

Tartu Ülikool
Majandusteaduskond
Rahvamajanduse instituut

Teele Mark

HEAOLUÜHISKOND JA SELLE ARENG EESTIS

Juhendaja: Helje Kaldaru

Bakalaureusetöö

Tartu 2012

Soovitan suunata kaitsmisele
(juhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud “ “..... 2012. a.

Majandusteooria õppetooli juhataja Raul Eamets
(õppetooli juhataja allkiri)

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....
(töö autori allkiri)

SISUKORD

SISSEJUHATUS	5
1. HEAOLUÜHISKOND	7
1.1. Heaoluühiskonna mõiste ning näitajad	7
1.2. Heaoluriigi mudelid	15
1.3. Heaoluühiskonna tulevik ning probleemid	25
2. EESTI RIIGI ARENG: VIIMASE KAHEKÜMNE AASTA SAMMUD	
HEAOLUÜHISKONNA POOLE.....	31
2.1. Üldine arengutase.....	31
2.2. Kulutused sotsiaalkaitsele	41
2.3. Sotsiaalkindlustus ja sotsiaalabi.....	50
KOKKUVÕTE.....	62
VIIDATUD ALLIKAD	67
LISAD	70
Lisa 1. Inimarengu indeksid aastatel 1990–2011.....	70
Lisa 2. Legatumi jõukuse ja heaolu indeks aastal 2011	72
Lisa 3. Keskmised peretoetused liigi järgi aastatel 2000–2011	73
Lisa 4. Riiklik pensionikindlustus aastatel 1992–2000.....	74
Lisa 5. Eesti riiklik pensionikindlustus aastatel 2001–2012.....	75
Lisa 6. Toimetulekutoetuste suurus ja saajate arv Eestis aastatel 1997–2011	76
SUMMARY	77

SISSEJUHATUS

Heaoluühiskonna mõiste on tänapäeva maailma iseloomustamisel olulisel kohal. Riikide valitsused püüdlevad eesmärgi poole muuta enda ühiskonna funktsioneerimine efektiivsemaks tagades oma kodanikele nii sotsiaalse kui ka majandusliku turvalisuse. Esikohal on inimene, tema vajadused ja soovid. Heaoluühiskonda iseloomustab olukord, kus riik hoolitseb enda kodanike eest erinevate toetuste ning turvasüsteemide kaudu, et tagada ühiskonna jätkusuutlik areng ning inimestele võimalus edukalt oma eluga toime tulla. Heaoluühiskonna toimimiseks on vajalik efektiivne majandussüsteem ning tasakaal riigikorras ja majanduses.

Ühiskonna jätkusuutliku arengu tagamiseks peab riikides olema saavutatud nii stabiilne majanduskasv kui ka rahulolu tagamine riigi kodanikele. Tänu teaduse ning tehnoloogia arengule on inimestel suuremad võimalused oma elukvaliteedi parandamiseks. Üldine heaolu ning sotsiaalne turvatunne on üks tähtsamaid elukvaliteedi näitajaid. Käesoleva bakalaureusetöö teema on aktuaalne, sest maailmas toimuvad muutused, riikide majanduslik ning sotsiaalne areng ja globaliseerumine mõjutavad pidevalt heaoluühiskondade arengut.

Ligi kakskümmend aastat tagasi vabanes Eesti Nõukogude Liidu võimu alt ning sai tagasi oma iseseisvuse. Nende kahekümne aasta jooksul on suudetud seljatada ligi pool sajandit kestnud okupatsioon ning jõutud Euroopa edumeelsemate riikide hulka. Küsimus, kas oma kodumaal on hea elada, on saanud igapäevaste diskussioonide teemaks ning peamiseks argumendiks otsuste langetamisel. Globaliseerumisega ning liitude tekkimisega suureneb majanduslik erinevus arenenud ning arenguriikide vahel iga aastaga. Kui arenenud riikides on üldine ühiskondlik heaolu juba saavutatud, siis enamikel arenguriikides võtab samale tasemele jõudmine veel palju aega. Iseseisvumise protsess on väga keeruline ning pikaajaline ja nõuab riigilt õiget ja läbimõeldud valitsemis- ning majandussüsteemi.

Bakalaureusetöö eesmärgiks on anda hinnang heaoluühiskonna arengule Eesti riigis – hinnata Eesti seniseid saavutusi ning välja tuua muutuseid vajavad valdkonnad. Teisisõnu, kas Eesti riiki iseloomustav heaolumudel ning viimase kahekümne aasta jooksul tehtud sammud on olnud piisavad tagamaks riigis toimiv, elanike vajadusi arvestav ning rahuldav sotsiaalkaitse süsteem. Tuginedes heaoluühiskonna mõistele analüüsib autor sotsiaalkaitse võimaldamist ning arengut, kasutades selleks statistilist võrdleva analüüsi meetodit. Eesmärgi saavutamiseks püstitas autor järgmised uurimisülesanded:

- selgitada heaoluühiskonna mõistet;
- kirjeldada erinevaid heaoluühiskonna ning sotsiaalteenuste mudeleid;
- leida heaoluühiskonna võimalikud arengusuunad tulevikuks;
- anda hinnang Eesti üldisele arengule, võrreldes Eestit teiste Euroopa riikidega;
- anda ülevaade Eesti sotsiaalkaitse süsteemi struktuurist ning riigi kulutustest sotsiaalsele kaitsele;
- analüüsida Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi ning selles toimunud muudatusi üle aastate.

Bakalaureusetöö sisu jaguneb kaheks – teoreetiliseks ning empiiriliseks osaks. Bakalaureusetöö teoreetiline osa põhineb heaoluühiskonna mõiste kontseptsiooni avamisel ning defineerimisel. Esimeses alapeatükis selgitatakse heaolu teket vajaduste rahuldamise seisukohast. Võttes arvesse ajalooliselt olulisi kaalutlusi, tuuakse välja heaoluriigi kui mõiste võimalikud definitsioonid vaadelduna erinevatest aspektidest. Kirjeldatakse erinevaid võimalusi ning näitajaid heaoluühiskonna ning sotsiaalpoliitika arengu mõõtmiseks ning hindamiseks. Eelmainitud näitajaid kasutatakse ka bakalaureusetöö empiirilises osas Eesti riigi heaoluühiskonna arengu analüüsimisel. Teises alapeatükis kirjeldatakse erinevate autorite käsitluse alusel healuriikide ning sotsiaalteenuste erinevaid mudeleid. Autor toob välja riikide sotsiaalkaitse süsteemide peamised erinevused ning nende põhjused. Kolmandas alapeatükis käsitletakse heaoluühiskonna tuleviku perspektiive globaliseerivas ning postmodernses ühiskonnas. Tuginedes erinevate autorite teooriatele, selgitatakse heaoluühiskonna toimimise

võimalikke tagajärgi ning arenguviise. Teoreetilise osa koostamisel kasutatakse peamiselt ingliskeelset erialakirjandust.

Bakalaureusetöö empiiriline osa annab põhjaliku hinnangu Eesti positsioonile teiste Euroopa riikide seas ning analüüsib lähemalt Eesti sotsiaalkaitseüsteemi olemust ning arengut pärast taasiseseisvumist. Esimeses alapeatükis selgitatakse lühidalt Eesti riigi olukorda pärast Nõukogude Liidu lagunemist ning iseseisvuse saavutamist: millised on ees seisvad eesmärgid, ülesanded ning kuhu poole pürgitakse. Kasutades globaalset inimarengu indeksit, Legatumi jõukuse ning heaolu indeksit ning ka teisi heaolu näitajaid hinnatakse Eesti positsiooni Euroopa riikide seas. Et Eesti seisukorda põhjalikumalt selgitada, tuuakse võrdluseks nii Euroopa siirderiigid kui ka Põhjamaad ning Läänemere maad. Andmete analüüsi alusel hinnatakse Eesti riigi hetkeolukorda ning võimalusi heaoluühiskonna arendamiseks.

Teises alapeatükis analüüsitakse Eesti sotsiaalkaitse süsteemi struktuuri ning riigi kulutusi sotsiaalsele kaitsele ning nende muutumist aastate lõikes. Kirjeldatakse pikemalt Eesti riigi sotsiaalkaitse mudelit, kuidas on jaotunud kulutused sotsiaalkaitsele ning erinevatele sotsiaalhüvitistele. Näitajaid analüüsitakse aastate lõikes ning tuuakse võrdlusi Põhjamaade näitajatega. Järgnevalt kirjeldatakse lühidalt Eesti tervishoiupoliitika süsteemi, analüüsides tervishoiu kogukulude jaotumist ning finantseerimist. Samuti hinnatakse arstiabi kättesaadavust Eestis. Selleks kasutatakse Statistikaameti, Eurostati ning Tervise Arengu Instituudi andmeid.

Kolmandas alapeatükis käsitletakse Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi muutumist ning arengut viimase kahekümne aasta jooksul. Antakse ülevaade üldisest töötuse tasemest, töötutoetuste ning -hüvitiste võimaldamisest ning nende muutumisest. Tuuakse välja millised on töötute peamised sissetulekuallikad ning milline on töötute toimetulek nende endi hinnangul. Järgnevalt selgitatakse lühidalt Eesti peretoetuste süsteemi ning selle muutumist aastate jooksul. Pikemalt analüüsitakse Eesti pensionisüsteemi – kuidas on pärast taasiseseisvumist muutunud pensionäride arv ning pensionite suurus. Viimasena antakse ülevaade Eesti riigi poolt võimaldatavast sotsiaalabist – elanike hoolekanne ning toimetulekutoetuste võimaldamine. Sotsiaalkindlustuse süsteemis toimunud muutuste hindamiseks viimase kahekümne aasta jooksul kasutatakse Statistikaameti, OECD ning Eesti Töötukassa andmebaaside statistikat.

1. HEAOLUÜHISKOND

1.1. Heaoluühiskonna mõiste ning näitajad

Heaolu on näitaja, mille abil väljendatakse inimeste füüsilist, sotsiaalset ning vaimset tervist ehk seda, kas elatakse täisväärtuslikku elu. Heaolu on võimalik saavutada vajaduste rahuldamise ja mittevajalike vajaduste kaotamise teel. Heaolu saavutamist kirjeldavad näiteks Maslow' või Lumarda vajaduste hierarhiad. Maslow vajaduste liigituse järgi on inimesel vaja kõigepealt täita ellujäämise vajadused, milleks on vee-, toidu- ja unevajadus. Seejärel hakatakse keskenduma turvalisuse-, kuuluvuse- ning tunnustusevajaduste täitmisele. Hierarhia madalaimad neli astet on inimese füsioloogilised vajadused ehk puudulikkus-vajadused. Viies, eneseteostusvajadus, on kõrgem ehk olemusvajadus. Inimese individuaalset heoluseisundit samastatakse tihti tema materiaalsete võimaluste ning tingimustega. Teatud võimaluste piirist alates pole aga heaolu tõus vaatamata materiaalsete võimaluste kasvule enam saavutatav. Selleks, et heaolu mõistet defineerida, tuleb tugineda selle mõiste relatiivsusele ning arvestada lisaks materiaalsele väärtustele ka inimeste psühholoogilisi väärtuseid, elukvaliteeti ning sotsiaalseid võimalusi.

Vajadusi võib pidada relatiivseteks kolme argumendi alusel (Ware, Goodin 1990: 2):

1. Inimesele vajalike ressursside olemus sõltub paljuski teda ümbritsevatest ning temale füüsiliselt mõju avaldavatest tingimustest (temperatuur, ilmastikukulud jne).
2. Paljud konservatiivseid vaateid järgivad autorid pooldavad absolutistide seisukohti ning eitavad vajaduste olulisust kui poliitilist kontsepti lääne demokraatiates, selle tõttu, et peaaegu igal ajal nendes ühiskondades on olemas ressursid ellujäämiseks. Vastupidiselt neile väidavad paljud mitte-konservatiivid, et suutlikkus jääda ellu ei ole ainuke oluline aspekt otsustamiseks, kelle vajadused on nõuavad rahuldamist. Tähtis on

ka ressursside kättesaadavus, mis võimaldaks inimestel elada täisväärtuslikku elu enda ühiskonnas.

3. Teatud ühiskondades on mõned inimeste vajadused relatiivsed sõltuvalt sellest, millised ressursid ning võimalused teistel inimestel juba olemas on. Ühiskonnas, kus füüsiline jõud otsustab paljuski ressursside jaotuse, võib inimestel olla vajadus toidu koguse järele, mis mitte ainult ei ole piisav ellujäämiseks, vaid ka küllaldane, et oma kaaskodanikega konkureerida.

On olemas erinevaid arusaamu sellest, mida kujutab endast hea elu või hea ühiskond, ning vastavalt sellele on ka erinevaid heaolu mõisteid ja kontseptsioone. Algselt oli heaolu sünonüümiks materiaalsele jõukusele, ning majanduskasvu määr oli peamine kriteerium hindamaks sotsiaalset arengut riigis. Hiljem tekkis ka heaolu laiem mõiste, sisaldades endas arengu ja elukvaliteedi aspekte, mis aja jooksul muutusid ühiskonna juhtivateks eesmärkideks. (Berger-Schmitt, Noll 2000: 8) Materiaalse, mittemateriaalse, vaimse ja sotsiaalse heaolu kontseptsioonid on omavahel tihedalt seotud. Ühiskonnas soovitakse tagada olukord, kus inimesed saaksid elada vastavalt oma individuaalsetele eelistustele, ilma et nad peaksid eluks vajalike materiaalsete tingimuste pärast igapäevaselt muretsema.

Heaolu arengu analüüsimiseks on mitmeid erinevaid kontseptsioone. Kuigi kõikides heaolu mõõtvates raamistikutes on teatud omavahelisi sarnasusi, tuuakse neid käsitledes esile erinevad heaoluga seonduvad komponendid ning mõõtmised. Erialases kirjanduses kasutatakse ühiskondliku heaolu määratlemisel riigi elamiskõlblikkuse ja elukvaliteedi, sotsiaalse ühtekuuluvuse ning tõrjutuse, inimarengu ning jätkusuutlikkuse kontseptsioone. Elukvaliteedi kontseptsioon on arvatavasti kõige laialdasemalt tuntud ja kõige tihedamini kasutuses olev erinevate objektiivsete ja subjektiivsete näitajate süsteem ühiskonna heaolu arengu analüüsimiseks (Berger-Schmitt, Noll 2000: 8). Lisaks heaolu materiaalsetele mõõdetele hõlmab antud kontseptsioon ka mittemateriaalseid elamisolude aspekte, nagu näiteks inimeste tervis, sotsiaalsed suhted, turvalisus või looduskeskkonna kvaliteet. Individuaalset elukvaliteeti iseloomustavad objektiivsed näitajad on seotud nii kodanike arusaamadega kultuurist ja üldistest väärtustest kui ka inimeste isiklike eesmärkide, standardite ja muredega.

Riigi tegevusel on oluline roll nii oma elanike vajaduste rahuldamisel kui ka üldise ühiskondliku elukvaliteedi võimaldamisel. Algselt piirdus riigi roll üksnes abi pakkumisega neile, kelle vajadusi ei saa rahuldada mitteametliku võrgu (peamiselt perekond), turu või vabatahtliku teenistuse läbi (Ware, Goodin 1990: 3). Riik ei vastutanud otseselt inimeste heaolu tagamise eest. 19. sajandi lõpul ning 20. sajandi alguses toimunud ühiskondlike muudatuste tagajärjel hakkas riigi roll ning selle sekkumine inimeste ellu oluliselt suurenema. Inimeste vajaduste laienedes ning nende rahuldamisega tekkivate probleemide lahendamiseks vajalike sotsiaalsete süsteemide areng tõi kaasa heaoluriigi mõiste tekke.

Et defineerida heaoluriigi mõistet ajaloolises perspektiivis, on vaja välja tuua mitmeid ajalooliselt olulisi kaalutlusi. Pierson ja Castles (2000) on välja toonud neli olulisemat aspekti, mida heaoluriigi mõiste defineerimisel arvestada. Esiteks, tekitab turumõjurite kontseptsioon heaoluriigi juhtimisel mitmeid probleeme. Turumajanduses kujuneb hind nõudluse-pakkumise suhte tulemusena ning on mõjutatud vabast konkurentsist. Võrreldes plaanimajandusega, puuduvad riigil otsesed võimalused turgu mõjutada, samuti on keeruline ette planeerida turu seis, sest turg reguleerib ennast ise, nn „nähtamatu käe“ abil. Riik otseselt ei sekku turumajandusse, vaid kasutab selle mõjutamiseks majandus- ning sotsiaalpoliitikat.

Teiseks tähtsamaks aspektiks peetakse industriaalühiskonna mõjul tekkinud ulatuslikke sotsiaalseid probleeme, millest kõige olulisemaks võib pidada töötust. Nn kroonilise töötuse olemasolu on olnud 19. sajandist alates oluline tegur selleks, et siduda jaotunud huvidega töötajate grupid kindlaksmääratud sotsiaalsete õigustega tööjõu ühtsesse klassi. Elanike elatustaset ning heaolu puudutavate probleemide laienemise tõttu tekkinud sotsiaalsed grupid olid aluseks riigi sotsiaalpoliitika loomisel. Riigi tegevust hakati fokuseerima probleemsete sotsiaalsete gruppide vajaduste rahuldamise eesmärgil.

Lisaks turumajanduse levikule ning töötusega kaasnevatele probleemidele tuuakse kolmanda kaalutlusena välja riigi sekkumise hädavajalikkuse küsimus. Organiseeritud võimu kasutamine sotsiaalteenuste pakkumisel tekitas küsimusi, miks mitte lihtsalt loota perekonna toetusele, kirikule, heategevusele, eneseabile, vastastikusele abile (liit, ametiühing, sõbralik ühiskond) või kõrvaltuludele ja soodustustele. Ühiskonnas tekkinud muutuste tõttu aga riigi kohustused aina suurenesid. Enam ei piisanud elanike

toimetulekuks ainult lähedaste abist, tekkis vajadus ulatuslikumaks riigi sekkumiseks. Riigi sekkumise põhjuseks on ka asjaolu, et turg ei suuda tagada kõikidele ühiskonna liikmetele piisavas koguses vajalike hüviste pakkumist.

Neljanda ajalooliselt olulise kaalutluse aluseks on riikides võimaldatavate sotsiaalabi ja toetuste pidevalt muutuv hulk. Kuigi heaoluriik suudab hõivata tähelepanuväärselt palju instrumente, nagu sotsiaalkindlustus, otsene varustamine rahaga või mõistliku lisarahaga (toetus), partnerlus teiste esindustega (ka erafirmad) ning kohalike omavalitsuste meetmed ning toimingud, ei ole poliitikad kunagi igaveseks kindlaksmääratud. Tervishoiupoliitikas üksi on tähelepanuväärne mitmekesisus riiklike tervishoiuteenuseid hõlmavates protseduurides, asutustes ning isegi riikides. Tänapäeva kiiresti arenevas ühiskonnas on muutused poliitikas ning sotsiaalkaitstesüsteemides tavalised nähtused. Mitmesuguste probleemide tekkides ning ühiskondlike muutuste mõjul tuleb riigil leida uusi lahendusi ning välja töötada erinevaid süsteeme sotsiaalteenuste tõhusamaks pakkumiseks.

Vaatamata ajalooliselt oluliste kaalutuste arvesse võtmisele, on heaoluriigi täpse ning kõikehõlmava definitsiooni loomisel olnud olulisi teoreetilisi probleeme. Teoreetikute esimene generatsioon defineeris heaoluriigi terminit sotsiaalkaitsekulutusteks kasutatavate ressursside ulatuse alusel (Ahn 2000: 13). Esping-Andersen (1998) väidab, et kehtis eeldus, mille kohaselt sotsiaalkaitsekulutuste tase peegeldab adekvaatselt selle riigi panust oma kodanikele heaolu tagamisel. Eelnimetatud definitsioon jätab arvesse võtmata mitmeid olulisi faktoreid ning on liigselt piirava kontseptsiooniga. Vastavalt erinevatele heaoluühiskonna mudelitele, mida käsitleb pikemalt järgnev peatükk, eksisteerib mitmeid heaoluühiskonna vorme, kus elanike heaolutase ei ole määratav vaid riigi kulutuste ning elanike maksukoormuse alusel.

Suhe heaoluriigi sisendi- ja väljundiaspektide vahel osutus suhteliselt problemaatiliseks. Probleem peitus argumendis, et sisend ei ole ümberjaotusliku süsteemi tõttu otseselt väljundiga seotud. Hiljem, võttes arvesse eelkõige riikide tegevuse reaalseid tulemusi ehk väljundeid, hakati heaoluriiki käsitlema kui ulatuslikku ümberjaotuste süsteemi. (Ahn 2000: 13) Kuna heaoluriigi tegevuse eesmärgiks on vähendada turuhindade mõju inimeste toimetulekule, jaotatakse maksudest saadav tulu erinevate valdkondade vahel

vastavalt elanike vajadustele. Seetõttu, hakati arenenud riike, kus kasutatakse riigivõimu tulude ja kulude optimaalseks jaotamiseks, nimetama healuriikideks.

Ühe kõige laialdasemalt kasutatava ning täpsema healuriigi definitsiooni autoriks on Gøsta Esping-Andersen (1998), kes defineerib healuriiki kui riigi kohustusi tagada oma kodanikele piisavas ulatuses healoluteenuseid, garanteerides neile nii poliitilisi kui sotsiaalseid õiguseid. Täiendavalt on Ware ja Goodin (1990) rõhutanud, et riigi kodanikele sotsiaalsete ning poliitiliste õiguste võimaldamine kaasab endaga ka vastava kohustuse – riik peab võimaldama ressursse ning teenuseid igale kodanikule samalulatuslikult. Esping-Andersen (1998) on toonud oma definitsiooni selgitamisel välja, et healuriiki ei saa siiski defineerida ainult riigi poolt tagavate õiguste kaudu. Arvesse tuleb võtta ka riigi ülesannete täitmise reaalsel seotust riigi kohustuste, turu ning perekondade sotsiaalingimustega.

Mitmed eri teadlased tõstavad esile healuriigi defineerimisel pidevalt muutuvate avalike institutsioonide rolli, mille abil kodanikele vajalikke elamistingimusi võimaldatakse. Näiteks on healuriigi definitsiooni leidmisel võtud aluseks sotsiaalkindlustuse institutsioonid, mis kajastavad riigi kohustust garanteerida oma elanikele aktsepteeritavad elamistingimused. (Aidukaite 2004: 20) Healuriigi defineerimisel lähtutakse siiski eri autorite puhul seisukohast, et healuriigi igapäevane tegevus on suunatud majapidamiste healuvajaduste rahuldamisele, kasutades selleks tulude ümberjaotamise süsteemi. Seega saab healuriigi olemasolu kirjeldada riigi sekkumise, osaluse ning vastutusega oma elanikele üldise heaolu, stabiilsuse, turvalisuse ning solidaarsuse tagamisel.

Healuriigi definitsiooni kohaselt on lisaks poliitiliste ja sotsiaalsete õiguste tagamisele, riigi tegevuse eesmärgiks vähendada toetuste ja sotsiaalabi pakkumisega turukonkurentsist tulenevaid ja inimese elutsükliga kaasnevaid riske. Pierson ja Castles (2000) on määranud vabaturumajanduse tegevuse käigus tekkiva negatiivse mõju vähendamiseks kolm eesmärki – esiteks, garanteerida indiviidide ning perekondade miinimumsissetulek, sõltumata nende töö või vara turuväärtusest; teiseks, vähendada ebaturvalisuse määra, mis kaasneb indiviidide ja perekondade ettenägematute olukordade ning riskidega (haigus, kõrge iga, töötus); ning kolmandaks, kindlustada, et kõikidele kodanikele, kellel puudub ühiskonnas kindel staatus või klass, pakutakse

parimat sotsiaalteenust kokkulepitud standardi ulatuses. Riigi poolt võimaldatavad sotsiaaltoetused ning -hüvitised on rahalised abivahendid, mida riik pakub elanike piisava elatustaseme garanteerimiseks sotsiaalsete probleemide ning riskide korral. Sotsiaalteenused on aga elanike toimetulekut abistavad mitterahalised toetused. Riik pakub oma elanikele selliseid sotsiaalseid teenuseid, millest turg ei ole huvitatud.

Mitmetes Lääneriikides on aastate jooksul välja kujunenud stabiilne ning efektiivne heaoluühiskond. Kuigi enamik Lääneriike ei erine kuigi palju heaolu väljaminekute suuruse poolest, erinevad riikide heaolu programmid omavahel paljugi, sest väljundite taset ning liiki mõjutab see, kui palju on heaoluteenused turust sõltumatud ning kuidas on tulud jaotatud (Ahn 2000: 13). Esping-Andersen (1998) kinnitas samuti eelnevat seisukohta, et riikides ei jaotata sotsiaalkaitsekulutusi alati võrdselt kõikide kodanike vahel. Kui mitmetes Euroopa arenenud riikides kulutatakse suurimaid summasid majandusliku sotsiaalabi või erakindlustuse maksusoodustuste pakkumisele, siis näiteks Austrias kulutab valitsus suure osa sotsiaaltoetustest riigiametnikele ning -teenistujatele.

Heaoluühiskond areneb riikides välja siis, kui elanike heaolu tagamine ning elatustaseme tõstmine on riigi tegevuse ühtseks eesmärgiks ning on saavutatud elanike üldine majanduslik ning sotsiaalne turvalisus. Heaoluriigi välja arendatud efektiivse sotsiaalpoliitika ning elanike heaolu tagamise üheks kõige olulisemaks tingimuseks on Kennett (2004) nimetanud riigi võime jääda majanduslikult iseseisvaks, et pakkuda oma kodanikele vajalikke sotsiaalkaitseüsteeme turumajanduse tingimustes. Lisaks riigi majandusliku iseseisvumise säilitamisele peavad Pierson ja Castles (2000) veel oluliseks rõhutada, et võimalus kasutada riigivõimu elanike heaolu tagamiseks on igas riigis seostatud nii majandusliku tasakaalu ning sotsiaalsete mõjuritega, riigi kasutuses olevate ressurssidega kui ka efektiivsete mõjutamise- ning kontrollimise tehnikatega. Seega, ei saa heaoluühiskond välja areneda igas riigis – peamiseks arenguriikide probleemiks on ja jääb ressursside vähesus ning vajalike majanduslike ning poliitiliste süsteemide puudumine või nõrkus.

