiseks;

<sup>5</sup> Sotsiaalkindlustuse amet on eelkõige spetsialiseerunud toetuste jagamisele.

Kuna hooldusravis sotsiaalkindlustus täna juba toimib, siis võib olla lihtsam selle baasil PH sotsiaalkindlustust üles ehitada.

Probleemiks võib osutada tänase sotsiaalkindlustuse makse tõstmine, kuna tööjõu maksukoormust peetakse juba täna suhteliselt kõrgeks ning edasine tõstmine vähendab Eesti konkurentsivõimet.

### Riigieelarve

Võimaldab paremini teenuseid arendada järk-järgult olukorras, kus tegelik vajadus teenuste järele ebaselge. Sotsiaalmaksu sisseviimise korral tuleks juba alguses kehtestada võimalikult täpne sotsiaalkindlustusmaks, et seda ei peaks koheselt korrigeerima hakkama. Täna on „õige“ maksumäära kehtestamine siiski suhteliselt keeruline. Samas näiteks Hollandis kohendatakse sotsiaalmaksu määra igal aastal vastavalt vajadusele. Sellisel juhul peaksid aga kehtima kindlad kriteeriumid, mille alusel maksu korrigeeritakse (abivajajate arvu muutus, teenuste standardite ja paketi muutus jm). Kindlustustariifide korrigeerimine erakindlustuses toimub jooksvalt sõltuvalt riskide muutusest ja teenuste sisust, kuna aga sotsiaalkindlustuse korral ei ole isikul valikuvabadust, siis peaks siin olema suhteliselt suurem stabiilsus.

Maksu maksjate baas on võrreldes sotsiaalkindlustuse maksuga laiem, sisuliselt osalevad kõik isikud, kes tasuvad nii otseseid kui ka kaudseid makse süsteemi finantseerimises. Laiem kindlustuse baas seab süsteemi mõnevõrra stabiilsemale alusele.

### **5.6. Edasised tegevused**

Toome välja võimalikud edasised sammud väljapakutud lahenduste elluviimiseks:

1. (Poliitiline) otsus, milliste alternatiividega edasi liikuda;
2. Väljalõigatud alternatiivide edasiarendamine ja täpsem kirjeldamine (kuidas lahendusi paremini sobitada tänasesse süsteemi, mis osapooled on mudelisse kaasatud, kes mille eest vastutavad,)
3. Väljapakutud alternatiivide finantsilise- ja sotsiaal-majandusliku mõju kirjeldamine ja arvutamine (mõju inimestele, avaliku sektori eelarvele, süsteemi kuludele, tervises seisundile jm)
4. Juriidilise teostatavuse hinnang (milliseid seadusi/määrusi on vaja muuta)
5. Valiku tegemine väljapakutud lahenduste osas ja otsus edasilikumise kohta
6. Muudatuste sisseviimine regulatsiooni
7. Protseduuride ja dokumentatsiooni väljatöötamine
8. Vajalike institutsioonide loomine ja süsteemi käivitamine.

## Kasutatud materjalide nimekiri

1. Wanless D. (2006). Securing good care for older people;
2. OECD (2006). Projecting OECD health and Long-term care expenditures: what are the main drivers?, Economic Working Paper No 477;
3. Eurostat;
4. Lezovic M, Kovac R (2008). Comparison of long term care in European developed countries to possible implementation in Slovakia;
5. London School of Economics (**LSE**) (2003). Long-term Care Expenditure in an Ageing Society;
6. European Observatory on Health Care System (vol. 4, no 1, 2002). Health Care System in Transition, Finland;
7. Long-term care in the Netherlands. The Exceptional Medical Expenses Act. Ministry of Health, Welfare and Sport;
8. G. Visser-Jansen & C.P.M. Knipscheer (2004). Eurofarmcare, National Background Report for The Netherlands;
9. WHO (2004). Health in Transition, Netherlands;
10. WHO (2002). Health in Transition, Finland;
11. Paul Thewissen (2008). Health Care Reform in Netherlands;
12. Wout Dekker (2009). Dutch Health Insurance System.

Lisa 1 Pikaajalise hoolduse kulude osakaal (vastavalt „vajaduse“ stsenaariumile)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2020	2022	2024	2026	2027	2028	2029	2030
<b>Osakaal Eesti palgafondist</b>																		
Hooldusteenuste kulud	1,39%	1,41%	1,39%	1,36%	1,33%	1,32%	1,31%	1,30%	1,29%	1,26%	1,24%	1,25%	1,23%	1,18%	1,15%	1,11%	1,08%	1,04%
Hooldusravi lisavajaduse kulud	1,05%	1,05%	1,03%	1,00%	0,97%	0,93%	0,89%	0,86%	0,84%	0,79%	0,75%	0,75%	0,74%	0,69%	0,65%	0,62%	0,58%	0,55%
<b>Kokku kulude osakaal</b>	<b>2,44%</b>	<b>2,46%</b>	<b>2,42%</b>	<b>2,35%</b>	<b>2,30%</b>	<b>2,25%</b>	<b>2,20%</b>	<b>2,16%</b>	<b>2,12%</b>	<b>2,05%</b>	<b>1,99%</b>	<b>2,00%</b>	<b>1,98%</b>	<b>1,87%</b>	<b>1,80%</b>	<b>1,73%</b>	<b>1,66%</b>	<b>1,60%</b>
<b>Osakaal palgafondist + vanaduspensionist</b>																		
Hooldusteenuste kulud	1,21%	1,25%	1,24%	1,21%	1,19%	1,18%	1,17%	1,16%	1,14%	1,12%	1,10%	1,10%	1,09%	1,04%	1,01%	0,98%	0,95%	0,98%
Hooldusravi lisavajaduse kulud	0,91%	0,93%	0,92%	0,89%	0,86%	0,83%	0,79%	0,77%	0,74%	0,70%	0,66%	0,67%	0,65%	0,61%	0,57%	0,54%	0,51%	0,52%
<b>Kokku kulude osakaal</b>	<b>2,12%</b>	<b>2,17%</b>	<b>2,16%</b>	<b>2,10%</b>	<b>2,05%</b>	<b>2,01%</b>	<b>1,96%</b>	<b>1,92%</b>	<b>1,89%</b>	<b>1,82%</b>	<b>1,76%</b>	<b>1,77%</b>	<b>1,74%</b>	<b>1,65%</b>	<b>1,58%</b>	<b>1,52%</b>	<b>1,46%</b>	<b>1,49%</b>