Elanike heaolu taseme hindamiseks riigis on mitmeid näitajaid. Kuna heaolu kontseptsioon on väga laiamõisteline ning heaoluriigi tegevus avaldub paljudes erinevates valdkondades, toob autor välja vaid kõige üldisemad ning laialdasemalt

kasutatavad näitajad ning enim elanike elatustaset ja heaolu puudutavad valdkonnad, mida kasutatakse ka bakalaureusetöö empiirilises osas.

Riikide arengutaset saab mõõta paljude erinevate indikaatorite alusel. Üheks kõige tuntumaks ning enim kasutatavamaks riikide omavahelise võrdlemise ning üldise arengu näitajaks on alates 1990. aastast ÜRO arendusprogrammi (UNDP) poolt avaldatav globaalne inimarengu indeks. Tegemist on riikide võrdlemisel kasutatava indeksiga, mis seob numbrilisel skaalal inimarengu kolme aspekti: keskmist eluiga, haridustaset ja üldist elatustaset (ehk suhtelist ostujõudu, mida väljendatakse sisemajanduse kogutoodanguna inimese kohta) (Human Development ... 2011). Näitaja abil mõõdetakse inimeste üldist heaolu riigis ning juhitakse tähelepanu probleemidele, mida teised näitajad ei kajasta.

Riikide jõukuse ning heaolutaseme võrdlemiseks kasutatakse ka Legatumi instituudis avaldatavat „õitsenguindeksit“ (*prosperity index*). Tegemist on indeksiga, mis põhineb 89 erineval muutujal, millest igapähele on mõju riigi majanduskasvule või elanike heaolule. Indeks koosneb kaheksast alaindeksist, mis kõik esindavad olulist aspekti riigi heaolu ning majandusliku õitsengu hindamisel. Alaindeksiteks on majandus, ettevõtlikkus ja võimalused, riigi juhtimine, haridus, tervis, ohutus ja turvalisus, isiklik vabadus ning sotsiaalne kapital. (The 2011 Legatum Prosperity ... 2012) Võrreldes globaalse inimarengu indeksiga võimaldab Legatumi jõukuse ja heaoluindeks peale väliste tegurite hinnata ka elanike subjektiivset rahulolu riigi tegevusega eri valdkondade lõikes.

Elanike heaolu hindamiseks riigisiselt on võimalik analüüsida erinevaid sotsiaalkaitse valdkondi. Vastavalt healuriigi definitsioonile on riigi kohustuseks vähendada turukonkurentsis tulenevaid ja inimese elutsükliga kaasnevaid riske. Seega, on healuriigi tegevusega enim seotud valdkonnad, mis seostuvad elanike tervise (tervishoid), minimaalse sissetuleku tagamise (töötutoetused, pensionid), kõrge ea (vanaduspension) ning lastega (pere- ja lastetoetused).

Sotsiaalkaitse süsteemis toimuvate muutuste jälgimiseks üle aastate ja nendest tulenevate mõjude hindamiseks saab kasutada mitmeid erinevaid näitajaid ning analüüsi. Euroopa Liidu tööhõivekomitee (EMCO) on koostanud indikaatorid, mis

võimaldavad lisaks eelnevale ka riikide sotsiaalpoliitikat omavahel võrrelda ning sotsiaalkaitse süsteemide kasulikkust analüüsida. EMCO poolt välja arendatud indikaatorid jagunevad sisendi, väljundi ning protsessi indikaatoriteks. Sisendiindikaatoriteks, mis põhinevad heaoluriigi sisendite kontseptsioonil, on rahalised kulutused toetustele (ühe elaniku kohta, % SKT-st, eesmärgi järgi) ning hoolekande teenuste olemasolu iseloomustavad näitajad. Väljundindikaatoriteks on töötute osakaal ning sotsiaalteenuste kättesaadavus. Protsessiindikaatoriks on hüvitust saavate töötute osakaal. (EMCO Report 2009: 7)

Rahalised kulutused sotsiaalabile ja -kindlustusele kirjeldavad riigi sotsiaalkaitse süsteemi struktuuri ning ülesehitust – millised on riigi prioriteedid elanikele heaolu tagamisel, kuidas on jaotunud kulutused. Hüvitiste ja toetuste suurused ning nende muutumised võimaldavad analüüsida riigi nii riigi arengut kui ka osalust elanikele heaolu pakkumises. Sotsiaalteenuste maht ning nende kättesaadavus iseloomustab samuti riigi panust elanike eest hoolitsemisel – kas inimeste toimetulek sotsiaalsete probleemide korral jääb nende endi kanda või abistab riik neid selles. Riigi majandusliku olukorra hindamiseks on väga oluline indikaator tööpuuduse määr. Töötutoetuste ning -hüvitiste pakkumine kirjeldab elanike toimetuleku tagamist püsiva sissetuleku puudumise korral (milline on elukvaliteet töötul inimesel). Kui suur osa elanikest on tööga hõivatud, on ka kulutused sotsiaalkaitsele tunduvalt väiksemad, sest inimesed suudavad ise tagada endale piisava sissetuleku. Kõrge tööpuuduse määr viitab enamasti majanduse langusele ning ressursside ebapiisavale kasutamisele.

Heaolu kui inimese jaoks rahuldava füüsilise ning vaimse seisundi saavutamine algab füsioloogiliste vajaduste rahuldamisest. Riigil on oluline roll selle teostamises, sest inimesi, kes ei saa abi läbi mitteametliku võrgu, turu, või vabatahtliku teenistuse, on palju. Kiiresti arenev ühiskond ning inimeste pidevalt kasvavad vajadused ning võimetus alati ise toime tulla, panid aluse heaoluriigi tekkele. Heaoluriiki võib defineerida kui põhiliste avalike programmide pidevalt muutuvat struktuuri, mille tulemusel toimub turu ressursside ümberjaotamine vastavalt vajadustele. Heaoluriigi tähtsaimaks ülesandeks on garanteerida kodanikele nii poliitilised kui ka sotsiaalsed õigused ning vähendada ühiskonna liikmete vahelist sotsiaal-majanduslikku ebavõrdsust erinevate poliitiliste süsteemide abil.

1.2. Heaoluriigi mudelid

Tänapäeva ühiskonnas on väga olulisel kohal riikide poliitika kujundamisel demokraatia põhiprintsiipide ning heaoluühiskonna väärtuste kinnistamine. Tegemist on pika ning aeganõudva protsessiga, mis võib riigiti väga erineda. Erinevaid võimalusi ning süsteeme, et kujundada riigi poliitikat, on palju. Esmatähtis on selgitada välja inimeste vajadused ning seejärel lähtuvalt riigi majanduslikust seisust leida ka sobivad väljundid nende rahuldamiseks. Kodanike vajaduste täitmine nõuab riigi poolt mitmete erinevate sotsiaalvaldkondade teenuste ning toetuste võimaldamist, nende omavahelise olulisuse ning pakkumise suhe varieerub vastavalt teatud riigi võimalustele.

Heaoluriikide eristamiseks ning klassifitseerimiseks tugineb autor kahele tuntud heaoluriigi tüpoloogiale: Gøsta Esping-Anderseni poolt eristatud riigitüübid ning Walter Korpi ja Joakim Palme ideaaltüüpi sotsiaalkindlustuse institutsioonide mudelid. Tabel 1 võtab kokku Esping-Anderseni (1998) poolt eristatud sotsiaaldemokraatliku, konservatiivse-korporatiivse ning liberaalse riigikorra kõige olulisemad tunnusjooned.

Tabel 1. Heaoluriigi tüübid Esping-Anderseni järgi

Näitaja	Liberaalne	Konservatiivne-korporatiivne	Sotsiaaldemokraatlik
Vaesuse määr	kõrge	keskmine	madal
Klassilise ebavõrdsuse määr	kõrge	keskmine	madal
Soolise ebavõrdsuse määr	keskmine	kõrge	madal
Peamine sotsiaalhüvitiste jaotamise kriteerium	tõestatud vajadus	tööturus osalemine ja kontributsioon	kodakondsus
Kodanike heaolu eest vastutaja	turg	perekond, tööandja	riik
Riigi teenuste avalik pakkumine	väike	keskmine	suur

Allikas: Esping-Andersen (1998); autori koostatud

Liberaalse heaoluriigi, mis eksisteerib näiteks USA-s, Kanadas ning Austraalias, eripäraks on majandusabi plaan, kuhu on ühendatud ka mõõdukas sotsiaalkindlustuse plaan (tabel 1). Hüvitised, mida peamiselt saavad väikese sissetulekuga inimesed, enamasti töötud ja riigi poolt ülalpeetavad, on suhteliselt tagasihoidliku suurusega ning suunatud eelkõige töölisklassile. Liberaalse riigikorra rakendamise väljunditeks on eelkõige riigi teenuste piiratud avalik pakkumine ning suhteliselt kõrge vaesuse ja ebavõrdsuse määr. Indiviidide heaolu tagab turg. Esping-Andersen (1998) rõhutab, et liberaalne mudel ei loo mitte ainult suuri erinevusi vaeste ja rikaste vahel, vaid toob

endaga tihti kaasa ka klassi dualismi. Liberaalse heaolumudeli põhiväärtusteks on indiviidi vabadus, inimõigused, võrdsed võimalused ja aus konkurents.

Sotsiaal-demokraatlikule riigikorrale, mis eksisteerib Rootsis, Soomes, Taanis ning Norras, on eelkõige iseloomulik stabiilsuse ning järjepidevuse tagamine (tabel 1). Võrreldes liberaalsete või konservatiivse-korporatiivse riigikordadega on sotsiaal-demokraatlikel riikidel vaesuse ning ebavõrdsuse määr madalaim. Hüvitiste jaotamise peamiseks kriteeriumiks on kodakondsus. Riigi teenuste avaliku pakkumise ulatus, võrreldes liberaalse või konservatiivse-korporatiivse riigikorraga, on kõrgeim sotsiaal-demokraatlikus riigikorras. Riik on tähtsaim üksus, mis vastutab kodanike heaolu eest. Igaüks saab healuriigist kasu, sest inimesed on sellest sõltuvad ning tunnevad kohustust maksta nendele pakutavate universaalsete hüvede eest. Riik suurendab inimeste võimet saada hakkama ilma perekonna abita, samal ajal kasvatades kodanike sõltuvust riigivõimust. Mudeli olulisemaks omapäraks on selle tugev seos töö ja heaolu vahel. Eesmärgiks on töö tagamine kõigile ühiskonna liikmetele ning ebavõrdsuse täielik elimineerimine.

Konservatiivses-korporatiivses riigikorras on hüvitiste saamine rajatud tööjõuturul osalemise ning vabatahtlikult makstud kontributsioonide peale (tabel 1). Sotsiaalkindlustusega kaetus mängib kõige olulisemat rolli heaolu pakkumisel. Siiski, õigus hüvitistele on tugevalt seotud inimeste klassikuuluvuse ning nende sotsiaalse staatusega. See tähendab, et erinevatel ametialastel gruppidel ning klassidel on õigus mitmesugustele erinevatele teenustele. Konservatiivne kord on tüüpiliselt kujundatud kiriku poolt, ning seetõttu ka tugevalt pühendunud traditsioonilise peremudeli säilitamisele. Peretoetused julgustavad emadust ning sotsiaalkindlustusest jäetakse üldjuhul töötud naised välja. Laste hoolekanne ning mitmed sarnased perekonnateenused on vähearenenud. Nagu on näidatud tabelis 1, loob konservatiivne-korporatiivne riigikord keskmise klassidevahelise ebavõrdsuse ning riigi teenuste avaliku pakkumise taseme võrreldes teiste mudelitega. Seevastu, tekitab selline riigikord, oma survega säilitada traditsiooniline peremudel, kõrge soolise ebavõrdsuse taseme. Konservatiivse-korporatiivse riigikorra ilmekamateks näideteks Esping-Andersen (1998) nimetanud Saksamaa, Prantsusmaa ning Itaalia. Konservatiivse heaolumudeli põhiväärtusteks on järjepidevuse ning stabiilsuse tagamine.

Vastupidiselt Esping-Anderseni heaoluriigi mudelite ulatuslikele rakendusvõimalustele erinevate riigikordade klassifitseerimisel, on Korpi-Palme ideaaltüüpi mudelid kohandatud kasutamiseks vaid sotsiaalkindlustuse institutsioonide struktuursete erinevuste väljatoomisel. Sotsiaalkindlustuse programmide institutsionaalsed struktuurid on võetud erinevate heaoluriikide tüpoloogiate määramise aluseks. Vastavalt kodanike tähtsaimate sotsiaalsete vajaduste ulatusele valisid Korpi ja Palme tüpoloogia koostamisel peamiseks alusprogrammideks pensionid ning tervisekindlustuse. Kolme peamise aspekti põhjal, milleks on õigused, hüvitiste taseme määramise printsiip ning töötaja-tööandja koostöö programmi juhtimisel, kirjeldasid Korpi ja Palme sotsiaalkindlustuse kui institutsiooni viit erinevat ideaaltüüpi: sihipärane, vabatahtlik riigi toetustel põhinev, korporatiivne, üldist turvalisust tagav ning kõikehõlmav mudel (tabel 2). (Aidukaite 2004: 58–59).

Tabel 2. Korpi-Palme ideaaltüüpi sotsiaalkindlustuse institutsioonide mudelid

Mudel	Õiguste määramise alused	Hüvitiste taseme printsiip	Töötaja-tööandja koostöö programmi juhtimisel
Sihtmudel	tõestatud vajadus	minimaalne	ei
Riigi toetustel põhinev mudel	liikmelisus, kontributsioonid	ühtlase määraga või sissetulekust sõltuv	ei
Korporatiivne mudel	ametialane kategooria ning tööjõus osalemine	sissetulekust sõltuv	jah
Üldist turvalisust tagav mudel	kodakondsus või kontributsioonid	ühtlase määraga	ei
Laiaulatuslik, kõikehõlmav mudel	kodakondsus ning tööjõus osalemine	ühtlase määraga või sissetulekust sõltuv	ei

Allikas: Aidukaite 2004: 59

Nagu on näidatud tabelis 2, on sihtmudel üles ehitatud pere tulusid ning vajadusi arvestavale süsteemile, kus sotsiaalsete tagatiste saamine on üksikjuhtumil testitav ning hüvitised on ühtlase määraga. Sihtmudelit seostatakse eelkõige Austraaliaga (Korpi, Palme 1998). Riigi toetustel põhineval mudelil on hüvitiste kättesaadavus rajatud vabatahtlikele kontributsioonidele, mis tulenevad vastavate süsteemide liikmelisusest. Mudeli aluseks on kindlustuspõhimõtetele üles ehitatud sotsiaalpoliitika, kus toetuste suurused sõltuvad varasematest sisse maksetest. Nagu Korpi ja Palme täpsustasid, on sellised kindlustussüsteemid olnud oskustööliste ning keskklassile tähtsamad kui kvalifitseerimata tööjõule ning vaestele. Siiski, ükski kaheksateistkümnest OECD riigist

ei vasta hetkel sellele mudelile. Korporatiivses mudelis on hüvitiste kättesaadavus rajatud erinevate kontributsioonide seoste ning kindlasse ametialasesse gruppi kuuluvusele. Programme finantseeritakse eelkõige töötaja ja tööandja kontributsioonidega. Korporatiivse mudeli puhul on üks olulisemaid omadusi see, et sealsed programmid on suunatud vaid majanduslikult aktiivsele elanikkonnale ning välja jäetakse tööjõus mitteaktiivsed isikud. Korporatiivse mudeli parimateks näideteks on Prantsusmaa, Saksamaa, Belgia, Austria, Itaalia ning Jaapan (Aidukaite 2004: 58–59).

Üldise turvalisuse mudelis katab sama programm kõiki kindlustatuid (tabel 2). Hüvitiste kättesaadavuse aluseks on kontributsioonid või kodakondsus (residents). Kuigi hüvitiste tasemed on enamasti määratud ühtlase määraga, võivad need siiski teatud ulatuses varieeruda. Üldise turvalisuse mudelit rakendatakse nii Suurbritannia, Uus-Meremaa, Kanada, USA, Hollandi, Šveitsi ning Iirimaa poliitika korraldamisel. Üldise turvalisuse mudelile on sarnane kõikehõlmav mudel, mille puhul pakutakse katvust universaalselt. Hüvitiste kättesaadavus on rajatud kontributsioonidele ja kodakondsusele. Majanduslikult aktiivsetele kodanikele võimaldatakse sissetulekuga seotud hüvitisi. Korpi ja Palme on rõhutanud, et antud mudel vähendab nõudlust erakindlustuse järele ning omab potentsiaali kaasata samasse programmi kõik kodanikud. Kõikehõlmava mudeli ilmekamateks näideteks on Soome, Rootsi ning Norra (Aidukaite 2004: 59–60).

Esping-Anderseni heaoluriikide tüpoloogiat on oma uuringutes kasutanud ning edasi arendanud mitmed teadlased. Esping-Anderseni heaoluriikide jaotus on saanud ka palju kriitikat, eelkõige tüpoloogia liigselt üldistava iseloomu tõttu. Heaolumudelite paikapidavustele annab aga kinnitust Korpi-Palme ideaaltüüpi sotsiaalkindlustuse institutsioonide mudelite tüpoloogia, mis sarnaneb Esping-Anderseni riigikordade mudelitega. Korpi ja Palme sotsiaalkindlustuse institutsioonide mudelite peamised eristatavad tunnusjooned ning nende jaotused riigiti ühtivad mitmel juhul oma põhimõtete alusel Esping-Anderseni riigikordade mudelite jaotusega. Korpi ja Palme tüpoloogia sihtmudelil ning üldise turvalisuse mudelil on enim sarnasusi liberaalse riigikorra mudeliga, korporatiivne sotsiaalkindlustuse institutsiooni mudel on rakendatav eelkõige konservatiivsete-korporatiivsetes riikides ning kõikehõlmav sotsiaalkindlustuse institutsiooni mudel on kasutusel sotsiaaldemokraatlikes riikides.

Täienduseks Esping-Anderseni heaolühiskonna riigikordade ning Korpi-Palme sotsiaalkindlustuse institutsioonide mudelite jaotustele kasutab autor Ware ja Goodini (1990) sotsiaalteenuste jaotamise tüpoloogiat. Ware ja Goodin on klassifitseeritud sotsiaalteenused nende võimaldamise alusel kolmeks mudeliks.

Vajadustepõhine mudel. See mudel püüab võimaldada universaalset katet, kõigil (kodanikud või alalised residendid) on õigus abile. Abi võimaldatakse minimaalsete vajaduste põhjal, mida on vaja ellujäämiseks. Ainult neile, kes jäävad allapoole miinimumi taset, võimaldatakse mitmesugust abi. Selleks, et teada saada kas isikul on vaja finantsilist abi, tuleb ning deklareerida oma sissetulekud ja vara. Kuigi kindlustatuse tase on universaalne, peab riik ikkagi tagama, et abivajajad oleksid programmidest teadlikud ning üritama vähendada avaliku abi vastuvõtmist kui häbiväärse tegevuse mainet. Kindlustuse ulatus on rangelt limiteeritud; see sisaldab endas vaid sellist abi, mis toob inimesed ellujäämise miinimum standardini. Põhimõtteliselt, siiski, ei ole kulutataval summal kindlat piiri – kulutused on määratud sellega kui kaugemale alla elatustaseme miinimumpiiri abivajajad jäävad. Mudeli põhimõte on jagada ressursid nendelt, kes ei vaja abi, neile, kes seda vajavad. Ümberjaotusega täidetakse inimeste minimaalseid vajadusi antud ajahetkel, neile ei kompenseerita mineviku eest, ega kindlustata tulevikku.

Kindlustuse (toetustepõhiline) mudel. Selle mudeliga seotakse kindlustatus tööhõivega, kus riigi ülesandeks on süsteemi haldamine. Mudel ei paku kindlustatust vaid neile, kes on ise minevikus teinud vajalikud sissemaksed. Need kontributsioonid ei pea olema teostatud isikute endi poolt, vaid ka tööandjate, abikaasade või vanemate poolt. Tehtud kontributsioonidest olenevad ka hiljem kättesaadavad väljamaksed ning teenused. Kindlustatus ei ole otseselt seotud koheste vajadustega. Järelikult võivad makseid sooritada isikud, kes ei vaja abi, samal ajal kui need, kes abi vajavad ning makseid pole sooritanud, jäävad ilma kõigist toetusõigustest. Sotsiaalne kindlustus ei ole kujundatud selleks, et jaotada ressursse ühest ühiskonna sissetulekugrupist teise, vaid hoopis isikute või nende perede elutsükli aja jooksul. Sotsiaalse kindlustuse eesmärk on aidata vältida kindlustatud isikuid vajamast abi nende elu kõige riskantsematel perioodidel.

Sotsiaalsete kodanikuõiguste (õiguste-põhiline) mudel. Kõik, kes on ühiskonna liikmed, on kindlustatud sotsiaalmaksete ja -teenustega. Liikmelisust võib defineerida isiku

kodakondsusega, kuid sagedamini seda tehakse alalise elukoha alusel. Isikul on õigus heaolule, mis on tuletatud ühiskonna või kogukonna liikmelisusest. See ei tähenda, et sellises süsteemis mõned programmid ei testi kas isikul on tõesti abi vaja – näiteks saavad koha haiglas vaid need, kellel on tõsiselt arstiabi vaja. Inimesed saavad toetusi ning teenuseid selleks, et neile tagada täisväärtuslik elu oma ühiskonnas. Põhimõtte poolest peaks see mudel ümber paigutama ressursse inimestelt, kellel on neid piisavalt palju inimestele, kellel jääb neist puudu. Tegelikult on selle protsessi kohta ilmnunud märkimisväärseid kahtluseid. Näiteks on keskklassil oskusi ning teisi eeliseid töölisklassi ees, mis lasevad neil saada paremat kasu üldistest hüvitistest. Peale selle, kasutades üsna standardseid ratsionaalse valiku eelistusi valijate ning poliitikute käitumises otsuste tegemisel, saab näidata, et selline mudel tõenäoliselt paigutab ümber ressursse keskklassi kasuks.

Vajadustepõhise mudeli puuduseks on olukord, kui abivajajad ei moodusta väga suurt hulka valijaskonnast ja on kaitsetud opositsioonipoliitikute manipulatsioonide ning mõjuvõimu eest. Järelikult, need, kes soovivad kaitsta abivajajaid, võivad üritada suunata programme toetustepõhilise mudeli suunas. Samuti võib vajadustepõhine mudel liikuda sotsiaalsete kodanikuõiguste mudeli suunas. Teenused ja programmid, mis on mõeldud vaid „vaestele“, kalduvad olema ebatäpsed. Lubamine kõigil kasu saada pakutavatest teenustest, isegi kui keskklass saab rohkem kui neil vaja, on vajalik tingimus kõigi nende jaoks, kes saavad piisaval tasemel hoolitsust, ning on vaeste huvide kaitsjate sidus poliitiline strateegia. Poliitiline surve laiendada üldist kindlustuse katvust kõigile elanikele, võib põhjustada toetustepõhilise mudeli muutumist hoopiski sotsiaalse kodanikuõiguste mudeli suunas. (Ware, Goodin 1990: 8–9) Tänu abivajajate ning nende pooldajate väiksele osakaalule kogu valijaskonnast, on keeruline jõuda soovitud eesmärkideni. Kui aga poliitiline surve on piisavalt suur, võib järgmiste valimiste käigus toimuda võimuvahetus sellise partei suunas, kes on valmis sotsiaalteenuste mudelit muutma vastavalt rahva vajadustele.

Ware ja Goodini (1990) sotsiaalteenuste jaotus on tugevalt seotud nii Esping-Anderseni riigikordade mudelite kui ka Korpi-Palme sotsiaalkindlustuse institutsioonide mudelitega. Ware ja Goodini sotsiaalteenuste jaotuse vajadustepõhine mudel sarnaneb ülesehituselt Esping-Anderseni liberaalsele riigikorrale ning Korpi-Palme sotsiaal-

kindlustuse institutsioonide üldise turvalisuse mudelile. Toetustepõhiline mudel on rakendatav Esping-Anderseni konservatiivse-korporatiivse riigikorra ning Korpi-Palme korporatiivse sotsiaalkindlustuse institutsioonide mudeli puhul. Sotsiaalsete kodanikuõiguste mudel on samastatav Esping-Anderseni sotsiaaldemokraatliku riigikorra mudeliga ning Korpi-Palme sotsiaalkindlustuse institutsioonide laiaulatusliku, kõikehõlmava mudeliga.

Kui vaadelda vaid Lääne-Euroopa riike võib samuti välja tuua mitmeid eristatavaid tunnuseid sealsetes heaoluühiskonna vormides. Nagu eelnevalt mainitud, ei erine enamik Lääneriike kuigi palju heaolu väljaminekute suuruse poolest, vaid eelkõige heaolu programmide ülesehituse ning funktsioneerimise poolest. Lääne kapitalistlike demokraatiate peamiste erinevuste üldisemaks kirjeldamiseks kasutatakse selektiivset ning universaalset mudelit (Leibfried, Mau 2008: 662). Mudelite tähtsamaid erinevusi kirjeldab kokkuvõtvalt tabel 3.

Tabel 3. Selektiivse ning universaalse heaoluühiskonna mudeli erinevused

Mõõde	Selektiivne	Universaalne
Sotsiaalseteks eesmärkideks kulutatava koguprodukti osakaal	väike	suur
Toetuste võimaldamine	minimaalne	küllaldane
Seadusandliku kasu ja teenuste ulatus	limiteeritud	laiaulatuslik
Hüvitiste ning teenustega kindlustatud populatsiooni suurus	vähemus	enamus
Domineeriv programmi tüüp	elatusvahendid	üldine
Esikohal olevate abivajaduse ennetamise programmide roll	olematu	kriitiline
Finantseerimine	tasud	maksud
Eraorganisatsioonide tähtsus	suur	väike
Riigi juhtimise eelistatud roll	minimaalne	optimaalne

Allikas: Leibfried, Mau 2008: 662; autori koostatud

Üks universaalse heaoluriigi, nagu näiteks Rootsi, vältimatu omadus on suur maksukohustus (tabel 3). Kui toetused ning teenused on kättesaadavad kogu populatsioonile, ning oma kvaliteedilt rahuldavad, on kõrged maksud asendamatud. Mõistagi, on näiteks liberaalile arusaamatu, et inimesed aktsepteerivad rahvamajanduse kogutoodangust 57%-list maksukohustust. Universaalse heaoluriigi sotsiaalpoliitika avalik tunnus on seotud teadmise, et tulemused, mis on nii saadud, jäävad mõistlikkusse proportsiooni tekkinud ohverdustega. (Leibfried, Mau 2008: 662) Kuigi maksud on võrreldes teiste Lääneriikidega universaalset mudelit kasutatavates Skandinaavia maades palju kõrgemad, on elanike elatustase sellistes riikides ülimalt kõrge. Riik kasutab

maksumaksja raha väga otstarbekalt, pakkudes oma kodanikele ulatuslikke sotsiaaltoetuseid. Selektiivset mudelit, mis kirjeldab Prantsusmaa, Saksamaa ning Inglismaa heaoluühiskonda, iseloomustab aga madal maksukohustus. Elanike sotsiaalkindlustus põhineb nende töötasudel.

Umbes kolmkümmend aastat tagasi ei panustatud OECD riigid rahvamajanduse kogu- toodangust eriti palju sotsiaalsetele programmidele. Kuni 1960ndate alguseni oli näiteks Rootsi, mitmete teiste seas, heaoluriik ning tema sotsiaalpoliitika ei olnud mitte rohkem laiaulatuslik ega suuremeelne kui teistes samaväärsetes riikides. Kolmkümmend aastat hiljem on erinevus palju suurem. Kuigi võrdlevad arengud sotsiaalpoliitikas on järginud liidri kaju, on sarnaste riikide koondumise asemel olnud näha hoopiski lahknemist. 1990ndate alguseks oli Rootsi väga eripärane oma sotsiaalpoliitika ebatavalise ulatuse ning kõikehõlmavuse poolest. Sotsiaalpoliitika divergentsi suurenemise juures on märkimisväärne see, et lahkumine toimus samal ajal kui need riigid kogesid majanduse internatsionaliseerimise kasvu. Riikide üldine poliitiline ning sotsiaalne sõltumatus kasv viimase 30 aasta jooksul oleks pidanud viima sotsiaalpoliitika põhimõtete ühtlustumisele, kuid nähtavasti seda pole juhtunud. (Leibfried, Mau 2008: 661) Riikide sotsiaalpoliitikate ning heaolusüsteemide erinevuste põhjuste aluseks on mitmeid aspekte – rahva vajaduste ja nõudmiste varieerumine (individualiseerimise protsess on arenenud mõnes riigis rohkem kui teises), riigi üldine poliitiline ja sotsiaalne sõltumatus, riigi poliitiline süsteem ja riigikord, võimul oleva partei ideoloogia ning riigi majanduslikud võimalused.

Riikide peamised erinevused riigikordades, sotsiaalkaitse institutsioonides ning sotsiaalteenuste võimaldamises heaoluühiskonna printsiipide alusel võtab kokku tabel 4. Skandinaavia maade peamine erinevus Mandri-Euroopa riikidest (Prantsusmaa, Saksamaa, Belgia, Austria, Itaalia jne) on universaalsuse ja solidaarsuse printsiipide laialdane rakendamine ehk võrdseid võimalusi üritatakse pakkuda kõigile. Skandinaavia maades on riik peamine heaolu eest vastutaja, riigi teenuste avalik pakkumine on väga ulatuslik. Kehtestatud on kõrged maksud. Maksudest saadava tulu ümberjaotamise teel võimaldatakse elanikele ulatuslikke sotsiaaltoetuseid. Sotsiaaltoetuste jaotamisel kasutatakse õigustepõhist mudelit – sotsiaalhüvitiste jaotamise aluseks on kodakondsus, sotsiaalhüvesid võimaldatakse kõigile olenemata nende sissetulekust või sotsiaalsest

staatusest. Mandri-Euroopa riikides pööratakse erinevalt Skandinaavia maadest rohkem tähelepanu traditsioonile, rahvuslusele ning kristlikule moraalile. Erinevalt Skandinaavia maadest on näiteks nii Prantsusmaal kui ka Saksamaal väga tähtsal kohal elanike töösuhted. Maksud on keskmise suurusega ning peamiselt sissetulekupõhised. Elaniku heaolu määrab eelkõige tema töö.

Tabel 4. Riikide peamised erinevused

	Vaesuse ja ebavõrdsuse määr	Sotsiaalsete hüvivate jaotamise printsiip	Toetuste finantseerimise allikas	Heaolu eest vastutaja	Juhtivad põhimõtted
Skandinaavia maad	madal	universaalne, kodakondsuse alusel	kõrged maksud, ümberjaotus	riik	võrdsed võimalused kõigile
Mandri-Euroopa riigid	keskmine	tööturus osalemine, töökoha põhised toetused	keskmised maksud, tasud, sissetulekupõhised	tööandja, perekond	traditsioon, rahvuslus, kristlik moraal
USA, Kanada, Austraalia	kõrge	sissetuleku suurus, tõestatud vajadus, kodaniku-õigused	madalad maksud	turg (igauksise)	indiviidi vabadus, võrdõiguslikkus

Allikas: Autori koostatud

USA, Kanada ning Austraalia erinevad Euroopa riikidest eelkõige selle poolest, et seal on riigi roll inimeste heaolu võimaldamisel kõige väiksem (tabel 4). Kehtestatud on madalad maksud, sotsiaalhüviseid jaotatakse tõestatud vajaduse ning sissetuleku suuruse alusel. Abivajajatele tagatakse vaid minimaalsed ellujäämiseks vajalikud tingimused. Riigi vähese sekkumise tulemusena on riikides kõrged vaesuse ning ebavõrdsuse määrad. Elanike heaolu tagamine sõltub üldjuhul inimeste endi tegevusest. Kõigil on võimalus ise oma heaolu kujundada vaba turu konkurentsi kaudu. Võrreldes Euroopa riikidega, kus riik tagab suures osas elanike heaolu, on USA-s esikohal indiviidi vabaduse põhimõte – igauks on ise oma õnne sepp.

Pidevalt toimuvad majanduslikud, demograafilised ning tehnoloogilised arendused heaoluühiskondade mudelis on seotud jätkuva moderniseerimise trendiga Lääne ühiskondades. Gelissen (2002) väidab, et üks kõige olulisemaid elemente moderniseerimise üldprotsessis on pikaajaline ning jätkuv individualiseerimise protsess. Individualiseerimise tähtsamateks osadeks on suhete aspekt, mis viitab sotsiaalsete suhete ebastabiilsuse ning muutlikkuse kasvule, ning situatsiooniline aspekt, mis oletab,

et inimeste käitumisvõimaluste hulk on suurenenud peaaegu kõikides situatsioonides. Kuigi individualiseerimine on kestnud pikka aega kõigis Lääne ühiskondades, on see protsess arenenud mõnedes riikides rohkem kui teistes. Kui eelmainitud protsessidel on erinev mõju riikidele, sotsiaalsetele kategooriatele, gruppidele ning individuaalidele, siis nende valmisolek toetada ning panustada võib samuti erineda. Uurimused näitavad, et inimesed ei otsusta alati ja igas situatsioonis individualistlikke valikute kasuks. Gelissen (2002) rõhutab oma teoses, et individualism tundub olevat valdkonniti spetsiifiline ning eelkõige näib olevat märgistatud riigiüleste muutustega. Moderniseerumise käigus muutuvad perekonna mudelid ning naiste ja meeste rollid ühiskonnas. Vajadusi prioritseeritakse uute kommete, harjumuste ning uskumuste järgi. Erinevate heaoluteenuste pakkumine ning sotsiaalpoliitika kujundamine on tugevalt ühiskonna moderniseerumisest mõjutatud.

Kuna heaoluriigi roll on pakkuda sotsiaalseid hüvesid kõigile, eriti ülapeetutele ning tõrjututele, on riskigrupid selle täideviimisest vägagi huvitatud. Selline sotsiaalsete riskide maandamise funktsioon annab omakorda parteidele võimaluse kasutada inimeste probleeme ära endale pooldajatel leidmiseks, lubades inimestele nende vajaduste rahuldamist näiteks erinevate toetuste kaudu. Näiteks on sotsiaaldemokraatlike parteide puhul välja toodud, et nad peavad, kui nad tahavad saavutada valimistel edu, kavandama heaolu programmid, mis rahuldaksid nii töölisklassi kui ka keskklassi vajadusi. Selle teooria tulemusena pannakse sotsiaaldemokraatlikud valimisstrateegid vastamisi keerulise dilemmaga. Nad saavad, ühelt poolt, keskenduda vaid traditsioonilistele töölisklassi küsimustele; see teeb valimistel edu saavutamise raskeks, kuid samas ka vähendab pingeid töölisliikumises ning võimaldab parteil säilitada tavakohase töölisklassi profiili (Leibfried, Mau 2008: 667–668). Töölisklassi toetamisega jäetakse aga paratamatult kõrvale teised olulised keskklassi puudutavad probleemid.

Teise võimalusena üritatakse laiendada oma valimisbaasi käivitades heaolupoliitika, mis tõmbab ligi ka keskklassi. Viimati mainitud strateegial on eelis saavutamaks valimistel edu. Siiski, võib see tekitada riske, luues pingeid partei sees, kuna traditsionaalsed töölisklassi häälletajad võivad loobuda partei pooldamisest. (Leibfried, Mau 2008: 668) Kõikide vajaduste rahuldamine osutub keeruliseks ning riigile liiga kulukaks, seetõttu

tuleb leida kompromisse, mis suudaksid optimaalselt pakkuda teenuseid ning toetuseid erinevatele klassidele. Parteid on aga tihtipeale sunnitud oma poliitikat kujundama eelkõige suuremate gruppide vajaduste alusel, sest nende poolthäälest valimisel sõltub ka positiivne tulemus.

Heoluriigil on mitmeid erinevaid vorme ning nende väljundid varieeruvad oma olemuselt üsna palju. Riikides eristatavaid heoluühiskonna mudeleid ning neile vastavaid riike on võimalik jaotada riigikorralduste, sotsiaalkaitse institutsioonide ning sotsiaalabi ja -toetuste võimaldamise alusel. Peamisteks eristatavateks komponentideks on rahaliste hüvitiste võimaldamine ja teenuste avalik pakkumine, maksustamine ning sotsiaalkaitse pakkujate iseloom. Kõikides riikides pole võimalik kehtestada ühesugust süsteemi, oluline roll on riigi majanduslikul seisul, ajaloolisel arengul ning ka rahva vajadustel. Kuigi tundub loogiline, et kõikidel inimestel on samad esmased vajadused, on nende rahuldamine siiski riigiti erinev. Kuna kõigi eri staatusega kodanike vajadusi samaaegselt täielikult rahuldada ei saa, tuleb teha kompromisse. Sageli aga jäävad aga domineerima suuremate ühiskonnagruppide vajadused, sest valijaskonna enamuse hääle alusel kujundavad parteid oma poliitikat.

1.3. Healuühiskonna tulevik ning probleemid

Ühiskonna kiire areng ning pidevalt toimuvad muutused nii keskkonnas, majanduses, tehnoloogias kui ka inimeste väärtustes kutsuvad esile uusi probleeme ning aina suurenevaid inimeste vajadusi. Riigi ülesandeks on pakkuda oma kodanikele vajalikke sotsiaalteenuseid. Nende osutamine aga muutub aja möödudes aina keerulisemaks ning komplekssemaks. Tekib küsimus, kuhu viib välja lõpmatu ühiskonna moderniseerumine ning inimeste süvenev individualiseerimine. Healuühiskonna tuleviku kujunemise prognoosimisel on tehtud nii positiivseid kui ka negatiivseid hinnanguid. Neid kirjeldab täpsemalt käesolev peatükk.

Heoluriigi pessimistlik vaade eksisteeris juba 1970ndate alguses. Neokonservatiivsed autorid pidasid heoluriikide tegevuse laienemist teatud mõttes valitsuse läbi kukkumiseks. Nende teooria järgi on kaasaegsed industriaalriigid välja arendanud nii ulatusliku tasemega healu sätteid, et eraettevõtete paindlik tegevus on fundamentaalselt takistatud ning sotsiaalkaitsekulutuste suurenemine vähendab sääste ja mõjutab

negatiivselt investeringuid tööstuse arendamiseks. Samuti väideti, et heaoluriigi poolt võimaldatavate toetuste kasv vähendab oluliselt inimeste motivatsiooni tööl käia. Nende probleemide eeldatav tulemus oli majanduskasvu seisak, mis omakorda, ei võimalda riigil jätkata laiaulatuslikke heaoluprogrammide ellu viimist. (Ahn 2000: 26–27) Lisaks majanduskasvu seisakule tekib ka soodne olukord varimajanduse arenguks, sest maksud on kõrged ning suur osa kasumist läheb lihtsalt kaotsi. Inimestel ei ole huvi avaldada oma teenitud sissetulekut, kui on selge, et tegelikkuses nad maksavad osa oma palgast kellelegi teisele.

Tulles suhteliselt vastandlikust neokonservatiivsest ideoloogilisest orientatsioonist, ennustas väga erinev teoreetikute kogukond samasugust vältimatut heaoluriigi kriisi. Vastavalt neomarksistide vaadetele peitub kriisi põhjus kahe fundamentaalse ülesande, mida industriaalkapitalism peab saavutama enda säilitamiseks, paradoksaalses suhtes (Ahn 2000: 27). Ühest küljest tuleb vara juurdekasv saavutada majanduskasvuga, mis teisest küljest tuleb kooskõlastada heaoluriigi põhimõtetega. Majanduse elavdamiseks tuleb riigil ümber paigutada ressursse, mis toob kaasa sotsiaalkaitsekulutuste vähenemise.

Riikide heaolusüsteemid, vaatamata mitmetele struktuursetele erinevustele, puutuvad kokku tavaliste probleemidega: demograafilised nihked, tehnoloogilised eelised ning pidevalt tõusvad rahva ootused tervishoiu korralduse ja rahastamise suurendamiseks. Rahva vananemine ja sellega lähedalt seotud krooniliste haiguste kasv ning hoolekandeteenuste vajadus on põhiküsimusteks kõigis Euroopa liidu tervishoiusüsteemides. (Gelissen 2002: 125–126) Riiklike hoolekandeteenuste osaline puudumine on ressursside ümberkandmise tulemus, sest suur osa tuludest jaotatakse teiste toetuste alla (emapalk, töötu abiraha jne).

Lisaks kulude suurenemisele ning aina kasvavale nõudlusele sotsiaalteenuste järele, heitlevad sotsiaalsüsteemid ka traditsioonilise perekonna mudeli muutustega. Langev sündimuse tase ning naissoost tööjõu osakaalu tõus transformeerivad sotsiaalteenused aina olulisemaks heaoluriigi osaks. 1950ndatel põhines heaoluriik ning selle korraldused domineerivatel peresuhetel: meespartner oli peamine leivateenija ning naispartner oli eelkõige hõivatud majapidamistöõde ning pere eest hoolitsemisega (Gelissen 2002: 126). Abielu ei ole tänapäeval enam majanduslikult hädavajalik samm,

vaid rohkem isikliku elu valik. Naiste soov isiklikule sõltumatusele ning eluaegsele karjäärile suurendab inimeste valikuvabadust, kuid samuti ka ebakindlust ning riske, millega riigil tuleb tulude ümberjaotamisel ning heoluprogrammide loomisel arvestada (Esping-Andersen 2003: 2). Konservatiivsed heoluriigid, nagu Saksamaa ning Prantsusmaa, toetavad mees-leivateenija mudelit teatud määral siiani. Liberaalsed heoluriigid, nagu Inglismaa ning Iirimaa, pooldavad võimalikult vähest riigi sekkumist perede ellu. Skandinaavia riigid jagavad hoolduskohustused võrdselt nii meeste kui naiste vahel.

Võttes arvesse teenindussektori ulatuslikku osakaalu majanduses, traditsioonilise leibkonna mudeli kadumist, ühiskonna vananemist ning elanike ebaühtlast tarbimistaset eluea jooksul, on selge, et heoluühiskonna mudel võib seista kriisi ees (Esping-Andersen 1997: 3). Heoluriigi kriisi võimalikeks tagajärjedeks on maksukoormuse liigne suurenemine, uute sotsiaallikumiste teke ning finantskriisid. Neomarksistid väitsid, et lahendus neile probleemidele oleks radikaalne üleminek sotsialismile. (Ahn 2000: 27) Sotsialismiga suudetakse küll riiki paremini kontrollida ning juhtida, kuid tulemus võib olla hoopis heoluriigile vastupidine. Sotsialism ning riigi ulatuslik sekkumine on soodsaks aluseks üldise plaanimajanduse tekkele, mis omakorda tähendaks konkurentsi kadumist ning ressursside ebaefektiivset kasutamist.

Heoluriigi kriisi kahtlus kutsus esile heoluriigi „pöördumatusega“ seotud uurimuste buumi. Pöördumatust pooldavad teoreetikud tõdesid, et sotsiaalteenuste eelarve kärpimise ulatus, isegi neoliberaalsete valitsuste poolt, ei olnud kaugeltki mitte piisav tõestamiseks heoluriigi kokkuvarisemise teesi. Selle asemel veenduti, et heoluriik oli siiski veel piisavalt heas korras, et olla esmavajalik ning vältimatu osa arenenud industriaalühiskondadest. Pöördumatuse tees, mis võtab arvesse liberaalse valimisüsteemi demokraatia jätkuvust, põhineb seisukohal, et heoluriik on pöördumatu. Valimisdemokraatia sunnib mitmete erinevate ideoloogiliste vaadetega poliitilisi parteisid aktsepteerima arenenud heoluriigi mudelit selleks, et võita rahva poolehoid, kes ühel või teisel moel saavad kasu erinevatest heolu programmidest. Ilma kindlaks kujunenud tööjõu liikumise protsessi hävinemise ning kehtiva parteisüsteemi märkimisväärsete muutusteta ei saa heoluriiki likvideerida. (Ahn 2000: 28–29) Kuigi kulude suurenemine ning riigi võimetus nende katmisel võib viia tõsise ühiskonna kriisini, on

selline olukord tänapäeva maailmas siiski tänu demokraatia tugevale süvenemisele vähetõenäoline.

Paljud teoreetikud on propageerinud „kasv kuni limiidini“ teooriat. Väideti, et heaolu-riikide tegevuse laienemine ei too kaasa otsest kriisi, kuid oli jõudnud oma ülemise piirini. Välja on toodud Lääne heaoluriikide arengu läbi neli suuremat staadiumi: eksperimenteerimine (1870–1920), konsolideerimine, kindlustumine (1930–1940), laienemine (1950–1960), ning kõige hiljutisem, ümberkonstrueerimine (1970 ning edasi). Seepärast ei saa praegust situatsiooni nimetada kriisiks, vaid pigem osaliseks heaoluriigi ümberkohandamiseks. Nende argumentide taga olev põhjus on samuti sarnane pöördumatuse teesile, mis rõhutab valimisdemokraatia ning individuaalhuvide rolli heaoluriigi kaitseks. (Ahn 2000: 29) Kuna tänapäeva heaoluühiskondadega seonduvad sotsiaalsed probleemid on ulatuslikumad ning inimeste elustiilid on võrreldes eelmise sajandiga paljugi muutunud, tekib jällegi küsimus kui kaugele võivad heaoluprogrammid laieneda. Ühiskonna arenedes ning inimeste individualiseerimise ning vajaduste suurenedes vajatakse aina ulatuslikumaid täiendusi sotsiaalkaitse-süsteemides.

Heaoluriigi tuleviku optimistlike vaadete seisukohtades võib leida mitmeid nõrku külgi. Nii pöördumatuse kui ka „kasv limiidini“ teeside pooldajad ei identifitseeri kõiki tänapäeva ühiskonnas eksisteerivaid sotsiaallikumiste tüüpe. Samuti peitub üks suuremaid pöördumatuse teesi nõrkusi tema võimetuses võtta arvesse heaoluriigi sotsiaalse kihistumise komplitseeritud loomust. Uskumused avalikkuse eelistuste kohta traditsionaalse heaoluriigi suhtes on üldistatud ja lihtsustatud. Poliitiliste gruppide huvid sattuvad mõnikord vastuollu, mis sageli tekitab probleeme heaoluriiki toetava koalitsiooni saavutamisel. Mõisteid nagu juhtimine, kohandumine ning paindumus on üle tähtsustatud ning koheldud nagu nad oleksid poliitiliselt neutraalsed meetmed, mille kaudu poliitikud suudaksid juhtida ratsionaalset heaolusüsteemi. (Ahn 2000: 29–30) Kuigi toetatakse eeldusele, mis rõhutab laialdast sotsiaalset üksmeelt sotsiaalpoliitika asemel, tuleb heaoluriigi poliitikutel vastu võtta otsuseid realistlike majanduslike ning sotsiaalsete tingimuste põhjal. Inimeste sotsiaalne areng ning moderniseerumisest tulenevad probleemid nõuavad hoolikat jälgimist ning arvestamist. Klassikaline heaolumudel enam oma funktsiooni enam ei täida.

Poliitika kujundamine on enamasti paratamatult lühinägelik ning tihti jaotunud erinevate valdkondade ja piirkondade vahel. Poliitikate arendamine põhineb peamiselt olemasoleva süsteemi täiendamisel, mitte kogu selle vormis või kujus kahtlemisel. Üldisemaid tähelepanu vajavaid probleeme identifitseeritakse kindlaksmääratud metoodika alusel. Kui palju inimesi jääb allapoole vaesuse piiri? Kui paljud eakad vajavad erahaiglat? Kui paljud lapsed loobuvad koolist? Kui ühiskond püsib stabiilsena, võivad eelnimetatud probleemid aina süveneda. Üldised ühiskonnaga seotud probleemid saavad poliitikate kujundamisel aktuaalseks siis, kui ühiskonna protsessides hakkavad toimuma suured muutused ning avalduma tagajärjed. Uue, 21. sajandi heaolumudeli kujundamisel on vajadus meetodi järgi, mis rahuldaks kolme kriteeriumi: võimalust prognoosida tulevikku, spetsialiseeritud osade ühendamist tervikuga ning kodanike elumuutuste dünaamikaga arvestamist. (Esping-Andersen 2003: 6) Oluline on hinnata ümber vanu süsteeme ning leida lahendusi nii süvenevatele kui ka uutele probleemidele, sest tänapäeva kiiresti arenevas ühiskonnas muutuvad inimeste elustiilid, uskumused ning peremudelid pidevalt.

Tänapäeval ollakse suure majandusliku muutuse keskel – väga teistsuguse ja kompleksse globaalse majandusliku süsteemi välja kujunemine erineb igas mõttes paarikümne aasta tagustest ühiskonnakorraldusest. Tehnoloogilised muutused ning teenindussektori osakaalu pidev suurenemine tõstavad esile suuri muutusi sotsiaalse riski struktuuris, luues täiesti uue sotsiaalselt kasu saavate ning kaotavate inimeste süsteemi. Kui tootmistöötajad ning lihttöölised võisid kapitalistliku heaoluriigi ajal olla suures osas korraliku palga ning kindla töökohaga positsioonidel, ei ole see tõenäoline juhtuma 21. sajandil. (Esping-Andersen 2003: 2) Peamised heaks ning turvaliseks eluks vajalikud nõudmised aina kasvavad ning muutuvad samal ajal. Inimesed, kellel on vähe oskusi või kultuurilisi ja sotsiaalseid ressursse, võivad kergelt sattuda eluteele, mida iseloomustab väike palk, töötus ning ebakindlad töökohad. Ühiskonna kõik kodanikud ei saa tagada endale täisväärtuslikku elu, sest ühiskonna arenedes muutuvad lõhed gruppide vahel aina suuremaks. Kui abivajajatele on elementaarsete eluks vajalike tingimuste tagamine vägagi kulukas, võib see keskklassi inimesele tunduda odav.

Heaoluriigi areng tekitab inimeste käitumise ning riigi eesmärkide täitmise vahel mitmesuguseid vastuolusid. Mida ulatuslikumad, kättesaadavamad ning pikaajalisemad

hüved inimestele on, seda suurem on oht jääda neist sõltuvaks ning harjuda nende põhjal elama. Tekib olukord, kus maksumaksjad maksavad teiste inimeste, kes ühiskonnas aktiivselt ei osale, ülalpidamise eest. Heaoluriik ise alateadlikult soodustab mitteaktiivsete ühiskonnaliikmete teket, pakkudes neile toimetulekuks vajaliku sissetuleku toetuste näol. Inimesed, kes maksavad makse, ei ole enam huvitatud enda varade avaldamisest, sest neile tundub, et makstud raha eest ei saada kasu. Kui ühelt poolt rahuldab heaoluriik abivajajate vajadusi, siis teiselt poolt võtab ta ressursse inimestelt, kes seda reaalselt tagasi ei saa. Tänu mitmetele sügavatele probleemidele, mis heaoluriiki ohustavad, on oht kriisi tekkele suur. Vajadus heaoluühiskonna uue ning täiustatud mudeli järgi kasvab pidevalt.

2. EESTI RIIGI ARENG: VIIMASE KAHEKÜMNE AASTA SAMMUD HEAOLUÜHISKONNA POOLE

2.1. Üldine arengutase

Eelmise sajandi üks olulisemaid protsesse oli 1990ndate alguses kommunistlike riigikordade kokkuvarisemine Kesk- ja Ida-Euroopas. Diktaatorlike ühiskondade lagunemine tingis olukorra, kus diktaatorlikke võimustruktuure hakati asendama demokraatlikega. Selle tulemusel tekkisid nn siirderiigid ehk riigid, mis on arengu-etapis, kus toimub üleminek diktatuurilt demokraatiale. Siirderiike, ning nende hulgas ka Eestit, iseloomustab järsk muutus majanduses ning riigikorras. Keskselt planeeritud majandused peavad üle minema vabaturule. Läbitakse majanduse liberaliseerimine, lastes turul ise hindu kohandada ning alandada kaubandustõkkeid; makromajandusliku stabiliseerumine, kus kõrge inflatsioon on saadud kontrolli alla; ning ümberkorraldused, et luua erasektor.

Üleminek demokraatiale ja turumajandusele tõi kaasa Eestis mitmeid probleeme. Võimule oli vaja tuua sõltumatu valitsus ning parteid. Ebastabiilne olukord ning suured muudatused põhjustasid konflikte nii riigisiselt kui ka -väliselt. Üleminekuperioodi alguses seisti vastamisi ulatuslike ümberkorraldustega, millele lisandusid ka rahva surve ning vajadus kiireteks lahendusteks. Üleminek turumajandusele tõi kaasa majanduskriisi, mille tagajärjel elatustase esialgu hoopis langes. Probleemiks kujunes ka reformide ebäühtlane tempo. Põhiseaduse reform ja vabad valimised viidi läbi kiirelt, kuid demokraatlik poliitiline kultuur juurdus aeglaselt. Reformimisega samal ajal tuli riigil silmitsi seista üleminekuperioodil ning sotsiaalsel ümberkonstrueerimisel tekkivate probleemidega. Eesti tegevuse prioriteediks sai vajadus kiirelt üles ehitada turumajanduslikud ning demokraatlikud institutsioonid, reguleerida omandisuhete muutumist, viia läbi ümberkorraldused sotsiaal- ja tervishoiupoliitikas ja hariduses ning tagada oma kodanikele sotsiaalne rahulolu optimaalse sotsiaalkaitse võrgustiku arendamise kaudu.

Eesti ühiskond on lühikese aja jooksul teinud läbi väga suuri muutusi. On toimunud täielik poliitiline ja majanduslik ümberstruktureerimine. Siirdeperiood algab demokraatliku põhiseaduse alusel toimuvate vabade valimistega, üleminekuaja lõppu on aga keerulisem määratleda. Eesti kohta on välja toodud, et 1988–1991 toimus läbimurre ehk süsteemi muutus, 1991–1994 oli kiirete majandusreformide aeg ning 1994–1997 toimus ühiskonna stabiliseerumine (Lauristin, Vihalemm 1997: 82). Üleminekuaja võib lugeda lõppenuks, kui demokraatia põhimõtted on juurdunud kõigis ühiskonna-valdkondades ja -suhetes.

Lisaks taasiseseisvumisele on Eesti lähiajaloo üheks tähtsamaks pöördepunktiks olnud liitumine Euroopa liiduga 2004. aastal. Soov liituda Euroopa liiduga oli Eesti jaoks üks riikliku poliitika peamisi eesmärke. Euroopa liiduga liitumine stimuleeris Eesti püüdlusi saavutada silmapaistvaid tulemusi nii majanduse kui ka poliitilise elu valdkondades (Cerami, Vanhuysse 2009: 109). Mitmed teadlased (Lauristin 2003; Leppik 2005) on välja toonud, et Euroopa liidu sotsiaalõigusnormidel on olnud suhteliselt limiteeritud otsene mõju Eesti sotsiaalpoliitikale. Siiski leidub mitmeid kaudseid mõjureid. Näiteks suurendab Eesti sotsiaalkindlustuse koordineerimine EU poolt eestlaste õiguseid ja võimalusi minna EU liikmesriikidesse, samal ajal lisades teatud määral finantsilisi takistusi olemasolevatele pensioni- ning tervishoiu skeemide rahastamisele (Kallaste *et al* 2003).

Eesti ühiskondliku arengu hindamiseks saab kasutada võrdlust teiste Euroopa riikidega. Eesti positsiooni hindamiseks Euroopa riikide seas (nii arenenud riikide, kui ka siirderiikide) kasutab autor ühe näitajana globaalset inimarengu indeksit. Inimarengu indeks võimaldab riikide arengutasemeid võrrelda nii omavahel kui ka iseloomustada iga riigi arengut aastate jooksul eraldi. Inimarengu indeksi arvutamisel arvestatakse SKP-d inimese kohta, haridustaset ning keskmist oodatavat eluiga. 2010. aastal tehti ulatuslikke muutusi nii indeksi põhinäitajate määratlemisel kui ka koguindeksi arvutamisel. Eelkõige muudeti komponentide osatähtsust inimarengu indeksi kujunemisel ning riikide rühmitamise meetodikat. Lisas 1 olevas tabelis on toodud inimarengu indeksid 1990. aastast 2011. aastani. Tabeli esimene veerg (nr) näitab riigi järjekorra numbrit 2011. aasta seisuga, keskmine veerg näitab järjekorra numbri muutust 2006–2011 aastal ning viimane veerg iseloomustab inimarengu indeksi

keskmist aastast kasvu aastatel 1990–2011 ning 2000–2011. Lisas 1 on välja toodud Kesk- ja Ida- Euroopa siirderiikide, Põhjamaade ning teiste Euroopa Liidu liikmesriikide näitajad.

Vana metoodika alusel arvatud indeksi ja varasemate rühmitamispõhimõtete põhjal jäi Eesti 2009. aasta indeksi järgi väga kõrge arengutasemega riikide rühmast välja – indeksi väärtus oli 2009. aastal 0,883 (lisa 1). Ümberarvutuste tulemusena on Eesti positsioon 2009. aasta pingereas kuus kohta kõrgemal ehk 34. kohal. 34. kohta säilitab Eesti riik nii 2010. kui ka 2011. aasta pingereas, kuuludes jätkuvalt väga kõrge inimarengu indeksiga riikide hulka.

1990. aastal jäid siirderiikide inimarengu indeksid suhteliselt madalale tasemele (lisa 1). Kõikide riikide kohta 1990. aasta andmed puuduvad, mistõttu saab järeldusi teha vaid olemasolevate näitajate põhjal. Balti riikidest on Eesti olnud kõrgeima inimarengu indeksi tasemega nii taasiseseisvumise algusaastatel kui ka tänapäeval. Aastatel 2000–2011 oli Eesti inimarengu indeksi vahe Leedu indeksiga 0,026 ning Läti näitajaga 0,043. Vaatamata sellele, et Balti riikidest asus Eesti kõige kõrgemal tasemel, langes Eesti positsioon aastatel 2006–2011 kahe koha võrra allapoole, kuid Läti vaid ühe koha võrra ning Leedu positsioon ei muutunud. Keskmise aastane kasv aastate 1990–2011 jooksul oli Eestis 0,73%, mis jäi suhteliselt lähedale Läti 0,72%-le. Kui aga vaadata indeksi keskmist aastast kasvu perioodil 2010–2011, on erinevus Balti riikide vahel märgatav. Eestis on keskmiseks aastaseks kasvuks vaid 0,66% kui Leedus oli selleks numbriks 0,70% ning Lätis lausa 0,87%.

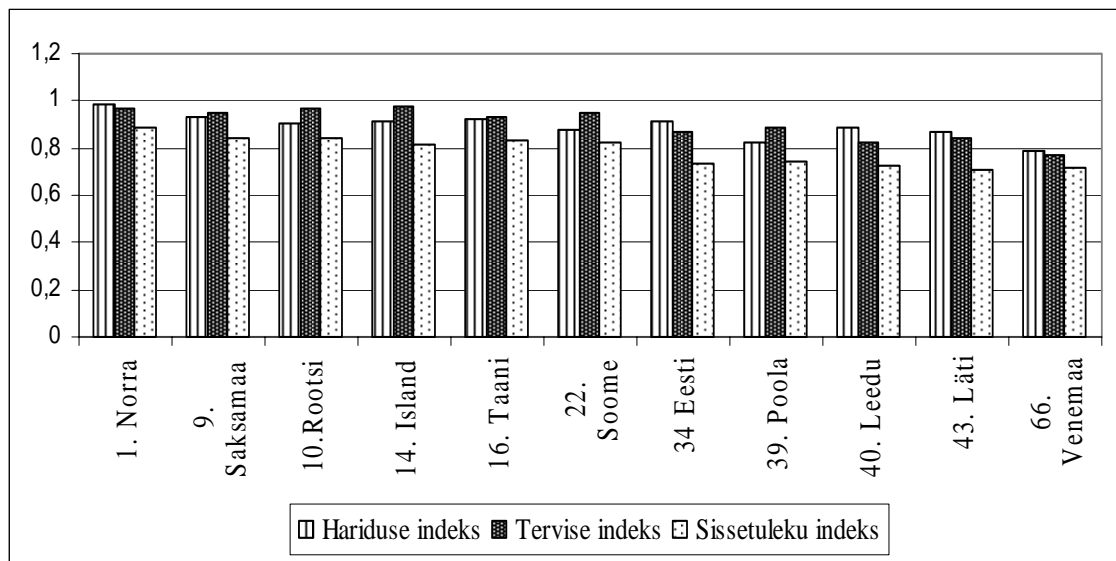
Siirderiikidest on Eestist kõrgema inimarengu indeksiga viimase kahekümne aasta jooksul olnud vaid Sloveenia ning Tšehhi (lisa 1). Enamus siirderiike kuuluvad kõrge ning keskmise inimarengu indeksiga gruppidesse. Võrreldes 1990. aastat 2000. aastaga, võib näha, et kõikide loetelus olevate riikide inimarengu indeksid tõusid. Võttes arvesse teiste riikide indeksite muutust jäi Eesti inimarengu indeksi muutusega suhteliselt heale positsioonile, mis viitab piisavale arengutempole. Ka 21. sajandi alguses tõusid kõikide riikide, sealhulgas ka Eesti, inimarengu indeksite tasemed. Eesti, mis langes kahe koha võrra madalamale, ei ole teiste riikide kõrval väga halval positsioonil. Ühe või kahe kohaline langus tabelis iseloomustab enamikke riike. Suurim langus kuulub Soomele, kelle inimarengu indeks langes edetabelis seitsme koha võrra.

Viimase kahekümne aasta keskmise aastase kasvu poolest oli suurim muutus siirde-riikidest olemasolevate andmete põhjal Eestis (lisa 1). 0,73%-lise aastase kasvuga jäi teiste riikide seas Eesti alla vaid Hispaaniale. Kui aga vaadata 21. sajandi jooksul toimunud aastast kasvu, ei ole olukord paljuski erinev. Eesti aastane 0,66%-line kasv jääb kõrge inimarengu indeksiga gruppi kuuluvate maade aastasest kasvust alla vaid Sloveeniale, Lätile ning Leedule.

Eesti inimarengu indeksid jäid viimase kahekümne aasta jooksul alla väga kõrge inimarengu indeksi grupi keskmistest näitajatest (lisa 1). Suurim vahe näitajates oli 1990. ning väikseim vahe 2011. aastal. Kõrge inimarengu indeksi grupi keskmine aastane indeksi kasv aastatel 1990–2011, milleks on 0,44%, on tunduvalt väiksem kui Eesti 0,73%-line indeksi aastane tõus. Sama võib väita ka 21. sajandi keskmise aastase muutuse kohta, kui Eesti aastane kasv on kaks korda suurem kui kõrge inimarengu indeksi grupi keskmine aastane muutus. Arvesse tuleb võtta ka seda, et mida kõrgem on algtaase, seda väiksem on võimalik juurdekasv. Seega, ei saa teha otseseid järeldusi võrreldes Eesti inimarengu indeksi keskmist aastast juurdekasvu kõrge inimarengu indeksi grupi keskmiste aastase juurdekasvuga.

Võrreldes Eesti inimarengu indekseid Euroopa ja Kesk-Aasia keskmiste indeksitega, on tulemus vastupidine (lisa 1). Eesti indeksid on üle kahekümne aasta tunduvalt kõrgemad kui Euroopa keskmised. Sama saab väita ka keskmise aastase kasvu kohta. Euroopa riikide inimarengu indeksite keskmine kasv aastatel 1990–2011 on kõigest 0,47%, Eestis on aastase kasvu suuruseks 0,73%. Eesti inimarengu indeksi aastasel kasv 21. sajandi jooksul on olnud väiksem kui Euroopa riikides keskmiselt. Vahe näitajate vahel on väike – vaid 0,045%. Seega, võib järeldada, et viimase kahekümne aasta jooksul on Eesti tõestanud järjepidevat arengut ning keskmisest paremat positsiooni Euroopa riikide seas. 21. sajandi jooksul on Eesti arengu tempo jäänud võrreldes teiste Euroopa riikidega üldiselt samale tasemele.

Inimarengu indeks jaotatakse erinevate valdkondade alusel osaindeksiteks. Osaindeksid aitavad täpsemini kirjeldada eri dimensioonide osatähtsust. Inimarengu indeks koosneb hariduse, tervise ning sissetuleku indeksitest. Inimarengu indeksi komponendid on esitatud joonisel 1. Eesti positsiooni hindamiseks Euroopa riikide seas kasutab autor võrdluseks Põhjamaade ning Läänemere maade hulka kuuluvaid riike.

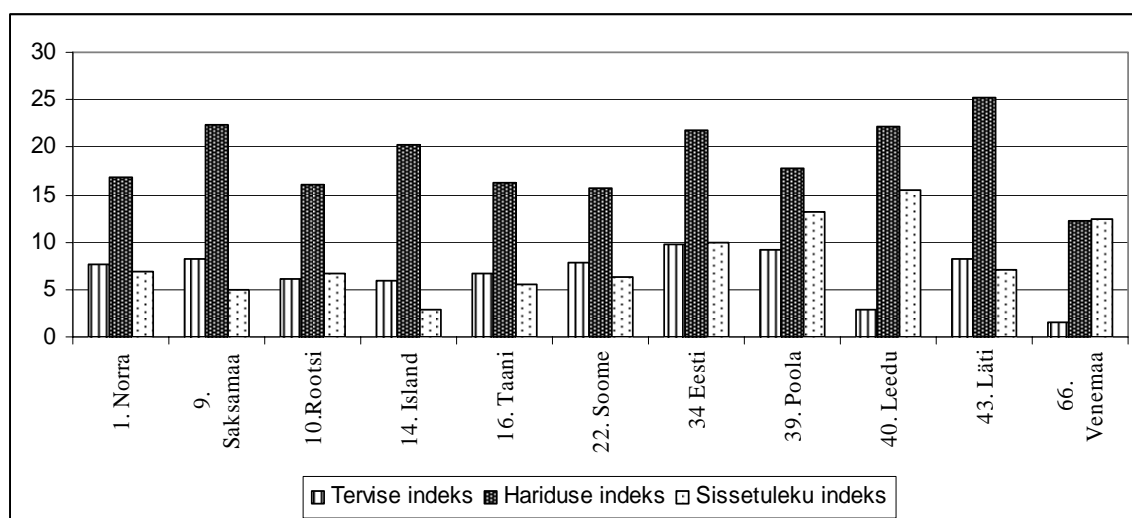


Joonis 1. Inimarengu indeksi komponendid Põhjamaades ning Läänemere maades 2011. a. (Human Development Report 2011; autori koostatud)

Suurimad erinevused leiavad aset riikide sissetuleku indeksite vahel (joonis 1). Põhjamaades on sissetulekute tase tunduvalt kõrgem kui Läänemere maades. Eesti sissetuleku indeks – 0,734 – on suurem vaid Läti, Leedu ning Venemaa näitajatest. Põhjamaade ning Läänemere maade tervise indeksite vahel on samuti suured erinevused. Eesti tervise indeks 0,865 on jällegi napilt suurem vaid Läti, Leedu ning Venemaa näitajatest. Vahe Soome terviseindeksiga on suhteliselt suur – 0,081 punkti. Õpinguaastate poolest paikneb aga Eesti nii Põhjamaade kui ka Läänemere maade seas neljandal kohal, edastades nii Rootsit kui ka Soomet. Eesti hariduse indeksi vahe Taaniga indeksiga ei ole samuti suur, erinevuseks on vaid 0,008 punkti. Võttes arvesse kõiki komponente, võib väita, et Eesti inimarengu tase on Balti riikidest kõrgeim. Märkimisväärne vahe Põhjamaade ning Eesti vahel küll eksisteerib, eriti sissetuleku ning tervise indeksite alusel, kuid piisava konstantse majandusliku ning sotsiaalse arengu tagamisel see aina väheneb.

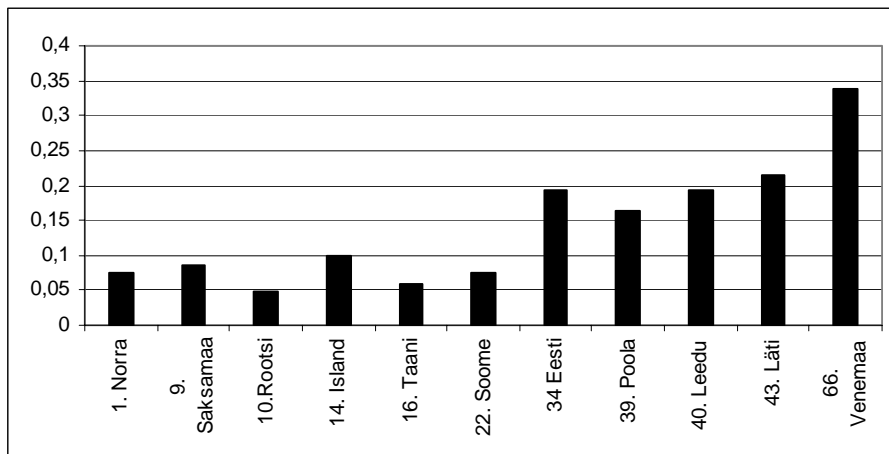
Inimarengu indeksi komponentide protsentuaalsed muutused Põhjamaades ning Läänemere maades aastatel 1990–2011 on kujutatud joonisel 2. Kõige enam on viimase kahekümne aasta jooksul kasvanud enamikes riikides hariduse indeks, umbes 20% võrra, tervise ning sissetuleku indeksite kasv on jäänud enamjaolt alla 10%. Kõige rohkem on hariduse indeks kasvanud Balti riikides, eriti Lätis, ning Saksamaal. Sissetuleku indeksite kasv on Põhjamaades väiksem kui Läänemere maades. Eesti sissetuleku

indeks on aastate jooksul kasvanud ligi 10%, mis on tunduvalt väiksem kui näiteks Leedu indeksi 15,5%-line kasv. Ka tervise indeksite kasv on Läänemere maades olnud suurem kui Põhjamaades. Eestis on tervise indeksi tõus Balti riikidest suurim.



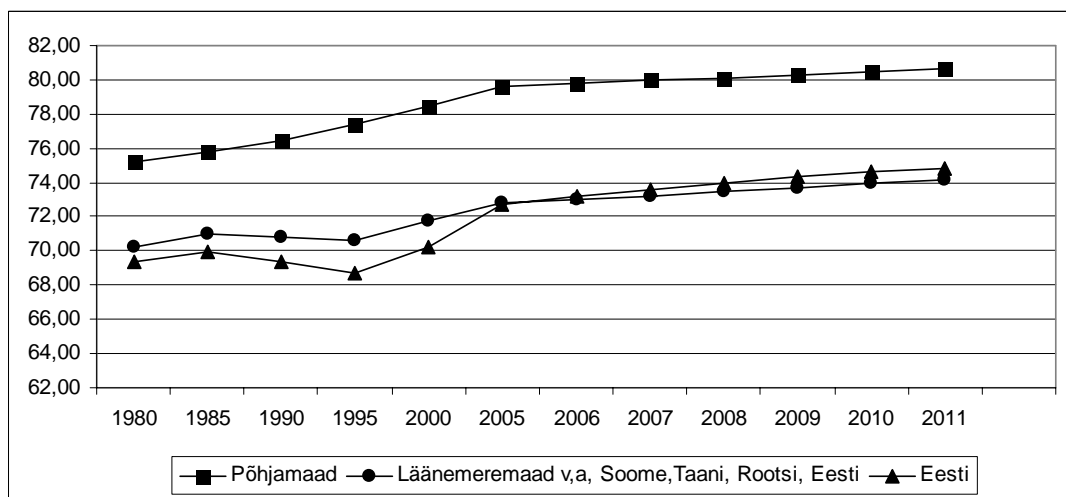
Joonis 2. Inimarengu indeksi komponentide muutus Põhjamaades ning Läänemere maades aastatel 1990–2011 (%) (Human Development Report 2011; autori koostatud)

Põhjamaade ning ülejäänud Läänemere maade soolise ebavõrdsuse indeksid 2011. aastal on kujutatud joonisel 3. Soolise ebavõrdsuse indeks mõõdab soolist ebavõrdsust, mis on seotud naiste ja meeste oodatava eluea, haridustaseme ning sissetulekute erinevusega (Human Development... 2011). Indeksi arvutamisel jäetakse aga välja mitmed olulised valdkonnad nagu naiste ja meeste erinevused tööelus ning poliitikas. Vajalikke järeldusi saab siiski teha ka antud andmete põhjal. Joonisel 3 on näha selge erinevus Põhjamaade ning Läänemere maade soolise ebavõrdsuse indeksite vahel. Eesti indeks 0,194 on võrreldes Põhjamaadega väga kõrge kui seda võrrelda näiteks Rootsi indeksiga, milleks on vaid 0,049. Eesti indeks on väiksem ainult Läti ning Venemaa indeksitest. Antud tulemuste põhjal võib teha järeldusi, et Eesti ühiskonnas ollakse veel kinnistunud traditsioonilistesse soostereotüüpidesse. Seega on soolise ebavõrdsuse vähendamine ning naiste kaasamine nii majandusellu kui ka poliitikasse oluline eesmärk Eesti ühiskondliku arengu kujunemisel.



Joonis 3. Soolise ebavõrdsuse indeks Põhjamaades ja Läänemere maades 2011. a. (Human Development Report 2011; autori koostatud)

Joonisel 4 on kujutatud elanike keskmise oodatava eluea dünaamika aastatel 1980–2011. Riigid on jagatud kahte grupeeringusse: Põhjamaad ning Läänemere maad v.a. Soome, Taani, Rootsi ja Eesti. Eesti positsiooni täpsemaks hindamiseks ning võrdluseks nii Põhjamaade kui ka Läänemere maadega on autor joonisel eraldi välja toonud Eesti keskmise oodatava eluea näitajad.



Joonis 4. Keskmise oodatav eluiga Põhjamaades ja Läänemere maades aastatel 1980–2011 (Human Development Report 2011; autori koostatud)

Keskmise oodatava eluea dünaamika puhul on näha märkimisväärset erinevust Põhjamaade ning ülejäänud Läänemere maade vahel (joonis 4). 1990ndate esimesel poolel avalduv taandareng on selgelt eristatav Eestis ning vähesel määral ka Läänemere maades. Põhjamaade oodatav eluiga on kuni 2011. aastani konstantselt kasvanud. Hüppelist kasvu nii Eesti kui ka Läänemere maade keskmise oodatava eluea aastates on

näha alates 1995. aastast. Järjepidev tõus jätkus ka 2005. aastal, kuid sealt alates on areng olnud palju aeglasem. Kui 2005. aastani oli Eestis keskmine eluiga väiksem kui Läänemere maades, siis alates 2006. aastast on see ületanud Läänemere maades olevat keskmist eluiga. Üldiselt on erinevused Põhjamaade ning Läänemere maade, sealhulgas ka Eesti, elanike keskmiste eluigade vahel on kolmekümne aastaga isegi suurenenud.

Eesti majandusliku positsiooni hindamiseks Põhjamaade ning Läänemere maade seas võtab autor aluseks rahvamajanduse kogutoodang (RKT) inimese kohta ostujõudu arvestades. Tabelis 5 on toodud Põhjamaade ja Läänemere maade RKT inimese kohta suhtena (%) Norra RKT-sse inimese kohta. Tabelis on toodud ka riikide RKT inimese kohta keskmised kasvutempod.

Tabel 5. Põhjamaade ja Läänemere maade RKT inimese kohta osakaaluna Norra RKT-st aastatel 1995–2011

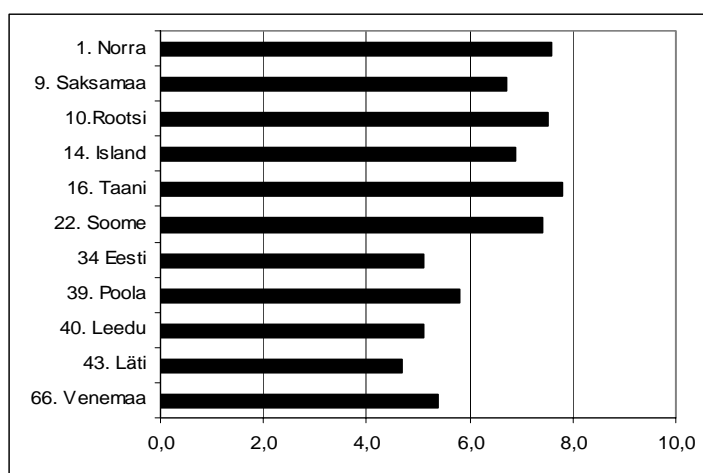
	Osakaal Norra RKT-st (%)				Keskmine kasvutempo			
	1995	2000	2005	2011	1995-2000	2000-2005	2005-2011	1995-2011
1. Norra	100	100	100	100	1,16	1,11	1,00	1,09
9. Saksamaa	74,6	70,3	66,6	73,3	1,09	1,05	1,10	1,08
10. Rootsi	64,9	67,2	69,2	75,4	1,20	1,14	1,09	1,14
14. Island	64,8	67,5	70,7	61,7	1,21	1,16	0,87	1,07
16. Taani	75,0	72,0	70,7	72,2	1,12	1,09	1,02	1,07
22. Soome	57,1	63,0	64,7	68,2	1,28	1,14	1,05	1,15
34. Eesti	21,0	24,5	33,3	35,3	1,36	1,50	1,06	1,29
39. Poola	23,9	27,2	28,3	36,7	1,32	1,15	1,29	1,25
40. Leedu	19,9	21,7	29,1	34,1	1,27	1,48	1,17	1,30
43. Läti	16,6	19,8	27,0	30,1	1,39	1,51	1,11	1,32
66. Venemaa	21,0	19,5	24,3	30,6	1,08	1,38	1,26	1,23

Allikas: Human Development Report 2011; autori arvutused

Väga suur rahvamajanduse kogutoodangu erinevus inimese kohta on Põhjamaade k.a. Saksamaa ja Läänemere maade vahel (tabel 5). Hoolimata kõikide riikide RKT tasemete suhteliselt konstantsest kasvust, on märkimisväärne vahe kahe grupi vahel siiski säilinud. Eesti RKT suhtena Norra RKT-sse on suurem vaid Läti, Leedu ning Venemaa näitajatest. Eesti RKT inimese kohta moodustab 2011. aastal vaid 35,3% Norra RKT-st. Eesti näitajad on ülejäänud Põhjamaade näitajatest rohkem kui kaks korda väiksemad. Kuni 2005. aastani oli Eesti RKT kasvutempo antud riikide hulgas üks suurimaid. Eesti

RKT inimese kohta suhe Norra RKT-sse on kasvas kõige kiiremini aastatel 2000–2005. Kõige vähem on Eesti RKT lähenenud Norra RKT mahule aastatel 2005–2011, mil aeglasema majanduse kasvutempo tingis mõjutatus majanduskriisist. Keskmiselt kasvas iga-aastaselt Eesti RKT inimese kohta aastatel 1995–2011 1,29 korda, mis on võrreldes teiste riikidega suhteliselt hea saavutus. Kokku on kuueteistkümne aasta jooksul Eesti RKT osakaal Norra RKT-st suurenenud 14,3% võrra. Siinkohal võib teha järelduse, et Eesti majanduslik positsioon, võttes aluseks rahvamajanduse kogutoodangu, jääb keskmisest allapoole.

Elanike üldist subjektiivset rahulolu eluga oma koduriigis kirjeldab joonis 5. Aluseks on võetud küsitlused elanike seas aastatel 2006–2010 (Human Development ... 2011). Põhjamaade ning Läänemere maade vahel on antud tulemuste põhjal suhteliselt suur erinevus. Eesti elanike keskmiseks hinnanguks eluga rahulolule on 5,1 palli. Kuigi skaala ulatuse põhjal viitab 5,1 palli keskmisele rahulolule on tulemus võrreldes teiste riikidega alla keskmise. Antud riikide nimestikus jääb Eesti eelviimasele positsioonile, jagades kohta Leeduga.



Joonis 5. Üldine rahulolu eluga Põhjamaades ja Läänemere maades 2011. a. (0- kõige vähem rahul, 10 – kõige enam rahul) (Human Development Report 2011; autori koostatud)

Lisaks ÜRO inimarengu indeksile kasutab autor Eesti positsiooni ning arengu hindamiseks Legatumi „õitsenguindeksit“. Legatumi jõukuse ja heaolu indeksid Läänemere maades ja Põhjamaades 2011. aastal on toodud lisa 2. Esimeses veerus on antud 2011. aasta seisuga riikide kokkuvõtliku indeksi järk, võttes arvesse kõikide osa-

indeksite suuruseid. Lisaks on tabelis välja toodud riikide kaheksa osaindeksi väärtused. Ka Legatumi indeksi alusel on näha suurt erinevust Põhjamaade ning Läänemere maade jõukuses ning arengus. Eesti asub riikide nimistus 33. kohal, mis on Balti riikidest kõige kõrgem. Eesti edastab oma positsiooniga Leedut 11 koha ning Lätit 18 koha võrra. Kogu riikide nimistus jääb Eesti 33. koht keskmise jõukuse ja heaolu gruppi (alates 31. kohast algab keskmine grupp).

Eesti osaindeksitest on kõrgeimad ettevõtlikkuse ning võimaluste ja riigi valitsemise indeksid (lisa 2). Teised osaindeksid jäävad keskmisesse „õitsengu“ gruppi. Suurimad on erinevused Eesti ja Põhjamaade isikliku vabaduse ja sotsiaalse kapitali indeksite vahel. Kõige väiksemad erinevused leiavad aga aset ettevõtlikkuse ja hariduse indeksite seas. Üldised hinnangud Eesti osaindeksite kohta 2011. aastal (Legatum Prosperity ... 2011) on järgnevad:

- Eesti kapitali hulk töötaja kohta ning riigi säästude määr viitavad tugevatele majanduse põhialustele;
- vaatamata heale info kõrgtehnoloogilisele infrastruktuurile, innovatsiooni tasemele ning madalatele ettevõtluse algkuludele suhtub enamik eestlasi pessimistlikult Eesti ettevõtluskeskkonda;
- Eesti riigi valitsemise kvaliteet läheneb Lääne-Euroopa riikide tasemele, kuid Eesti kodanikud ei ole olukorraga riigis täiesti rahul;
- hariduse, eriti kõrghariduse, tase Eestis on võrreldav lääne naaberriikide hariduse tasemetega;
- tervishoiu väljundid ning üldine elanike tervislik seisund on üle keskmise, kuid Eesti elanikud hindavad seda palju väiksemaks;
- Eestis hinnatakse ohutust ja turvalisust nii riigi kui isiklikul tasemel keskmiseks;
- hoolimata suhteliselt kõrgest tsiviilvabaduse tasemest on eestlased rahuolematud oma vaba valiku võimalustega Eesti riigis;
- Eesti elanikud on vähe haaratud erinevatesse sotsiaalsetesse võrgustikesse (kirik, perekond).

Eesti positsioon teiste riikide seas Legatumi jõukuse ja heaolu indeksi alusel aastatel 2009–2011 on toodud tabelis 6. Osaindeksite väärtuste asemel on tabelis välja toodud

Eesti positsioon riikide osaindeksite järjestuses. Võrreldes 2009. aastaga on Eesti üldise indeksi alusel langenud tabelis kahe koha võrra madalamale. 2009. aastal oli Eesti nii majanduse kui ka isikliku vabaduse indeksite alusel tunduvalt paremal positsioonil kui seda 2011. aastal. 2011. aastaks on langenud Eesti positsioon enamikes näitajates. Vaid ettevõtlikkuse ning sotsiaalse kapitali alal oli näha Eesti positsiooni paranemist.

Tabel 6. Eesti positsioon Legatumi jõukuse ja heaolu indeksi ja alaindeksite tabelis aastatel 2009–2011

	Üldine indeks	Majandus	Ettevõtlikkus ning võimalused	Riigi valitsemine	Haridus	Tervis	Ohutus ja turvalisus	Isiklik vabadus	Sotsiaalkapital
2011	33	41	26	22	35	38	34	70	46
2010	35	59	23	23	36	39	36	68	43
2009	31	30	24	19	35	35	33	43	94

Allikas: Legatum Prosperity Index 2011

Nii inimarengu indeksi kui ka Legatumi jõukuse ja heaolu indeksi alusel on vahe Eesti ning Põhjamaade vahel vägagi suur. Siinkohal on arusaadav, et Eesti puhul ei saa veel rääkida samasugusest heaolutasemest nagu on Norras või Taanis. Eesti, kui siirderiik, on viimase kahekümne aasta jooksul läbinud ulatuslikke muudatusi ning ümberkorraldusi, mida ei saa jätta arvesse võtmata heaolunäitajate võrdlemisel. Kui haridustaseme poolest on Eesti kõrgel positsioonil, siis soolise ebavõrdsuse kaotamisel on tulemused olnud väiksemad. Küll aga võib väita, et Eesti on siirderiikide seas tõestanud stabiilset arengut ning oma tulemustega seljatanud mitmed teised Euroopa riigid. Ka Balti riikidest asub Eesti kõigi näitajate alusel parimal positsioonil. Siinkohal võib järeldada, et kuigi mahajäämus heaoluriikidest on märkimisväärne, näitab Eesti oma arengus jätkusuutlikkust ning potentsiaali parandada oma ühiskonna heaolu.

2.2. Kulutused sotsiaalkaitsele

Heaoluriigi üheks eesmärgiks on tagada oma elanikele kindlustus ning heaolu sotsiaalsete riskide ning probleemide puhul. Riik tagab sotsiaalse kaitse oma kodanikele sotsiaaltoetuste ning -teenuste avaliku pakkumise kaudu. Sotsiaalkaitse jaguneb kaheks suuremaks valdkonnaks, milleks on sotsiaalkindlustus ning sotsiaalabi. Sotsiaalkindlustuse eesmärgiks on püsiva toimetuleku tagamine inimestele, kelle sissetulek on teatud põhjusel vähenenud (nt. töötuks jäämise, töövõimetuse, haiguse, vanaduse vms).

Sotsiaalabi puhul on tegemist süsteemiga, mis pakub abi (tagada toimetulek) püsivalt väga vähese sissetulekuga inimestele. Käesolevas peatükis analüüsitakse Eesti sotsiaalkaitse süsteemi struktuuri (millised on kulutused) ning selle muutumist aastate lõikes.

Aastani 1990 oli Eesti sotsiaalkaitse süsteem üleliidulise süsteemi osa. Pärast Nõukogude liidu lagunemist on Eesti sotsiaalkaitse süsteemis toimunud ulatuslikud muutused. Eesti edasine areng oli enim mõjutatud Skandinaavia maade kultuurist ning kogemustest. Seetõttu oli ka Eesti Balti riikidest kõige kiirem ning edukaim Nõukogudeaegse sotsiaalkaitse süsteemi ümber kujundamisel. Esialgsed heaolu standardid rajati Soome najal. Soome oli pikka aega Eesti jaoks nn eeskujumudel, mida järgida. Siiski avastati üsna pea, et sotsiaalpoliitika erinevaid võimalusi ning eeskujusid võib leida ka väljaspool Skandinaaviat. Süvenes arusaam, et heaoluriigi ja sotsiaalpoliitika struktuuri tuleb kohandada vastavalt Eesti konkreetsele ühiskonnale. Peale selle mõisteti varakult, et Skandinaavia mudelit pole võimalik kohe otse üle Eesti ühiskonnale viia, vaid tuleb arendada seda, milleks on võimalusi ning potentsiaali (Aidukaite 2004: 98).

1991. aastal Eestis alguse saanud reformid suunasid sotsiaalkaitse arengu sotsiaaldemokraatlikust sotsiaalriigi mudelist mõnevõrra liberaalsemale suunale. Kuigi elanikkonna heaolu ja rahuldava elatustaseme tagamine jäi rohkem üksikisikute endi kui riigi vastutada, võib väita, et Eesti sotsiaalkaitse süsteem erineb lähemal uurimisel liberaalsete heaoluriikide isiku-põhisest mudelist märgatavalt. Praegune Eesti sotsiaalkaitse süsteem on väiksema ulatusega ja diferentseeritum, kuid sotsiaalseid probleeme lahendatakse endiselt pigem komplekselt ning universaalselt mitte üksikjuhtumite kaupa. Peamise osa sotsiaalkaitse süsteemist moodustavad kogu elanikkonda hõlmavad töösuhtel põhinevad kindlustusskeemid. Inimeste majanduslikku olukorda arvestavad toetused jäävad siiski võrreldes üldiste hüvitistega tagaplaanile (Eesti Inimarengu Aruanne 2011: 71).

Kuigi esialgselt muudeti Eesti sotsiaalkaitset liberaalsete sotsiaalpoliitikate põhimõtete alusel, võib sarnasusi leida nii sotsiaaldemokraatlike kui ka konservatiivsete riikide sotsiaalkaitse süsteemidega. Riikliku sotsiaalkaitse finantseerimise allikaks on sotsiaalmaks, mis jaguneb kaheks: üks osa sellest laekub sotsiaalkindlustuse pensioni sihtkapitali eelarvesse ja teine osa ravikindlustuse eelarvesse. Liberaalsele mudelile

sarnaselt võimaldatakse Eestis hüvitisi peamiselt väikese sissetulekuga inimestele, enamasti töötutele ja riigi poolt ülalpeetavatele. Hüvitised on suhteliselt tagasihoidliku suurusega. Riiklikud sotsiaaltoetused abivajajatele garanteerivad vaid minimaalsed eluks vajalikud tingimused. Elanikkonna heaolu ja rahuldava elatustaseme tagamine on rohkem üksikisikute endi kui riigi vastutada. Liberaalset riigikorda ning sealjuures ka Eestit iseloomustab madal riigi teenuste avalik pakkumine, kõrged ebavõrdsuse tasemed ning suhteliselt kõrgemad vaesuse tasemed võrreldes sotsiaaldemokraatlike või konservatiivsete riigikordadega. Nagu konservatiivsetes maades, on ka Eestis sotsiaalkaitse üles ehitatud töösuhetel põhinevatele kindlustuskeemidele. Sarnaselt sotsiaaldemokraatlikele Skandinaaviamaadele üritatakse aga Eestis toetusi võimaldada universaalselt.

Sotsiaaldemokraatlikule mudelile omaselt võimaldatakse Eestis universaalsete toetuste kõrval suhteliselt vähe pere majandusliku olukorraga seotud toimetulekutoetusi. Majanduslikust olukorrast sõltumatud ja majandusliku olukorraga seotud sotsiaaltoetuste osakaalud sotsiaaltoetuste kogusummast ning sotsiaalkaitse kulutuste aastane kogusumma on toodud tabelis 7.

Tabel 7. Majanduslikust olukorrast sõltumatud ja majandusliku olukorraga seotud sotsiaaltoetused Eestis aastatel 1999–2009

Aasta	Sotsiaalkaitse kulutused kokku, mln euro	Majandusliku olukorraga sidumata, %	Majandusliku olukorraga seotud, %
1999	812,3	97,3	2,7
2000	840,4	97,5	2,5
2001	891,5	97,4	2,6
2002	969,8	97,6	2,4
2003	1077,5	98,0	2,1
2004	1240,8	98,7	1,3
2005	1383,4	99,0	1,0
2006	1601,8	99,2	0,8
2007	1922,5	99,4	0,6
2008	2396,4	99,6	0,4
2009	2625,9	99,5	0,5

Allikas: Eurostat 2012; autori arvutused

Sotsiaalkaitse kulutuste kogusumma on aastatel 1999–2009 kasvanud üle kolme korra (tabel 7). Majandusliku olukorraga seotud sotsiaalteotused on aastate jooksul ligi viis korda vähenenud. Kui aastal 1999 oli majandusliku olukorraga seotud 2,73% sotsiaaltoetustest, siis 2009. aastaks on seotud vaid 0,54% toetustest.

Eesti ning sotsiaaldemokraatlike riikide sotsiaalkaitstesüsteemide vahel eksisteerib siiski mitmeid märkimisväärseid erinevusi. Kuigi Eestis võimaldatakse peamiselt universaalsete toetuste pakkumist, nagu ka sotsiaaldemokraatlikes riikides, on hüvitiste suurus ning osakaal kogukulutustest vägagi erinev. Et välja tuua erinevuste ulatus kasutab autor võrdluseks Eestiga sotsiaaldemokraatlikke Põhjamaid. Sotsiaalkaitse kulutused inimese kohta Eestis, Põhjamaades ning euroalas keskmiselt on toodud tabelis 8. Sotsiaalkaitse kulutused on määratud nii eurodes kui ka protsendina riigi sise-majanduse koguproduktist (SKP-st).

Tabel 8. Sotsiaalkaitse kulutused inimese kohta eurodes ja % SKP-st Eestis, Põhjamaades ning euroalas keskmiselt aastatel 1999–2009

	Euroopa liit (27 riiki)		Eesti		Soome		Rootsi		Norra		Taani	
	euro	%	euro	%	euro	%	euro	%	euro	%	euro	%
1999	–	–	600	15	6235	26	8422	31	9010	27	9147	30
2000	–	–	623	14	6403	25	9030	30	9911	24	9384	29
2001	–	–	664	13	6714	25	8680	30	10753	25	9775	29
2002	–	–	725	13	7097	26	9342	31	11671	26	10204	30
2003	–	–	808	13	7428	27	10035	32	11869	27	10800	31
2004	–	–	933	13	7764	27	10236	32	11738	26	11201	31
2005	6084	27	1043	13	8011	27	10288	31	12527	24	11570	30
2006	6301	27	1209	12	8316	26	10640	30	13016	23	11764	29
2007	6426	26	1450	12	8625	25	10792	29	13769	23	11982	29
2008	6683	27	1809	15	9141	26	10669	30	14403	22	12596	30
2009	6935	30	1982	19	9820	30	10063	32	14610	26	13473	33

Allikas: Eurostat 2012

Tabelis 8 olevate sotsiaalkaitse kulutuste inimese kohta suuruste ning SKP osakaalude alusel võib hinnata Eesti positsiooni teiste Euroopa riikide kõrval väga nõrgaks. Kuigi Eesti sotsiaalkaitse kulutused ühe inimese kohta on alates 1999. aastast kasvanud üle kolme korra, on erinevus Põhjamaadega suur. Eesti sotsiaalkaitse kulutuste osakaal SKP-st inimese kohta on kümne aastaga kasvanud 4%. Sellist arengut võib pidada üsnagi optimaalseks, sest samasugune areng on toimunud kümne aasta jooksul ka

näiteks Soomes. On selge, et Eesti majanduslik olukord ei võimalda pakkuda sotsiaalsuguses ulatuses toetusi kui Põhjamaades. Võttes aga arvesse Euroopa liidu keskmiseid sotsiaalkaitse kulutuste määrasid, on Eesti sotsiaalkaitse kulutused Euroopa liidu 27 liikmesriigi seas ühed madalamad. Arenenud heaoluriikidega kõrvutades võib Eestit pidada sotsiaalkaitse kulutuste alusel siiski mahajäänud riigiks.

Eestis pakutavate erinevate sotsiaalhüvitiste jaotamise struktuuri hindamiseks on toodud tabelis 9 sotsiaalhüvitised eesmärgi järgi osatähtsusega sotsiaalhüvitistes kokku ning hüvitiste suhtena sisemajanduse koguprodukti. Tabelist on näha, et suurima osa sotsiaalhüvitistest moodustavad kulutused pensionile. Pensioni järel kuulub suurim osakaal sotsiaalkulutustest tervishoiule. Aastatel 1999 kuni 2006 on tervishoiukulutuste osakaal koguhüvitistest püsinud 31–32% ulatuses. Suuremat tõusu on näha 2007. aastal kui aastaga tõusis kulutuste osakaal tervishoiule 2,2%. 2009. aastaks langesid kulutused tervishoiule 4% võrra. Siinkohal võib otsida põhjuseid 2008. aasta majanduskriisi mõjudest. Abiavajate arvu kasv küll jätkus, kuid riigieelarve võimalused polnud enam endised.

Tabel 9. Sotsiaalhüvitised eesmärgi järgi Eestis aastatel 1999–2009 (osatähtsus sotsiaalhüvitistes kokku, %; hüvitiste suhte SKP-sse, %)

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Kokku hüvitiste % SKP-sse	15,2	13,6	12,8	13	12,4	13	12,4	12	12	14,7	19
Haigus, tervishoid	%	31,3	32,1	31,9	31	31,8	32	31,9	31,2	33,4	32,4	28,4
	% SKP-st	4,7	4,4	4,1	3,9	3,9	4	4	3,7	4	4,8	5,4
Puue, töövõimetus	%	8,2	6,6	8,2	8,9	9,3	9,1	9,4	9,5	9,3	9,9	9,9
	% SKP-st	1,2	0,9	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,4	1,9
Pension	%	43,3	43,4	42,5	44	44	43	43,1	44,4	43	42,3	41,9
	% SKP-st	6,6	5,9	5,4	5,4	5,4	5,5	5,3	5,3	5,1	6,2	7,9
Toitjakaotus	%	2	2	1,7	1,2	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	0,7	0,6
	% SKP-st	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Pere ja lapsed	%	10,9	11,9	11,5	11	10	13	12,2	12,1	11,6	12	11,9
	% SKP-st	1,6	1,6	1,5	1,4	1,2	1,6	1,5	1,5	1,4	1,8	2,3
Töötus	%	1,3	1,3	1,4	1,1	1,8	1,6	1,3	0,9	1,2	2,1	6,4
	% SKP-st	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	1,2
Eluase	%	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
	% SKP-st	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0	0	0	0	0
Sotsiaalne tõrjutus	%	2,2	2	2,3	2	1,6	1,1	1	0,7	0,6	0,5	0,6
	% SKP-st	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Allikas: Statistikaamet 2012

Enamasti on Eestis sotsiaalkaitse kulutused aastate jooksul suurenenud, ka majanduskriisi aastatel pole langus olnud väga ulatuslik (tabel 9). Ainukesteks valdkondadeks, kus kulutusi kärbiti oli tervishoid ning vähesel määral ka pension ning toitjakaotus. Majanduskriisi tagajärjed avaldasid mõju ka töötushüvitiste maksmisele. Tänu majanduslangusele kaotasid mitmed inimesed töö ning registreerisid end töötuks. 2008. aastaks kasvas töötushüvitiste määr 0,9% ning 2009. aastaks oli kasvu määr lausa 4,3%. Sotsiaalkaitsehüvitised kokku moodustasid 2009. aastal 19% sisemajanduse koguproduktist. Nii kõrge pole sotsiaalhüvitiste osakaal eelnevate aastate jooksul veel olnud. Tänu majanduskriisi mõjudele langes 2009. aastaks ka SKP ning sotsiaalhüvitised hõlmasid sellest tavapärasest suurema osa. Madalaimad olid sotsiaalhüvitiste osakaalud aastatel 2006–2007 ehk teisisõnu majanduskasvu ajal.

Tabelis 10 on toodud erinevate sotsiaalhüvitiste osakaal kogu sotsiaalhüvitistest Eestis ning võrdluseks Põhjamaades ja Euroopa liidus keskmiselt 2009. aastal Eurostati andmetel. Kulutused tervishoiule on Eestis suurema osakaaluga kui Põhjamaades, kuid väiksemad kui Euroopa liidu 27 liikmesriigi peale kokku keskmiselt. Invaliidsushüvitiste osakaal Eestis on tunduvalt väiksem kui Põhjamaades, kuid suurem kui Euroopa liidus keskmiselt.

Tabel 10. Sotsiaalhüvitised eesmärgi järgi Eestis ja Põhjamaades 2009. a. (% sotsiaalhüvitistest)

	Euroopa liit	Taani	Eesti	Soome	Rootsi	Norra
Tervishoid	29,6	23,3	28,4	25,6	25,4	32,8
Invaliidsus	8,0	15,1	9,9	12,3	14,4	17,2
Pension	39,0	37,1	41,9	35,3	40,2	30,1
Toitja kaotus	6,0	0,0	0,6	3,3	1,9	1,1
Pere/lapsed	8,0	12,9	11,9	11,3	10,2	12,6
Töötus	6,0	6,6	6,4	8,2	4,1	2,8
Eluase	2,0	2,3	0,2	1,7	1,5	0,6
Sotsiaalne tõrjutus	1,4	2,7	0,6	2,4	2,2	2,9

Allikas: Eurostat 2012

Pensionide osakaal on riigiti suhteliselt erinev (tabel 10). Eesti pensionikulutuste osakaal on lähedane nii Rootsi kui ka Euroopa liidu näitajatele. Suurem erinevus on aga näiteks Norraga, kus pensionidele kulutatakse vaid 30,1%. Toitjakaotushüvitiste osakaal jääb nii Põhjamaades kui ka Eestis väga madalale. Ka peretoetuste osakaal Eestis ei

erine märkimisväärselt Põhjamaade näitajatest. Kuigi Eesti töötushüvitiste osakaal sarnaneb nii Taani, Soome kui ka Euroopa liidu keskmisele, on see palju suurem Norra näitajast. Suuremat erinevust Eesti ja Põhjamaade vahel näitab ka sotsiaalse tõrjutuste hüvitiste osakaal, mis Eestis on võrreldes Põhjamaadega väga madal.

Alates 1990. aastast on Eestis ellu viidud ulatuslikke tervishoiureforme, mis muutsid Eesti tervishoiusüsteemi nõukogudeaegsest tervishoiu rahastamise ja korraldamise süsteemist põhjalikult. Eesti kulutused tervishoiule moodustavad umbes 30% sotsiaalkaitsekulutustest kokku ning 4% sisemajanduse koguproduktist (tabel 9). Perioodil 1999–2008 kasvas tervishoiukulutuste osatähtsus kogukulutustes järjepidevalt. Kuni 2008. aastani on näha ka kiiret kasvu tervishoiukulutuste kogusummas (tabel 11). Suurim tervishoiu kogukulude kasv toimus 2006. aastal, kui aastaga kasvas kulutuste suurus 19% võrra. 2009. aastal vähenesid riigis tervishoiu kogukulutused esimest korda. Kui 2009. aastal vähenesid tervishoiu kogukulud 1,5% võrra, siis 2010. aastaks olid kulutused vähenenud juba 6,7% võrra. Tervishoiu kogukulud inimese kohta on aastatega 1999–2010 suurenenud ligi kolm korda.

Tabel 11. Tervishoiu kogukulud ning finantseerimise allikad Eestis aastatel 1999–2010

Aasta	Tervishoiu kogukulud inimese kohta (euro)	Üldvalitsus (%)	Erasektor (%)	Välismaailm (%)	Tervishoiu kogukulude muutus igaaastaselt (%)
1999	229	81,7	18,3	0	–
2000	240	78	21,9	0	3,5
2001	250	79,2	20,8	0	3,8
2002	280	77,7	22,3	0	10,2
2003	321	75,5	24,5	0,1	14,3
2004	368	75,5	24	0,5	12,2
2005	417	76,7	23	0,3	11,4
2006	500	73,3	26,1	0,6	16,4
2007	618	75,6	23,3	1,1	19,0
2008	733	77,8	20,6	1,5	15,7
2009	723	75,3	20,9	3,9	–1,5
2010	678	78,9	20,3	0,9	–6,7

Allikas: Tervise Arengu Instituut 2012

Tervishoiupoliitika juhtimisel on oluline roll tervishoiu eest maksjal, kes saab mõjutada kogu süsteemi toimimist ning kättesaadavust elanikele. Eestis on suurel määral tervishoid valitsussektori korraldada ning rahastada (tabel 11). Eestis on üldvalitsuse osakaal tervishoiukulutuste tasumisel aastate lõikes ligikaudu 75%. Tervishoidu rahastatakse ravikindlustuse kaudu, mille tulu määravad sihtotstarbelised maksud töötasudelt ning riigieelarve. Üldiselt on valitsuse osakaal olnud stabiilne, mis viitab tervishoiu püsivale prioriteedile riigipoliitika korraldamisel. Tervishoiu rahastamine erasektori poolt, mille moodustavad enamjaolt patentide omaosalus ning erakindlustus, on aastate jooksul varieerunud. Kuni aastani 2007 erasektori osakaal tõusis, kuid järgnevate aastate jooksul on hakanud langema. 2010. aastaks vähenes erasektori osakaal tervishoiu rahastamisel võrreldes 2006. aastaga 5,8%. Tervishoiukulutuste rahastamine välisfinantseerimise poolt on Eestis aastate lõikes olnud väga väike.

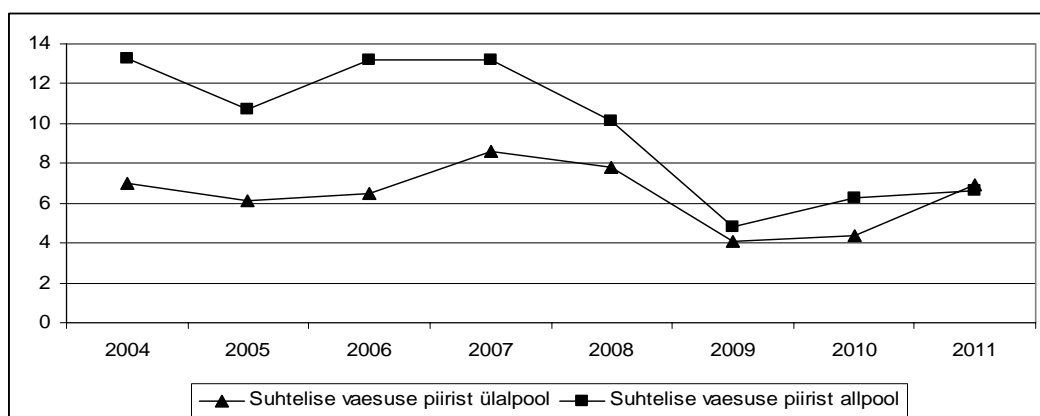
Lisaks tervishoiu rahastajale on oluline näitaja ka tervishoiukulude jaotus. Tabelis 12 on toodud tervishoiu kulud erinevate funktsioonide lõikes osakaaluna kogukuludest. Suurima osa moodustavad raviteenused, mille osalus on püsinud keskmiselt 50% ulatuses. Kulutused ambulatoorsetele patsientidele, mis moodustavad umbes veerandi tervishoiu kogukuludest, on vähenenud aastate 2006–2010 jooksul 2,4%. Vähenenud on ka taastusravi ning tervishoiu administreerimise ja ravikindlustuse kulutuste osakaal. Kulutused pikaajalisele hooldusravile ning tervishoiu tugiteenustele on aga järjepidevalt kasvanud.

Tabel 12. Tervishoiu kulud funktsioonide lõikes Eestis aastatel 2005–2010 (% tervishoiu kogukuludest)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Raviteenused	52,5	51,8	52,1	51,0	50,0	53,4
Taastusravi	3,1	2,6	3,1	2,5	2,0	1,8
Pikaajaline hooldusravi	3,0	3,5	3,7	4,0	4,2	4,4
Tervishoiu tugiteenused	8,4	8,8	9,5	9,7	9,7	10,4
Meditšiinitooted ambulatoorsetele patsientidele	26,7	27,1	24,8	23,8	25,8	24,3
Preventsioon ja elanikkonna tervishoid	2,3	2,5	2,7	2,7	2,2	2,7
Tervishoiu administreerimine ja ravikindlustus	3,4	2,7	2,6	2,2	2,1	2,1
Tervishoiuga seotud funktsioonide kapitalikulud	0,6	1,0	1,5	4,2	4,1	0,8

Allikas: Tervise Arengu Instituut 2012

Pärast Nõukogude liidu lagunemist ning tervishoiusüsteemi ümberstruktureerimist toimusid mitmed muutused haiglate ümberprofileerimises, mille tõttu haiglate arv vähenes tunduvalt. Arstiabi kättesaadavust mõjutab nii kaugus raviastutusest kui ka elanike sissetulek. Suurimad probleemid on hambaarsti kättesaadavusega, sest Eestis ravikindlustus täiskasvanutele hambaravi kulutusi ei kata. Samuti on ka mitmed eriarsti teenused tasulised. Joonis 6 kirjeldab nende isikute osakaalu, kellel oli probleeme eriarstiabi kättesaamisega.



Joonis 6. Eriarstiabi kättesaadavus Eestis (% inimestest, kellel oli probleeme arstiabi kättesaamisega) (Statistikaamet 2012; autori koostatud)

Aastal 2004 oli arstiabi kättesaamisel erinevus suhtelise vaesuse piirist allpool ning ülalpool olevate inimeste vahel suhteliselt suur – 6,6% (joonis 6). Aastaks 2009 langes suhtelise vaesuse piirist olevate isikute osakaal, kellel oli probleeme eriarstiabi kättesaadavusega, tunduvalt, langedes suurema sissetulekuga inimeste lähedasele tasemele. Kahe grupi erinevus oli vaid 0,7%. Erinevuse vähenemine toimus majandustõusu aastatel kui elanike sissetulekud suurenesid. 2011. aastaks on vahe kahe grupi vahel praktiliselt olematu. Tasemete ühtlustamine näitab sissetuleku mõju vähenemist arstiabi kättesaadavusele.

Eesti sotsiaalkaitse süsteemis võib leida sarnasusi nii liberaalsele kui ka sotsiaaldemokraatlikule mudelile. Ühelt poolt on hüvitised suhteliselt väikese suurusega ning suunatud eelkõige väikese sissetulekuga elanikele. Teiselt poolt aga kasutatakse sotsiaalkaitse võimaldamisel universaalsuse põhimõtteid ning enamik toetusi ei sõltu elanike majanduslikust olukorrast nagu ka sotsiaaldemokraatlikes Põhjamaades. Kuigi kulutused sotsiaalkaitsele on aastate jooksul järjepidevalt suurenenud, jääb Eesti oma

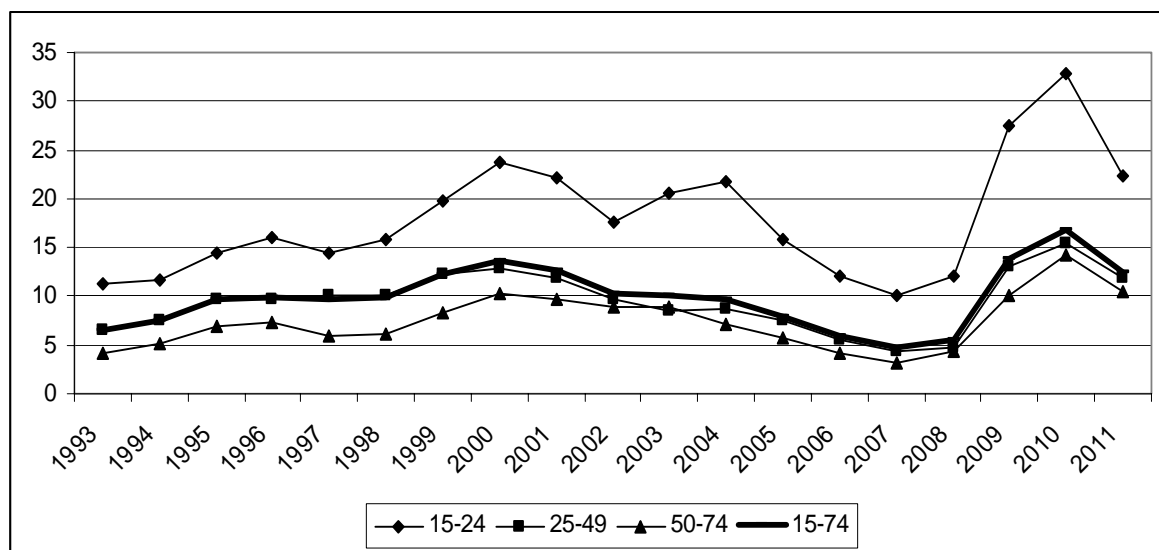
tasemelt siiski Põhjamaadest väga maha. Eesti sotsiaalkaitse süsteemi hindamisel arengulisest aspektist, on pärast taasiseseisvumist ning Nõukogude liidu alt vabanemist tehtud süsteemis ulatuslikke muutusi. Tervishoid, mis on suurel määral valitsuse rahastada, on püsinud järjepidevalt stabiilne, mis viitab tervishoiu püsivale prioriteedile riigipoliitika korraldamisel. Vaatamata suurele mahajäämusele Põhjamaadest, võib väita, et Eesti sotsiaalkaitse süsteemis on kulutuste suurenemise näol toimunud järjepidev areng. Sotsiaalkaitse kulutuste jaotus on aja jooksul jäänud samaks.

2.3. Sotsiaalkindlustus ja sotsiaalabi

Nii Eestit kui ka teisi endiseid kommunistlike ühiskondi iseloomustas Nõukogude Liidu ajal kõrge hõivatus tase tööturul. Tööpuudust peaaegu ei eksisteerinud ning töötajad olid harjunud kindlustatud töökohtade ning oma täistöö palgaga. Riik võimaldas kodanikele sotsiaalse heaolu garanteerimise inimeste igas eluetapis. Iseseisvumisega ning totalitaarsest süsteemist eraldumisega, muutus ulatuslikult ka Eesti sotsiaalpoliitika. Inimeste sissetulekute ebastabiilsuse suurenemine, muutused elustiilides ning ühiskonna areng on tekitanud mitmeid sotsiaalseid riske ning probleeme. Käesolev peatükk käsitleb töötuskindlustuse, peretoetuste, vanemahüvitise ja pensionikindlustuse süsteemide ja sotsiaaltoetuste ning sotsiaalabi muutumist Eestis viimase kahekümne aasta jooksul.

Pärast Nõukogude liidu lagunemist toimusid Eesti majanduses ning tööturul suured muutused. Üleminek turumajandusele tingis paljude elanike jaoks keerulise olukorra. Teadmiste ning kogemuste puudus, kohandumine uues majanduslikus keskkonnas ning uue raha- ja majandusreformi vastuvõtmine avaldas suurt mõju Eesti tööturule. Lisaks tuleb arvesse võtta, et korralik töötuskindlustuse süsteem rakendus Eesti põhjalikult alles 2002. aastal. Joonisel 7 on kujutatud töötuse määra muutumise dünaamika Eestis aastatel 1993–2011 erinevate vanusegruppide järgi. Eesti põhiprobleemiks tööturul on väga kõrge on tööpuuduse määr noorte (isikud vanuses 15–24) seas. Tööpuudus eakate (isikud vanuses 50–74) seas on kõige väiksem. Keskealiste (isikud vanuses 25–49) elanike tööpuuduse määr on võrreldes noorte tööpuuduse määraga tunduvalt väiksem. Nagu on ka näha joonisel, suurenes üldine (isikud vanuses 15–74) tööpuudus Eestis 1990ndate alguses püsivalt. Alates 1995. aastast on märgata stabiilset perioodi ning

isegi väikest langust. Järgmine suurem töötuse laine saabus Eestisse 1999. aasta majanduskriisi ajal. Kui 1999. aastal oli tööpuuduse määr 9,8%, siis 2000. aastaks oli see tõusnud juba 13,6%-ni.

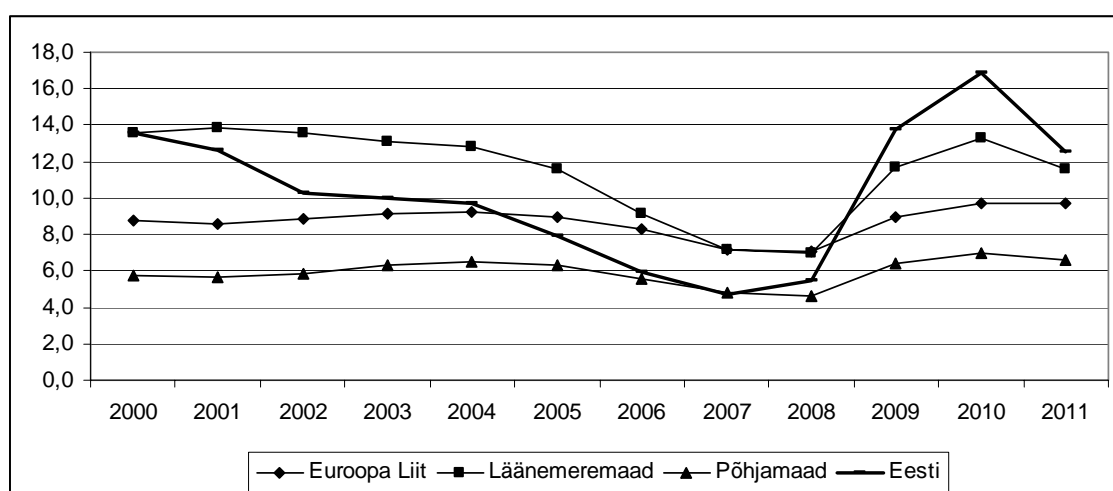


Joonis 7. Töötuse määr Eestis aastatel 1993–2011 (%) (Statistikaamet 2012; autori koostatud)

2000. aastast alates hakkas üldise tööpuuduse määr Eestis järjepidevalt langema (joonis 7). Suuremate struktuursete muutuste periood lõppes ning algas stabiliseerumine. Alates 2000. aastast hakkas Eesti majandus jõuliselt kasvama, mis tingis ka töötuse vähenemise. Kokku langes üldine töötuse määr aastatel 2000–2008 8,1% võrra. 2008. aastal alguse saanud ülemaailmne majanduskriis mõjutas tugevalt ka Eesti majandust. Majanduslanguse tagajärge on näha ka joonisel – alates 2008. aastast tõusis tööpuudus riigis hüppeliselt. 2010. aastaks oli üldine tööpuuduse määr suurenenud kõigest kahe aastaga 11,4%, saavutades oma kõrgeima taseme 16,9%. Alates 2011. aastast on märgata majanduse elavnemist ning ka töötuse vähenemist. Ühe aastaga langes üldine tööpuuduse määr 4,4% võrra. Töötuse taseme languseks kriisieelsele tasemele võib Eestis siiski minna aastaid.

Et võrrelda Eesti tööturu olukorda töötusega teistes Euroopa riikides on joonisel 8 kujutatud töötuse määrad Euroopa liidus keskmiselt, Läänemere maades (Saksamaa, Poola, Leedu, Läti) ning Põhjamaades (Norra, Taani, Soome, Rootsi) aastatel 2000–2011. Jooniselt 8 on näha, et teistes riikides keskmiselt on töötuse määra muutumine olnud aastate jooksul väiksem ning ühtlasem kui Eestis. Alates 2000. aastast oli töötuse

määr Eestis tunduvalt väiksem kui Läänemere maades ning alates 2004. aastast ka väiksem kui Euroopa liidus keskmiselt. Eestis on töötuse määr olnud järjepidevalt suurem kui Põhjamaades, kuid majandustõusu ajal (2006–2008) langes Eesti töötuse määr peaaegu samale tasemele. Võrreldes Eesti tööturu teiste riikide tööturu reageerimisega majanduskriisile, on näha, et Eesti puhul olid tagajärjed tunduvalt ulatuslikumad. Kui 2010. aastal oli Euroopa liidus keskmiselt tööpuuduse määr 9,7%, Läänemere maades 13,3% ning Põhjamaades 6,9%, siis Eestis oli see lausa 16,9%. Uute töökohtade loomine pidurdus ning vabade töökohtade arv vähenes. Ettevõtete tugev reageerimine majanduskriisile, mis põhjustas kõrge tööpuuduse määra, viitab tööturu vähesele paindlikkusele.



Joonis 8. Töötuse määr Euroopa riikides aastatel 2000–2011 (%) (Statistikaamet 2012; autori koostatud)

Kuna püsiv sissetulek on aluseks elanike heaolule ning tööpuuduse määr Eestis on väga ebastabiilne ning kõrge, on töötuskindlustusel Eesti riigis väga oluline roll. Töötuskindlustushüvitisi rahastatakse töötuskindlustusmaksetest laekunud rahast. Töötuskindlustusmaks määrad on kindlustatul 2,8% ja tööandjal 1,4% (2012). Hüvitiste maksmise periood on suhteliselt lühike, vaid 180 kuni 270 päeva. Töötutoetuse suurus on riigieelarvega kindlaks määratud. Selle päevamäär 2011. aastal oli 2,11 eurot (s.o umbes 63 eurot kuus). Töötuskindlustusmaksed ning töötutoetused moodustavad väga väikese osa kogu sotsiaalkaitse kulutustest (tabel 9). Tabelis 13 on välja toodud Eesti Töötukassa andmetel töötutoetuste ning töötuskindlustushüvitiste saajate arv,

töötutoetuste väljamaksete aastane kogusumma (tuhat eurot) ning keskmine töötuskindlustushüvitise suurus kuus (euro) Eestis aastatel 2003–2011.

Tabel 13. Töötutoetused ja töötuskindlustushüvitised Eestis aastatel 2003–2011

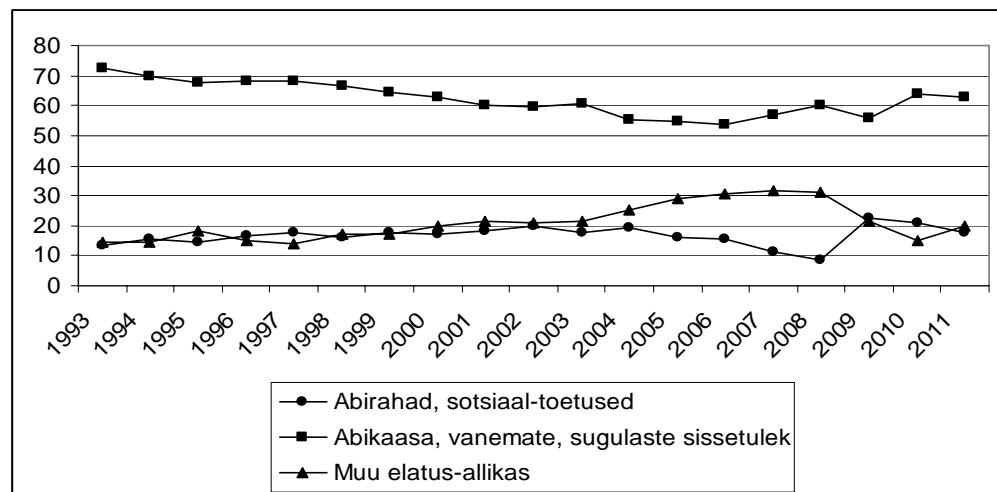
Aasta	Töötutoetuste saajate arv	Töötutoetuste väljamaksete summa aastas (tuhat eurot)	Töötuskindlustushüvitiste saajate arv	Keskmine töötuskindlustushüvitis kuus (euro)
2003	47454	4871	8651	117
2004	39338	3499	14888	128
2005	31347	2729	12238	135
2006	20029	1559	8990	154
2007	17769	3344	8011	183
2008	23569	4225	15402	231
2009	46376	11809	57617	287
2010	46361	10169	61012	265
2011	–	–	32124	257

Allikas: Eesti Töötukassa 2012

Töötutoetuste saajate arvu muutumine aastate jooksul on sarnane töötuse määra dünaamikale (joonis 8). Alates 2003. aastast kuni 2008. aastani langes töötutoetuste saajate arv järjepidevalt (tabel 13). Majanduskriisi aastatel ning tööpuuduse suurenedes kasvas ka töötutoetust vajavate isikute arv. Töötuskindlustushüvitiste saajate oli 2009. aastani iga-aastaselt suurem töötutoetuste saajate arvust. Suuremat töötuskindlustushüvitiste saajate arvu tõusu on märgata aastatel 2004, 2008, ning 2009, mil saajate arv kasvas aastaga 3,7 korda. Töötutoetuse väljamaksete summa suurenemist on märgata juba alates 2007. aastast. 2009. aastaks suurenes väljamaksete summa võrreldes eelneva aastaga 2,8 korda. Keskmise kuulise töötuskindlustushüvitise suurus on aastatega järjepidevalt suurenenud. Kokkuvõttes võib väita, et töötuskindlustusmaksed ning töötutoetused on Eestis suhteliselt tagasihoidlikud. Võttes arvesse aga kõrget töötuse määra, saab järeldada, et kulutused töötuskindlustusele ning töötutoetustele on ebapiisavad.

Eelmainitud järelduse kinnituseks on Eesti töötute peamiste sissetulekuallikate muutumise dünaamika aastatel 2003–2011 kujutatud joonisel 9. Sissetulekuallikad on

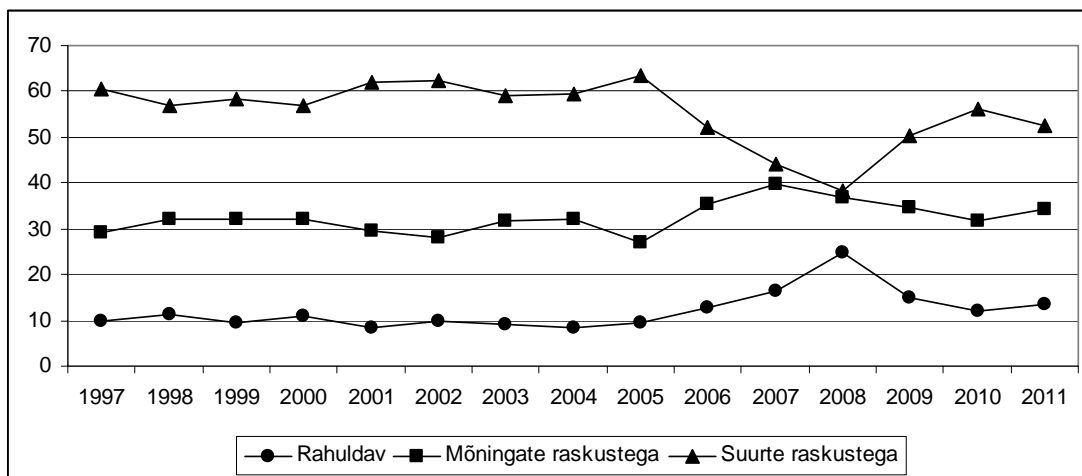
jaotatud kolmeks suuremaks grupiks: abirahad ja sotsiaaltoetused; abikaasa, vanemate, sugulaste sissetulek ning muud elatusallikad. Suurima osa töötute peamisest sissetulekuallikatest moodustavad nende lähedaste sissetulekud. Teisele kohale jäävad muud sissetulekuallikad ning kõige vähem loodetakse abirahadele ning sotsiaaltoetustele. Eluks vajalike kaupade kallinedes ning elatusaseme tõustes on ka vähenenud lootmine perekonna sissetulekule. Aastatel 1993-2003 vähenes abikaasa, vanemate, sugulaste sissetulekule lootmine kui peamine töötute sissetulekuallikas 12,3% võrra. Rohkem hakati toetuma muudele elatusallikatele ning sotsiaaltoetustele. Majandustõusu aastatel on näha suuremat muude elatusallikate osatähtsuse kasvu ning vähem sõltuvust sotsiaaltoetustest. Majanduskriisi aastatel aga tõusis hüppeliselt sotsiaaltoetuste ning abirahade kui peamise elatusallika kasutamine.



Joonis 9. Töötute peamine elatusallikas Eestis aastatel 1993–2011 (% töötutest) (Statistikaamet 2012; autori koostatud)

Eesti töötute toimetuleku subjektiivne hinnang aastatel 1997–2011 on kujutatud joonisel 10. Ligi 60% töötutest hindab enda toimetuleku võimaldamist suurte raskustega. Töötuid, kes hindavad enda toimetulekut mõningate raskustega on umbes poole võrra vähem ehk 30% ulatuses. Rahuldava toimetuleku hinnangu on andnud keskmiselt vaid 10% töötutest. Kuni majandusõitsengu aastateni on hinnangud püsinud suhteliselt ühtlasel tasemel. Majandustõusu ajal alates 2005. kuni 2008. aastani vähenes toime-tulekuraskustega töötute osakaal 22,3% ning rahuldava toimetulekuga töötute osakaal tõusis 15,3% võrra. Majanduskriisi aastatel on näha vastupidist olukorda. Suurte

toime-tuleku raskustega töötute osakaal suurenes ning rahuldava toimetulekuga töötute osakaal vähenes.



Joonis 10. Töötute toimetulek Eestis aastatel 1997–2011 (% töötutest) (Statistikaamet 2012; autori koostatud)

Lisaks töötutoetustele on oluline osa elanike heaolu ning riigi jätkusuutlikkuse tagamisel peretoetustel. Eesti universaalset peretoetuste süsteemi võib pidada üsnagi sarnaseks Põhjamaade riikide süsteemidega. Riiklike peretoetuste kõrval võimaldatakse peredele ka mitmed lisanduvaid meetmeid ja toetuseid, nagu näiteks lisapuhkepäevade tasustamine ning vanemahüvitis. Vanemapuhkused, lapse ja -sünnitoetused põhinevad töötasul. Lapsetoetust makstakse kuni lapse kuuteistkümnenda elueani. Lisas 3 on toodud mõningad peretoetuste liigid kirjeldamiseks toetuste suuruste muutumist aastate jooksul. Sünnitoetust makstakse ühekordselt, igakuiselt makstakse nii üksikvanema ning ajateenija lapse toetust kui ka lapsetoetust laste arvu järgi. Koolitoetust makstakse kord aastas.

Aastate 2000–2011 jooksul on kõige enam suurenenud keskmine sünnitoetus teisele ja igale järgmisele lapsele (lisa 3). Viimase üheteistkümnenda aasta jooksul on see number suurenenud 131,46 euro võrra. Üle 80 euro võrra on suurenenud ka teised ühekordsed sünnitoetused. Igakuine lapsetoetus esimesele lapsele suurenes alates 2004. aastast, väljamakse summa kasvas kaks korda. 2002. aastaks suurenes ka igakuine lapsetoetus teisele lapsele 4,79 euro võrra. Keskmine lapsetoetus kolmandale ja igale järgmisele lapsele on aastate jooksul suurenenud kõige rohkem. 2007. aastaks suurenes igakuine makse lausa 38,35 euro võrra. Üksikvanema lapsetoetus on jäänud aastate jooksul

enamjaolt samale tasemele, nagu ka koolitoetus. Ajateenija keskmine lapsetoetus kasvas üheteistkümnelt aasta jooksul vaid 2,24 euro võrra.

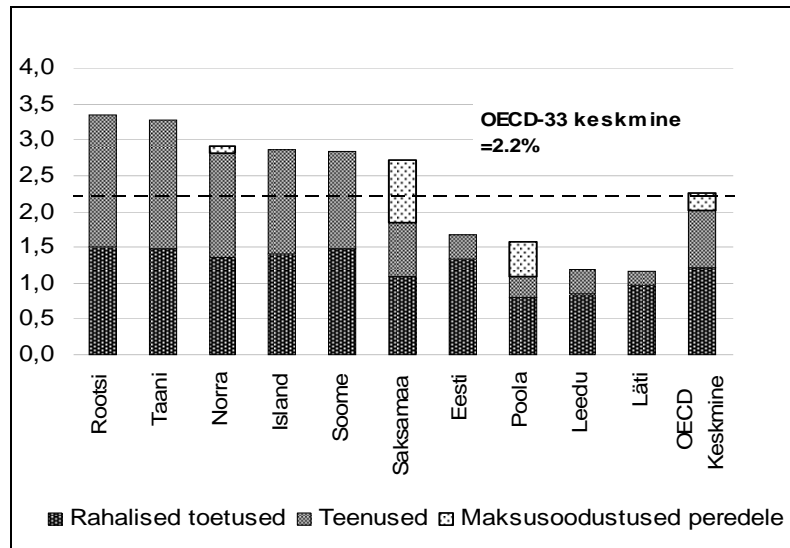
Lapsehooldushüvitiste süsteem ei ole pärast nõukogude aega Eestis eriti muutunud. Lapsehooldushüvitised olid siis ning on ka praegu vanemate töötasuga seotud. Vanemahüvitiste suuruste muutumine aastate lõikes on välja toodud tabelis 14. Vanemahüvitiste suuruste ülem- ning alampiirid on iga-aastaselt tõusnud. Viie aastaga on ülempiir kasvanud 624,3 euro võrra. Alampiiri tõus on olnud väiksem, jäädes vaid 119,5 euro ulatusse. Vanemahüvitiste määr hakkas tõusma alates 2006. aastast. Nelja aastaga on vanemahüvitise määr suurenenud 89,5 euro võrra.

Tabel 14. Vanemahüvitiste suurus liigiti Eestis aastatel 2004–2008, eurodes

	2004	2005	2006	2007	2008
Vanemhüvitise määr	140,6	140,6	158,5	171,9	230,1
Vanemhüvitis kuupalga alammäär	158,5	171,9	191,7	230,1	278,0
Vanemhüvitise maksimaalne suurus	1006,0	1116,7	1226,5	1382,0	1630,3

Allikas: Sotsiaalvaldkonna ... 2008; 36

Hindamiseks Eesti peretoetuste süsteemi üldiselt on joonisel 11 kujutatud riigi kulutused peretoetustele (k.a. lapsehooldus- ja vanemahüvitised) rahaliste toetuste, teenuste (mitterahalised toetused) ning maksusoodustuste alusel Läänemere maades, Põhjamaades ja OECD riikides keskmiselt 2010. aastal. Keskmiselt kulutatakse OECD 33 liikmesriigis 2,2% SKP-st peretoetustele. Nagu jooniselt 11 on näha jäävad sellest piirist allapoole nii Eesti, Poola, Leedu kui ka Läti. Eestis kulutati 2010 aastal lapsetoetustele 1,67% SKP-st, mis on ligi kaks korda vähem kui Põhjamaades. Kui Põhjamaades jaotatakse kulutused peredele enamjaolt võrdselt rahaliste ja mitterahaliste toetuste vahel, siis Eestis kulutatakse vaid 0,33% SKP-st mitterahalistele ning ülejäänud, 1,34% SKP-st rahalistele toetustele. Maksusoodustuste pakkumine peredele Eestis puudub.



Joonis 11. Riigi kulutused peretoetustele ja -hüvitistele rahaliste toetuste, teenuste ning maksusoodustuste alusel aastal 2010 (% SKP-st) (OECD Social ... 2012)

Nagu eelnevalt mainitud, ei ole Eesti lapsehooldushüvitiste süsteem pärast Nõukogude liidu alt vabanemist väga muutunud. Ulatuslikud ümberkorraldused on see-eest toimunud Eesti pensionisüsteemis. Eesti pensionisüsteem liikus pärast nõukogude aega erapensionidesüsteemide poole. Põhjuseks oli ebasoodne demograafiline olukord. Pensionitase sõltub peamiselt kahest tegurist, milleks on maksutase ning tööealiste ja pensioniealiste isikute vahekord. Kuna Eestis on pensioniealisi isikuid väga palju ning tööealiste isikute arv aina väheneb, võeti kasutusele kolme sambaga pensionisüsteem. Esimese samba moodustab kohustuslik riigi hallatav jooksvatele osamaksetele või maksudele tuginev skeem, mis võeti Eestis kasutusele juba 1993. aastal. Teine samm, osaliselt riigi rahastatav kohustuslik ja erasektori hallatav pensioniskeem, juurutati Eestis aastal 2002. Kolmas samm on vabatahtlik erasektori kogumispensioniskeem, mis võeti Eestis kasutusele 1998. aastal (Eesti inimarengu aruanne 2011: 72). Tänu teise ja kolmanda samba kasutuselevõtule säilitatakse inimeste samaväärne elatustase ka tulevikus. Pensionireform oli Eesti jaoks väga oluline ning muutis tunduvalt riigi arengut. Ülevaade Eesti riiklikust pensionist aastatel 1992–2000 on toodud lisas 4. Maksete suurused on antud kroonides.

Lisas 4 olevast tabelist selgub, et pensionäride arv kaheksa aasta jooksul väga oluliselt ei muutunud. Suurim muutus pensionäride arvus toimus 1995. aastal kui nende arv vähenes 6486 inimese võrra. Keskmiselt vähenes aastate 1992–2000 jooksul pensionäride arv 0,8% võrra (tabel 15). Aastate jooksul on aga järjepidevalt tõusnud

pensionäride osatähtsus rahvastikus. Aastatega 1992–2000 on pensionäride osakaal suurenenud 3% võrra. Vanaduspensionäride arvu muutumisel on aga näha selle langust. Vanaduspensionäride arv langes 2000. aastaks 16062 inimese võrra (–5,6%). Tunduvalt on vähenenud ka väljateenitud aastate pensioni saajad, 2000. aastaks on neid üle kahe korra vähem. Invaliidsuspensionäride arv on aga aastatega aina tõusnud. Sama saab väita ka töövõimetuspensionist saavate isikute arvu kohta. Rahvapensioni saajate arv hakkas vähema alates 1998. aastast kui kasutusele võeti kolmas pensionisammas. Kõikide pensionite rahaline suurus on aastatega tunduvalt kasvanud. Kõige suurem summa maksti 2000. aastal keskmise vanaduspensionist saajatele. Aastate 1992–2000 jooksul suurenesid kõige rohkem, ligi 18 korda, keskmine riiklik kuupension ning keskmine vanaduspension.

Tabel 15. Pensionäride arvu ning pensionide suuruste muutumine Eestis aastatel 1992–2012

	1992– 2000	2001– 2012	1992– 2012
	%		
Pensionärid kokku	–0,8	9,4	7,5
Pensionäride osatähtsus rahvastikus, %	3	3,4	6,1
Vanaduspensionärid	–5,6	0,2	–0,8
Väljateenitud aastate pensioni saajad	–139,5	–31,9	–203,7
Töövõimetuspensionärid	31,1	51,8	48,9
Rahvapensioni saajad	–36,5	–9,1	63,9
	korda		
Keskmine riiklik kuupension	18	3	51
Keskmine vanaduspension	18	3	56
Keskmine invaliidsuspension	14	3	34
Toitjakaotuspensionist saavate isikute arvu kohta	15	2	32
Rahvapension	3	2	6

Allikas: Statistikaamet 2012; autori arvutused

Lisas 5 on toodud Eesti riikliku pensionikindlustuse muutumine aastatel 2001–2012. Rahaühikud on antud eurodes. Aastatel 2001–2012 on pensionäride arv tõusnud väga palju – 38871 inimese võrra (9,4%) (tabel 15). Samuti on järjepidevalt tõusnud pensionäride osakaal rahvastikus ning meeste osatähtsus pensionisaajate üldarvus (lisa 5). Pensionäride osatähtsus rahvastikus suurenes aastatel 2001–2012 3,4% ning viimase

kahekümne aasta jooksul kokku 6,1% võrra. Vanaduspensionäride arv on aastatel 2001–2012 jäänud suhteliselt ühtlasele tasemele. Väljateenitud aastate pensioni saajate arv on vähenenud ligi 32%. Töövõimetuspensionari saajate arv on aga hüppeliselt tõusnud. 2012. aastaks on töövõimetuspensionari saajaid üle kahe korra rohkem kui 2001. aastal. Suurima osakaalu nendest moodustavad 40–70% töövõimekaoga töövõimetuspensionari saajad (lisa 5). Rahvapensionari saajate hulk tõusis kokku ligi 64% võrra viimase kahekümne aasta jooksul. Toitjakaotuspensionari saavate perekondade ning töövõimetute isikute arv on aastatel 2001–2012 üle kahe korra vähenenud.

Aastate 2001–2012 jooksul suurenesid keskmine vanaduspension, kuupension ning invaliidsuspension ligi kolm korda ning toitjakaotuspension ja rahvapension kaks korda (tabel 15). Viimase kahekümne aasta jooksul kokku on kõige enam tõusnud vanaduspension – ligi 56 korda. Kõige vähem on suurenenud rahvapensionari summa, mis on 2012. aastaks vaid kuus korda suurem kui oli seda 1992. aastal. Võttes arvesse aga pensionäride osakaalu järjepidevat kasvu ning töövõimetuspensionäride ning rahvapensionari saajate arvu märkimisväärset suurenemist, on ka pensionite väljamaksete suuruse piisavus kaheldav.

Nagu eelnevalt mainitud on sotsiaalabi riiklike meetmete süsteem, mille eesmärgiks on tagada toimetuleks püsivalt väikese sissetulekuga isikutele. Sotsiaalabi kujutab endas hoolekandeteenuste ja toimetulekutoetuste pakkumist. Eakate, puuetega inimeste ning laste hoolekandetasutuste ning hoolealuste arvude muutused aastatel on toodud tabelis 16. Aastatel 2000–2006 on eakatele ja puuetega inimestele suunatud hoolekandeteenuste osas toimunud olulised arengud. Selle tulemusena on alates 2000. aastast märgata suurt teenusekasutajate arvu kasvu. Kümne aastaga suurenes teenusekasutajate arv ligi 2,1 korda. Andmete puudumise tõttu ei ole võimalik kirjeldada olukorda viimaste aastate jooksul hoolekandetasutuste kohtade arvu muutumises. Küll on aga aastani 2000 näha nende järjepidevat kasvu. Sama saab väita ka hoolekandeteenuste osutajate kohta. Hoolekandeteenuste kasutajate kiire kasv tõi kaasa ka aastate 2000–2005 jooksul hoolekandeteenuste osutajate arvu 1,7 kordse suurenemise.

Tabel 16. Hoolekandeesutused ning hooldusteenuse kasutajad Eestis aastatel 1990–2010

	1990	1995	2000	2005	2006	2010
Laste hoolekandeesutused	26	31	37	38	38	–
Hoolealused (lapsed)	1523	1470	1715	1567	1621	–
Hoolekandeteenuse osutajad	37	82	115	200	–	–
Kohad hoolekandeesutustes	5349	5671	6062	–	–	–
Hoolekandeteenuse kasutajad	4795	4961	5785	8803	9062	10151

Allikas: Statistikaamet 2012

Toimetulekutoetused elaniku kohta, rahuldatud taotluste arv ning toimetulekutoetust saanud perekondade arv on toodud lisa 6. Rahuldatud taotluste arvu muutumise dünaamika toimetulekupiiri tagamiseks 1000 elaniku kohta on selgelt mõjutatud riigi majanduslikust olukorrast. Aastal 1997 oli rahuldatud taotluste arv suhteliselt suur, kuid kuni 2008. aasta majanduskriisini on näha selle järjepidevat vähenemist. Kõige vähem esitati taotlusi toimetulekupiiri tagamiseks aastatel 2006–2008. Majanduskriisi mõjude tõttu on taotluste arv aga viimastel aastatel jätkuvalt suurenenud. Toetused elaniku kohta on viimaste aastate jooksul tõusnud samale tasemele, mis nad olid 1997. aastal.

Kuigi toimetulekutoetust saanud isikute arv on aastate jooksul kordades vähenenud, on toimetuleku-toetuste piirmäärad tunduvalt tõusnud (lisa 6). Toetused elaniku kohta on 2011 aastal 18,1 eurot, millest enamiku (18 eurot) osa moodustavad toetused toimetulekupiiri tagamiseks. Täiendava toetuse suurus elaniku kohta on läbi aastate jäänud väga väiksele tasemele. Kui rahuldatud taotluste arv on 2011. aastaks võrreldes 2010 aastaga vähenenud, on toetusteks makstud raha hulk kasvanud. Kokku oli 2011. aastal toimetulekutoetust saanud peresid 24332, mis on ligi kolm korda vähem kui 1997. aastal. Perede arvu vähenemine viitab elanike elatustaseme kasvule.

Sotsiaalkindlustussüsteemi üheks olulisemaks aspektiks on selle jätkusuutlikkuse tagamine. Püsivaid probleeme tekitab Eestis töötuse suhteliselt ebastabiilne ning järjepidevalt kõrge määr. Kui Eestis on enamike toetuste summad aja jooksul küll suurenenud, tekib küsimus kas areng on olnud piisav. Võttes arvesse kõrget töötuse määra, võib teha järelduse, et kulutused töötuskindlustusele ning töötutoetustele on siiski ebapiisavad. Lähtuvalt elanike subjektiivsest arvamusest on töötute toimetulek läbi raskuste ning kõige vähem loodetakse sotsiaaltoetustele. Suuremad kulutused pere-

ning töötutoetustele annaksid elanikele suurema kindlustunde ning soovi jääda Eestisse elama. Eesti elanikkonna vananemine, pensionäride osakaalu pidev suurenemine ning tööealise rahvastiku vähenemine tekitab vajaduse korrigeerida ka pensionisüsteeme ning võimaldada ulatuslikumaid hoolekandeteenuseid. Vaatamata järjepidevale elatustaseme tõusule ning riigi üldisele arengule vajab elanike vahelise ebavõrdsuse vähendamiseks ning sissetulekute ühtlustamiseks Eesti sotsiaalkindlustussüsteem muutusi.

KOKKUVÕTE

Heaoluühiskond areneb riikides välja siis, kui elanike heaolu tagamine ning elatus- taseme tõstmine on riigi tegevuse ühtseks eesmärgiks ning on saavutatud elanike üldine majanduslik ning sotsiaalne turvalisus. Heaoluriiki võib defineerida kui riigi kohustusi tagada oma kodanikele piisavas ulatuses healuteenuseid, garanteerides neile nii poliitilisi kui sotsiaalseid õiguseid. Lisaks õiguste tagamisele on riigi tegevuse eesmärgiks vähendada toetuste ja sotsiaalabi pakkumisega turukonkurentsist tulenevaid ja inimese elutsükliga kaasnevaid riske. Lähtuvalt healuriigi definitsioonist on elanike heaolu hindamisel riigisisest võimalik analüüsida erinevaid sotsiaalkaitse valdkondi.

Käesolev bakalaureusetöö võrdles healuriikide erinevaid mudeleid riigikordade, sotsiaalkaitse institutsioonide ning sotsiaalteenuste võimaldamise alusel. Riigid jaotuvad kolmeks suuremaks grupiks, milleks on sotsiaaldemokraatlikud Skandinaavia maad, konservatiivsed Mandri-Euroopa riigid ning liberaalsed USA, Kanada, Austraalia.

Skandinaavia maade peamine erinevus Mandri-Euroopa riikidest on universaalsuse ja solidaarsuse printsiipide laialdane rakendamine. Riik on peamine heaolu eest vastutaja ning riigi teenuste avalik pakkumine on väga ulatuslik. Kehtestatud on kõrged maksud. Sotsiaaltoetuste jaotamisel kasutatakse õigustepõhist mudelit – sotsiaalhüvitiste jaotamise aluseks on kodakondsus, sotsiaalhüvesid võimaldatakse kõigile olenemata nende sissetulekust või sotsiaalsest staatusest.

Mandri-Euroopa riikides pööratakse erinevalt Skandinaavia maadest rohkem tähelepanu traditsioonile, rahvuslusele ning kristlikule moraalile. Erinevalt Skandinaavia maadest on näiteks nii Prantsusmaal kui ka Saksamaal väga tähtsal kohal elanike töösuhted. Maksud on keskmise suurusega ning peamiselt sissetulekupõhised. Elaniku heaolu määrab eelkõige tema töö.

USA, Kanada ning Austraalia erinevad Euroopa riikidest eelkõige selle poolest, et seal on riigi roll inimeste heaolu võimaldamisel kõige väiksem. Kehtestatud on madalad maksud, sotsiaalhüviseid jaotatakse tõestatud vajaduse ning sissetuleku suuruse alusel. Abivajajatele tagatakse vaid minimaalsed ellujäämiseks vajalikud tingimused. Elanike heaolu tagamine sõltub üldjuhul inimeste endi tegevusest.

Heaoluühiskonna tulevikuperspektiivide hindamisel on selgelt eristatavad kaks suunda – pessimistlik ning optimistlik vaade. Heaoluriigi tegevuse pessimistliku vaate kohaselt vähendab sotsiaalkaitsekulutuste suurendamine sääste, mõjutab negatiivselt investeringuid ning takistab eraettevõtete paindlikku tegevust. Inimeste vajaduste pidev kasv ning muutused traditsioonilises perekonna mudelis ja inimeste käitumises suurendavad sotsiaalseid riske ning vähendavad riigi ressursse. Tekib soodne olukord varimajanduse arenguks, sest maksud on kõrged ning suur osa kasumist läheb kaotsi. Peetakse vajalikuks arendada välja uusi või olemasolevate heaolusüsteemide korrigeeritud vorme, mis võimaldaksid prognoosida tulevikku ning arvestaksid kodanike elumuutuste dünaamikaga.

Heaoluühiskonna tuleviku optimistliku vaate kohaselt on heaoluriikide tegevus vältimatu osa tänapäeva arenenud ühiskonnast tänu valimisdemokraatia ning individuaalhuvide rolli suurenemisele. Heaoluühiskond on pöördumatu nähtus, tegemist on osalise heaoluühiskonna ümberkohandumisega, mitte kriisiga.

Käesolevas töös hinnatakse heaoluühiskonna arengut Eestis. Eesti üldise arengu ning positsiooni hindamisel teiste Euroopa riikide seas Globaalse inimarengu indeksi ning Legatumi heaolu ning jõukuse indeksi alusel, võib teha järgnevad järeldused:

- Eesti on Balti riikidest ning enamikust teistest Euroopa siirderiikidest ühiskondliku arengu poolest heal positsioonil;
- mahajäämus Põhjamaadest ning arenenud Euroopa riikidest on suur;
- hariduse, eriti kõrghariduse, tase Eestis on võrreldav lääne naaberriikide hariduse tasemetega;
- mahajäämus Põhjamaadest on selgelt eristatav elanike sissetulekutes, tervises (k.a. keskmine oodatav eluiga), soolises ebavõrdsuses ning riigi majanduslikus seisus;

- Eesti elanikud hindavad üldist eluga rahulolu, ohutust ja turvalisust nii riigi kui isiklikul tasemel keskmiseks;
- Eesti riigi valitsemise kvaliteet läheneb Lääne-Euroopa riikide tasemele, kuid Eesti kodanikud ei ole olukorraga riigis täiesti rahul;
- Eesti elanikud vähe kaasatud erinevatesse sotsiaalsetesse võrgustikesse.

Eesti sotsiaalkaitse süsteemil on sarnasusi nii liberaalse, sotsiaaldemokraatliku kui ka konservatiivse mudeliga. Liberaalsele mudelile sarnaselt võimaldatakse Eestis hüvitisi peamiselt väikese sissetulekuga inimestele. Riiklikud sotsiaaltoetused abivajajatele garanteerivad vaid minimaalsed eluks vajalikud tingimused. Eestit iseloomustab madal riigi teenuste avalik pakkumine, kõrged ebavõrdsuse tasemed ning suhteliselt kõrged vaesuse tasemed. Elanikkonna heaolu ja rahuldava elatustaseme tagamine on rohkem üksikisikute endi kui riigi vastutada. Nagu konservatiivsetes maades, on ka Eestis sotsiaalkaitse üles ehitatud töösuhetel põhinevatele kindlustuskeemidele. Sarnaselt sotsiaaldemokraatlikele Skandinaaviamaadele üritatakse aga Eestis toetusi võimaldada universaalselt. Universaalsete toetuste kõrval võimaldatakse suhteliselt vähe pere majandusliku olukorraga seotud toimetulekutoetusi. Ligi 99% sotsiaaltoetustest ei ole elanike majandusliku olukorraga seotud.

Sotsiaalkaitse kulutuste suuruste ning osakaalude alusel SKP-st võib hinnata Eesti positsiooni arenenud Euroopa heaoluriikide kõrval väga nõrgaks. Kuigi Eesti sotsiaalkaitse kulutused ühe inimese kohta on alates 1999. aastast kasvanud üle kolme korra, on erinevus sotsiaaldemokraatlike Põhjamaadega suur. Samuti on Eesti sotsiaalkaitse kulutused võrreldes Euroopa liidu 27 liikmesriigi keskmiste sotsiaalkaitse kulutustega väga väikesed.

Suurima osa Eesti sotsiaalkulutustest moodustavad kulutused pensionile. Pensioni järel kuulub suurim osakaal sotsiaalkulutustest tervishoiule. Enamasti on Eestis sotsiaalkaitse kulutused valdkonniti stabiilselt aastate jooksul suurenenud, ka majanduskriisi aastatel pole langus olnud väga ulatuslik. Sotsiaalkaitse kulutuste jaotus on aja jooksul jäänud samaks.

Tervishoiu peamiseks rahastajaks on valitsus, erasektori osakaal on jäänud 20% ulatusse. Üldiselt on valitsuse osakaal olnud stabiilne, mis viitab tervishoiu püsivale

prioriteedile riigipoliitika korraldamisel. Tervishoiu kogukulud inimese kohta on aastatega 1999–2010 suurenenud ligi kolm korda. Suurima osa tervishoiu kogukuludest moodustavad raviteenused, mille osalus on püsinud keskmiselt 50% ulatuses. Ambulatoorsete patsientide, taastusravi, tervishoiu administreerimise ja ravikindlustuse kulutuste osakaalud tervishoiu kogukulutustes on aastate jooksul vähenenud. Suurenenud on hooldusravi ning tervishoiu tugiteenuste kulutuste osakaal. Sissetuleku mõju arstiabi kättesaadavusele on aastate jooksul tunduvalt vähenenud.

Pärast Nõukogude liidu lagunemist suurenes Eestis ulatuslikult tööpuudus. Alates 2000. aastast oli töötuse määr Eestis tunduvalt väiksem kui Läänemeres maades ning alates 2004. aastast ka väiksem kui Euroopa liidus keskmiselt. Eestis on töötuse määr olnud järjepidevalt suurem kui Põhjamaades, kuid majandustõusu ajal (2006–2008) langes Eesti töötuse määr peaaegu samale tasemele. Tööpuuduse määra muutumine Eestis on aastate jooksul olnud väga ebastabiilne. Ettevõtete tugev reageerimine majanduskriisile, mis põhjustas kõrge tööpuuduse määra, viitab tööturu vähesele paindlikkusele. Suurima osa töötutest moodustavad noored isikud vanuses 15–24.

Töötuskindlustusmaksed ning töötutoetused moodustavad väikese osa kogu sotsiaalkaitse kulutustest. Majanduskriisi aastatel ning tööpuuduse suurenedes kasvas ka töötutoetust vajavate isikute arv ning töötutoetuste väljamaksete summa. Keskmise kuulise töötuskindlustushüvitise suurus on aastatega järjepidevalt suurenenud. Võttes arvesse aga kõrget töötuse määra, saab järeldada, et kulutused töötuskindlustusele ning töötutoetustele on ebapiisavad. Suurima osa töötute peamisest sissetulekuallikatest moodustavad nende lähedaste sissetulekud. Teisele kohale jäävad muud sissetulekuallikad ning kõige vähem loodetakse abirahadele ning sotsiaal-toetustele. Ligi 60% töötutest hindab oma toimetulekut raskeks.

Eesti peretoetuste süsteemis on kõige rohkem suurenenud aastatega sünni- ja lapse-toetused. Üksikvanema lapsetoetus, koolitoetus ja ajateenija lapsetoetus on jäänud aastate jooksul enamjaolt samale tasemele. Tõusnud on ka vanemahüvitiste määr ning vanemahüvitiste suuruste ülem- ning alampiirid. Kui Põhjamaades jaotatakse sotsiaalkulutused peredele enamjaolt võrdselt rahaliste ja mitterahaliste toetuste vahel, siis Eestis kulutatakse enamus vaid rahalistele toetustele. Peretoetuste osakaalu alusel SKP-st on Eestis võrreldes Põhjamaadega kulutuste osakaal peretoetustele väga madal.

Eestis on pensionäride arv aastate jooksul tõusnud väga palju. Samuti on järjepidevalt tõusnud pensionäride osakaal rahvastikus ning meeste osatähtsus pensionisaajate üldarvus. Suurt tõusu on märgata invaliidsuspensionäride isikute arvus. Hoogsalt on kasvanud on ka hoolekandeteenuste kasutajate arv. Viimase kahekümne aasta jooksul on kõige enam tõusnud vanaduspension – ligi 56 korda. Kõige vähem on suurenenud rahvapensioni summa, mis on 2012. aastaks vaid kuus korda suurem kui oli seda 1992. aastal. Võttes arvesse aga pensionäride osakaalu järjepidevat kasvu ning töövõimetus-pensionäride ning rahvapensioni saajate arvu märkimisväärset suurenemist, on ka pensionite väljamaksete suuruse piisavus kaheldav.

Toimetulekutoetust saanud elanike arv on selgelt mõjutatud riigi majanduslikust olukorrast. Majanduskriisi mõjude tõttu on taotluste arv viimastel aastatel jätkuvalt suurenenud. Kuigi toimetulekutoetust saanud isikute arv on viimase kümnendi jooksul kordades vähenenud, on toimetulekutoetuste piirmäärad tunduvalt tõusnud. Täiendava toetuse suurus elaniku kohta on läbi aastate jäänud suhteliselt madalale tasemele. Kokku oli 2011. aastal toimetulekutoetust saanud peresid ligi kolm korda vähem kui 1997. aastal. Toetust vajavate isikute arvu vähenemine viitab elanike elatustaseme kasvule.

Arenenud heaoluriikidega kõrvutades võib Eestit pidada nii sotsiaaltoetuste suuruste kui ka sotsiaalkaitse jaoks tehtavate kulutuste alusel siiski mahajäänud riigiks. Vaatamata suurele mahajäämusele Põhjamaadest, võib väita, et Eesti sotsiaalkaitse süsteemis on kulutuste suurenemise näol toimunud järjepidev areng. Siinkohal võib järeldada, et kuigi mahajäämus Euroopa arenenud heaoluriikidest on märkimisväärne, näitab Eesti oma arengus jätkusuutlikkust ning potentsiaali parandada oma ühiskonna elanike heaolu.

Käesoleva bakalaureusetöö edasiarendamise võimalusena näeb autor seda, et teoorias klassifitseerida riike vaid konkreetse sotsiaalvaldkonna (nt. tööturg) alusel ning empiirilises osas käsitleda selles valdkonnas toimuvate muutuste mõju heaoluühiskonna arengule Eesti näitel.

VIIDATUD ALLIKAD

1. **Ahn, S.- H.** Pro-welfare politics : a model for changes in European welfare states. Uppsala: Uppsala University, 2000, 267 p.
2. **Aidukaite, J.** The emergence of the post-socialist welfare state: the case of the Baltic states: Estonia, Latvia and Lithuania. Huddinge: Södertörns högskola, 2004, 206 p.
3. **Berger-Schmitt, R., Noll, H. H.** Conceptual Framework and Structure of a European System of Social Indicators. EuReporting Working Paper No. 9, 2000, 73 p.
4. **Cerami, A., Vanhuysse, P.** Post communist welfare pathways: theorizing social policy transformations in Central and Eastern Europe. Basingstoke. New York : Palgrave Macmillan, 2009, 289 p.
5. Eesti Inimarengu aruanne 2010/2011. Eesti Koostöö Kogu, Tallinn, 2011, 224 lk. [http://www.kogu.ee/public/eia2011/EIA_2011.pdf]. 20.12.2011
6. Eesti Töötukassa. Statistika. [<http://www.tootukassa.ee/index.php?id=11328>]. 25.03.2012
7. EMCO Report, Monitoring and analysis of Flexicurity policies. Issue 2, 2009, 41 p. [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3642&langId=en]. 12.02.2012
8. **Erhard, L.** Heaolu kõigile. Tallinn: Steamark, 1998, 285 lk.
9. **Esping-Andersen, G.** The three worlds of welfare capitalism. Princeton: Princeton University Press, 1998, 248 p.
10. **Esping-Andersen, G.** Welfare states in transition : national adaptations in global economies. London: Sage, 1997, 276 p.

11. **Esping-Andersen, G.** Why we need a new welfare state. Oxford : Oxford University Press, 2003, 244 p.
12. Eurostat. Statistics database. Social protection. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database]. 20.03.2012
13. **Gelissen, J.** Worlds of welfare, worlds of consent? : public opinion on the welfare state. Leiden: Brill, 2002, 241 p.
14. Human Development Report 2011. United Nations Development Programme, New York, 2011, 176 p. [http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_Complete.pdf] 05.03.2012
15. **Kallaste, E., Leetmaa, R., Leppik, L., Philips, K.** EU Enlargement and its Impact on the Social Policy and Labour Market of Estonia. – EU Enlargement and its Impact on the Social Policy and Labour Markets of Accession and Non-Accession Countries. The PRAXIS Center for Policy Studies. Sofia, 2003, pp. 77–114, 157–160.
16. **Kennett, P.** A handbook of comparative social policy. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar, 2004, 422 p.
17. **Korpi, W., Palme, J.** The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries. 1998, 56 p.
18. **Lauristin, M.** Social contradictions shadowing estonia's „success story“. Demokratizatsiya. – The Journal of Post-Soviet Democratization, Vol 11. Washington, 2003, pp. 601–616.
19. **Lauristin, M., Vihalemm, P.** Recent Historical Developments in Estonia: Three Stages of Transition (1987-1997). Return to the Western World. Cultural and Political Perspectives on the Estonian Post-Communist Transition. Tartu: Tartu University Press, 1997, pp. 73–126.

20. **Leibfried, S., Mau, S.** Welfare states: construction, deconstruction, reconstruction. Volume I, Analytical approaches. Cheltenham: Elgar Reference Collection, 2008, 697 p.
21. **Leppik, L.** Impact of the EU social policy on a new Member State - reflections on the Estonian case. – Refining the Social Dimension in an Enlarged EU. Edited by E. Paola, A. Savio. Helsinki, Stakes: 2005, pp. 103–108.
22. **Livermore, M., Midgley, J.** The handbook of European welfare systems. Los Angeles, 2009, 606 p.
23. OECD Statistics. Database. [<http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=33817>]. 01.05.2012
24. **Pierson, C., Castles, F. G.** The welfare state : a reader. Cambridge: Polity Press, 2000, 403 p.
25. Sotsiaalvaldkonna arengud 2000–2006. Trendide kogumik. Sotsiaalministeeriumi toimetised nr 2/2008, Tallinn 2008, 144 lk. [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/Trendid2007-mai_1_.pdf]. 01.04.2012.
26. Statistikaamet. Statistika andmebaas. [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/11SOTSIAALNE_KAITSE/11SOTSIAALNE_KAITSE.asp]. 01.03.2012
27. Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. [<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/THressursid/databasetree.asp>]. 02.04.2012
28. The 2011 Legatum Prosperity Index. Database. Legatum Institute, 2011. [<http://www.prosperity.com/prosperiscope/>] 15.03.2012
29. **Ware, A., Goodin, R. E.** Needs and welfare. London: Sage, 1990, 218 p.

LISAD

Lisa 1. Inimarengu indeksid aastatel 1990–2011

Nr	Riik	1990	2000	2005	2009	2010	2011	Järjekorra muutus	Keskmise HDI aastane kasv %	
								2006–2011	1990–2011	2000–2011
	Väga kõrge HDI									
1	Norra	0,844	0,913	0,938	0,941	0,941	0,943	0	0,53	0,29
3	Holland	0,835	0,882	0,890	0,905	0,909	0,910	5	0,41	0,29
7	Iirimaa	0,782	0,869	0,898	0,905	0,907	0,908	–3	0,71	0,40
9	Saksamaa	0,795	0,864	0,895	0,900	0,903	0,905	–2	0,62	0,43
10	Rootsi	0,816	0,894	0,896	0,898	0,901	0,904	–2	0,49	0,09
11	Šveits	0,833	0,873	0,890	0,899	0,901	0,903	1	0,38	0,30
14	Island	0,807	0,863	0,893	0,897	0,896	0,898	–3	0,51	0,36
16	Taani	0,809	0,861	0,885	0,891	0,893	0,895	–2	0,48	0,35
17	Israael	0,802	0,856	0,874	0,884	0,886	0,888	–1	0,49	0,34
18	Belgia	0,811	0,876	0,873	0,883	0,885	0,886	–1	0,42	0,10
19	Austria	0,790	0,839	0,860	0,879	0,883	0,885	1	0,55	0,48
20	Prantsusmaa	0,777	0,846	0,869	0,880	0,883	0,884	–1	0,62	0,40
21	Sloveenia		0,805	0,848	0,876	0,882	0,884	4		0,85
22	Soome	0,794	0,837	0,875	0,877	0,880	0,882	–7	0,51	0,48
23	Hispaania	0,749	0,839	0,857	0,874	0,876	0,878	0	0,76	0,42
24	Itaalia	0,764	0,825	0,861	0,870	0,873	0,874	–3	0,64	0,52
25	Luksemburg	0,788	0,854	0,865	0,863	0,865	0,867	–3	0,45	0,13
27	Tšehhi		0,816	0,854	0,863	0,863	0,865	–1		0,53
28	Ühendatud Kuningriigid	0,778	0,833	0,855	0,860	0,862	0,863	0	0,50	0,33
29	Kreeka	0,766	0,802	0,856	0,863	0,862	0,861	–5	0,56	0,64
31	Küpros	0,747	0,800	0,809	0,837	0,839	0,840	5	0,56	0,44
34	Eesti	0,717	0,776	0,821	0,828	0,832	0,835	–2	0,73	0,66
35	Slovakkia	0,747	0,779	0,810	0,829	0,832	0,834	0	0,53	0,62
36	Malta	0,753	0,799	0,825	0,827	0,830	0,832	–3	0,48	0,37
38	Ungari	0,706	0,775	0,803	0,811	0,814	0,816	0	0,70	0,48
39	Poola		0,770	0,791	0,807	0,811	0,813	2		0,50
40	Leedu		0,749	0,793	0,802	0,805	0,810	0		0,70

Lisa 1 järg.

43	Läti	0,693	0,732	0,784	0,798	0,802	0,805	-1	0,72	0,87
46	Horvaatia		0,748	0,780	0,793	0,794	0,796	0		0,57
	Kõrge HDI									
50	Rumeenia	0,700	0,704	0,748	0,778	0,779	0,781	2	0,52	0,95
55	Bulgaaria	0,698	0,715	0,749	0,766	0,768	0,771	0	0,48	0,68
65	Valgevene			0,723	0,746	0,751	0,756	1		
66	Vene Föderatsioon		0,691	0,725	0,747	0,751	0,755	-1		0,81
68	Kasahstan		0,657	0,714	0,733	0,740	0,745	2		1,15
70	Albaania	0,656	0,691	0,721	0,734	0,737	0,739	-1	0,57	0,61
75	Gruusia			0,707	0,724	0,729	0,733	1		
76	Ukraina	0,707	0,669	0,712	0,720	0,725	0,729	-3	0,15	0,78
78	EJV Makedoonia			0,704	0,725	0,726	0,728	1		
86	Armeenia		0,643	0,689	0,712	0,714	0,716	-3		0,99
91	Aserbaidžaan					0,699	0,700			
	Keskmine HDI									
111	Moldova		0,586	0,631	0,638	0,644	0,649	-2		0,92
115	Usbekistan			0,611	0,631	0,636	0,641	2		
126	Kirgiisi Vabariik		0,577	0,595	0,611	0,611	0,615	-1		0,59
127	Tadžikistan		0,527	0,575	0,600	0,604	0,607	-1		1,30
	Väga kõrge HDI keskmine	0,810	0,858	0,876	0,885	0,888	0,889		0,44	0,33
	Euroopa ja Kesk-Aasia keskmine	0,680	0,695	0,728	0,744	0,748	0,751		0,47	0,71

Allikas: Human Development Report 2011

Lisa 2. Legatumi jõukuse ja heaolu indeks aastal 2011

Jrk nr	Riik	Majandus	Ettevõtlikkus ning võimalused	Riigi valitsemine	Haridus	Tervis	Ohutus ja turvalisus	Isiklik vabadus	Sotsiaalne kapital
1	Norra	3,34	3,32	3,1	2,8	2,91	3,84	3,66	4,47
2	Taani	2,72	3,88	3,91	2,72	2,22	3,04	3,49	4,32
5	Rootsi	3,02	3,85	3,67	2,43	2,53	3,21	3,27	3,44
7	Soome	2,67	3,5	3,54	3,05	2,44	3,58	2,39	3,58
12	Island	-0,16	3,38	2,5	2,64	2,92	3,93	3,37	3,11
15	Saksamaa	2,86	3,01	2,43	1,73	2,79	2,18	2,48	2,04
28	Poola	0,89	0,93	0,73	1,8	1,46	1,99	0,92	1,21
33	Eesti	1,03	1,89	1,71	1,32	1,07	1,26	-0,68	0,13
44	Leedu	-1,04	0,79	0,3	1,48	0,98	1,24	-0,78	-0,39
51	Läti	-0,84	1,01	0,35	1,47	0,88	0,45	-1,21	-1,57
59	Venemaa	-0,16	0,38	-2,05	1,44	0,88	-1,41	-1,42	0,12

Allikas: Legatum Prosperity Index 2012

Lisa 3. Keskmised peretoetused liigi järgi aastatel 2000 2011

	Sünni- toetus esimesele lapsele	Sünni- toetus teisele ja igale järgmisele lapsele	Sünni- toetus mitmikele	Lapse- toetus esimesele lapsele	Lapse- toetus teisele lapsele	Lapse- toetus kolmandale ja igale järgmisele lapsele	Üksik- vanema lapse toetus	Aja- teenija lapse toetus	Kooli- toetus
2000	236,22	188,54	232,32	9,59	14,38	19,17	18,28	45,7	28,76
2001	239,67	191,35	239,54	9,59	14,38	19,17	19,17	44,35	28,76
2002	239,67	191,61	239,03	9,59	19,17	19,17	19,17	46,72	28,76
2003	239,67	191,73	239,67	9,59	19,17	19,17	19,17	47,93	28,76
2004	239,67	191,73	239,67	19,17	19,17	19,17	19,17	47,93	28,76
2005	319,56	319,56	319,56	19,17	19,17	19,17	19,17	47,93	28,76
2006	319,56	319,56	319,56	19,17	19,17	19,17	19,17	47,93	28,76
2007	319,56	319,56	319,56	19,17	19,17	57,52	19,17	47,93	28,76
2008	319,56	319,56	319,56	19,17	19,17	57,52	19,17	47,93	28,76
2009	319,56	319,56	319,56	19,17	19,17	57,52	19,17	47,93	–
2010	319,56	319,56	319,56	19,17	19,17	57,52	19,17	47,93	–
2011	320	320	320	19,18	19,18	57,54	19,18	47,94	–

Allikas: Statistikaamet 2012

Lisa 4. Riiklik pensionikindlustus aastatel 1992–2000

	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Pensionärid kokku	374208	382722	376236	374308	370531	366876	371583	371354
Pensionäride osatähtsus rahvastikus, %	24,1	25,9	26	26,3	26,4	26,3	26,9	27,1
Vanaduspensionärid	300389	308294	302099	297043	291133	286198	288645	284327
Väljateenitud aastate pensioni saajad	7759	5930	4168	3812	3783	3567	3312	3240
Invaliidsuspensionärid	46034	50004	52339	55250	57636	59938	62522	66814
Toitjakaotuspensioni saajad (perekonnad)	16567	16152	15810	16104	15852	15267	15338	15318
..töövõimetud pereliikmed, kellele on määratud pension	20645	20691	21283	22529	22765	22476	22887	23256
Rahvapensioni saajad	0	2259	1787	2093	2126	1906	1766	1655
Keskmine riiklik kuupension	83	359	586	879	1037	1096	1453	1459
Keskmine vanaduspension	85	373	612	930	1100	1160	1540	1551
Keskmine invaliidsuspension	80	306	482	689	809	863	1143	1141
Toitjakaotuspensioni suurus keskmiselt pereliikme kohta	55	212	372	490	592	637	838	843
Rahvapension	0	255	360	451	554	595	800	800

Allikas: Statistikaamet 2012

Lisa 5. Eesti riiklik pensionikindlustus aastatel 2001 2012

	2001	2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012
Pensionärid kokku	366654	370588	375481	377133	379106	386330	395749	404525
Pensionäride osatähtsus rahvastikus, %	26,8	27,3	27,9	28,1	28,3	28,8	29,5	30,2
Meeste osatähtsus pensionisaajate üldarvus, %	34,3	35,6	36,3	36,7	36,8	37,4	37,7	38,4
Vanaduspensionärid	297363	296836	294736	291580	290967	292343	296199	297985
Väljateenitud aastate pensioni saajad	3369	2839	2821	2908	2683	2632	2568	2555
Töövõimetuspensioni saajad	43394	51339	59174	65497	70024	76662	82590	90093
100% töövõimekaoga töövõimetuspensioni saajad	4449	6644	7830	8620	9001	9655	9661	9941
80-90% töövõimekaoga töövõimetuspensioni saajad	23994	23636	24890	25466	25656	27435	28425	29604
40-70% töövõimekaoga töövõimetuspensioni saajad	14951	21059	26454	31411	35367	39572	44504	50548
Toitjakaotuspensioni saajad (perekonnad)	15712	8183	9312	9537	8724	8539	8272	7642
Töövõimetuspereliikmed, kellele on määratud pension	21936	11960	13131	12982	11554	11309	10828	9953
Rahvapensioni saajad	6816	11391	9438	7611	6708	6154	6120	6250
Keskmine kuupension, eurot	93,36	107,84	133,56	180,14	262,26	273,24	272,43	269,4
Keskmine vanaduspension, eurot	99,21	117,1	147,13	199,98	291,07	304,71	304,91	303,86
Keskmine töövõimetuspension, eurot	67,59	70,97	87,4	117,7	172,73	180,23	179,06	176,03
Keskmine toitjakaotuspension pere kohta, eurot	72,73	65,88	72,59	95,35	139,75	146,53	150,91	146,64
Keskmine toitjakaotuspension pereliikme kohta, eurot	52,09	45,08	52,51	70,56	105,59	110,76	113,94	112,08
Keskmine rahvapension, eurot	60,96	66,67	63,09	69,32	98,37	103,09	106,09	101,9

Allikas: Statistikaamet 2012

Lisa 6. Toimetulekutoetuste suurus ja saajate arv Eestis aastatel 1997-2011

	Rahuldatud taotluste arv toimetulekupiiri tagamiseks 1000 elaniku kohta	Toimetulekutoetust saanud perekondade arv	Toetused elaniku kohta kokku, eurot	Toetus toimetulekupiiri tagamiseks elaniku kohta, eurot	Täiendav toetus elaniku kohta, eurot
1997	419	70861	17,8	13,2	4,6
1998	397	65091	18,1	12,8	5,3
1999	374	64930	14,9	13,4	1,5
2000	344	65428	14,0	13,5	0,4
2001	324	70417	16,6	16,6	0,1
2002	283	69346	16,4	15,3	1,0
2003	231	51114	15,3	14,5	0,8
2004	159	33232	11,1	10,2	0,8
2005	129	26752	12,0	9,8	2,1
2006	84	19229	9,1	6,5	2,7
2007	54	12972	6,5	4,5	2,0
2008	44	11391	5,8	4,3	1,5
2009	81	20149	9,1	8,6	0,4
2010	125	–	15,6	15,5	0,1
2011	122	24332	18,1	18,0	0,1

Allikas: Statistikaamet 2012

SUMMARY

WELFARE SOCIETY AND ITS DEVELOPMENT IN ESTONIA

Teele Mark

National governments pursue the objective of ensuring the effective functioning of their society by guaranteeing its citizens both social and economic security. People, their needs and wishes are the priority. To ensure society's sustainable development stable economic growth and welfare for its citizens must be achieved. Thanks to scientific and technological developments, people have greater opportunities to improve their quality of life. The overall feeling of well-being and social security is one of the key indicators of people's quality of life. The topic of this thesis is timely, because economic and social changes affect constantly the development of welfare societies.

Nearly twenty years ago Estonia was liberated from Soviet Union and got back its independence. Within these twenty years Estonia has managed to outpace nearly half a century of occupation and has become one of the progressive and developing European countries. Globalization and the emergence of unions are increasing economic disparity between developed and developing countries with each year. Most developed countries have already achieved social welfare, but in most developing countries reaching to the same level will take a long time.

Given bachelor's thesis objective is to assess the development of welfare society in Estonia – evaluate Estonia's current achievements and point out the fields that are in need of changes. In other words, what is the Estonian's model of welfare state and have the steps taken been enough to ensure an adequate and functioning social protection system. Based on the welfare society's concept, the author analyzes the enabling and development of social security in Estonia using statistical comparative analysis method. To achieve this objective, the author has set the following research tasks:

- explain the concept of the welfare society;
- describe different of models of welfare societies and social services;
- find possible trends for the future of welfare society;
- assess the overall development of Estonia by comparing Estonia to other European countries;
- provide an overview of Estonia's social protection system's structure and the government's expenditure on social protection;
- analyze the Estonian's social security system, and the changes through the years.

Welfare society is developed when the ensuring the population's well-being and increasing the living standards is an important part of the state activities objective and the populations overall economic and social security is obtained. Welfare state can be defined as state obligations to ensure the welfare of its citizens with an adequate level of services, allowing them to enjoy both political and social rights. In addition the objective of the welfare state is to reduce social risks that are associated with free market and human life cycle.

This thesis compared the different models of welfare states, social institutions and social services. Countries are divided into three major groups: the social democratic Scandinavian countries, conservative Continental Europe countries and the liberal U.S., Canada, Australia. The Scandinavian countries apply the principles of universality and solidarity widely. The state is the main supervisor for welfare and the public offering of services is extensive. High taxes are imposed. Social benefits are distributed on the basis of nationality. Social benefits are granted to all, regardless of their income or social status.

Continental European countries pay more attention to tradition, nationalism and Christian morality. Unlike in the Scandinavian countries, labor relations are very important. Taxes are mainly medium-sized, and based on people's income. In U.S., Canada and Australia the role of the state is the least important. In those countries taxes are low and income based, social benefits are distributed on the basis of proven need. Only the minimum conditions necessary for survival are provided by the state.

Assessment of future prospects for welfare society is clearly distinguishable by two directions - pessimistic and optimistic view. According to the pessimistic view the increase of the welfare state's social security expenditure reduces savings, negatively affects private investment and prevents the flexible operation of private enterprises. Human needs, their continuous growth and changes in traditional family model increase social risks and reduce resources. It is considered necessary to develop new or revised forms of the existing welfare systems, enabling to predict the future and take into account the dynamics of citizens' life chances.

According to welfare society's optimistic view the activity of welfare state is an inevitable part of modern and developed societies due to democratic elections and the increasing role of individual interests. Welfare society is an irreversible phenomenon. This is only a stage of reconstruction, not a crisis.

Estonia's overall progress and its position among other European countries are assessed by the Global Human Development index and Legatum Prosperity index. Having used these indicators, the following conclusions have been made:

- Estonia has a good position compared to the other Baltic states and European transition countries on the basis of social development ;
- Estonia is falling behind the Nordic countries and the developed European countries;
- Education, particularly higher education, is comparable to the level of education in the western countries;
- the fields that are in need of improvement are the population's income level, health (including life expectancy), gender inequality and the country's economic growth;
- Estonia's residents estimate the overall life satisfaction, safety and security at both national and personal level to be average;
- Estonia's governance is good, but Estonian citizens are not completely satisfied;
- Estonian residents' access to supporting social networks is very low.

Estonia's social protection system has similarities with the liberal, social democratic and conservative model. Similarly to the liberal model, benefits are granted predominantly

to citizens with low-income. Welfare benefits guarantee the minimum conditions necessary for life. Estonia is characterized by low supply of public services and relatively high levels of inequality and poverty. Ensuring welfare and decent standard of life is the individuals' own responsibility. As in the conservative countries, Estonia has also social security schemes that are based on labor relations. Like in the social democratic Scandinavian countries, social benefits are provided universally in Estonia. Most of the social benefits do not depend on the families' economic status.

Based on social expenditure, Estonia is considered to have a very weak position compared to the advanced European welfare states. Although Estonia's social protection expenditure per capita has grown more than three times since 1999, the difference with social democratic Nordic countries is extensive. Estonia has one of the lowest levels of social security expenditure among the 27 EU member countries. The largest share of social expenditure in Estonia goes to pensions and health care. The extent of social expenditure has steadily increased over the years. Even at the time of financial crisis the decline was not very extensive.

In Estonia health care is primarily financed by government. In general, the government's share has been stable, which indicates a permanent priority of health policy. Total health expenditure per capita has increased by almost three times in 1999-2010. The largest share of total health care expenditure is used on medical services. The percentage of ambulatory patients', rehabilitation's, health administration's and health insurance expenditure has decreased over the years. The percentages of nursing and health care support services have increased. The affect of income to the accessibility of medical care has significantly decreased.

After the collapse of the Soviet Union unemployment in Estonia grew extensively. Since 2000 the unemployment rate in Estonia was significantly lower than in the Baltic Sea countries and since 2004 it was lower than the EU average. In Estonia, the unemployment rate was consistently higher than in the Nordic countries, but at the time of economic growth (2006-2008) the Estonian unemployment rate fell almost to the same level. Changes in the unemployment rate have been very unstable. The largest share of unemployed consists of young people aged 15-24.

Unemployment benefits represent a very small part of total social protection expenditure. Monthly average unemployment insurance benefit has increased consistently over the years. However, taking into account the high level of unemployment, it can be concluded that the expenditure on unemployment benefits is inadequate. Unemployed citizens mostly rely on their family for financial support. People rely on social benefits and support the least. Nearly 60% of unemployed people assess their ability to cope to be with difficulties.

In Estonia's family benefits system birth and child support benefits have increased the most. Single parent's child support, education support and soldier's child support has remained largely unchanged over the years. Also the upper and lower marginal rates of family benefits have increased. In the Nordic countries, social expenditure allocated to families is in most part equally distributed between financial contributions and social services. In Estonia most of the expenditure is spent on financial support. In Estonia the percentage of family benefits of GDP is very low.

In Estonia, the number of pensioners has increased extensively over the years. The proportion of male pensioners and the total percentage of pensioners in the population have also consistently grown. There is especially a significant increase in the amount of disability pensioners and social care services users. Over the past twenty years, retirement pensions have increased almost 56 times. The national pension is today only six times higher than it was in 1992. However, taking into account the continuous increase of the amount of pensioners, especially of disability pensioners, the adequacy of pension payments is doubtful.

Due to economic crisis, the number of income support requests in recent years has continued to rise. Although the number of persons receiving income support has reduced several times over the last decade, the moderate rates of income benefits have raised. The amount of families receiving income support was in 2011 nearly three times smaller than in 1997. The decrease of income support needed by families indicates growth in living standards.

For further development of this thesis the author suggests classifying welfare states on the basis of a specific social field (e.g., labor market) and analyzing its impact on the changes in the welfare society development in Estonia.