

# Hooliva riigi poole

Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks  
ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks

Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma  
lõpparuanne



Euroopa Liit  
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti  
tuleviku heaks

30. november 2017

Töö tellija: Riigikantselei

## Sisukord

<b>Kokkuvõte .....</b>	<b>3</b>
<b>Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma ülesanne ja tööprotsess .....</b>	<b>7</b>
<b>Pikaajalise hoolduse mõiste ja poliitikasuuniste põhimõtted .....</b>	<b>9</b>
<b>Maailmapanga poolt koostatud hetkeolukorra analüüs ja soovitused Eestile pikaajalise hoolduse süsteemi arendamisel .....</b>	<b>11</b>
<b>Poliitikasuunised .....</b>	<b>17</b>
<b>I. Pikaajalise hoolduse poliitika juhtimine.....</b>	<b>18</b>
<b>II. Pikaajalise hoolduse teenuste ühtlane kättesaadavus ja kvaliteet .....</b>	<b>19</b>
<b>III. ja IV. Integreeritud ja inimesekeskne pikaajaline hooldus.....</b>	<b>24</b>
<b>V. Suurem tugi omastehooldajatele .....</b>	<b>30</b>
<b>VI. Paremad eeldused vabatahtlike ja kogukonna kaasamiseks .....</b>	<b>33</b>
<b>Ettepanekud järgnevateks sammudeks .....</b>	<b>36</b>
<b>Lisad .....</b>	<b>40</b>
<b>Lisa 1. Rakkerühma töö käigus loodud materjalid .....</b>	<b>40</b>
<b>Lisa 2. Ideid koostööd toetava rahastamise ja koosrahastamise võimaluste edasiarendamiseks .....</b>	<b>40</b>
<b>Lisa 3. Integratsiooni takistavad tegurid .....</b>	<b>43</b>

## Kokkuvõte

### Mida rakkerühm tegi?

2015. aasta detsembris loodi valitsuse otsusega kaheaastase tegutsemistähtajaga hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm, et selgitada välja pikaajalise hoolduse valdkonna probleemid ja töötada välja lahendused. Rakkerühma liikmed olid ministriumide, riigikogu, omasteholdajate, omavalitsusüksuste, teenuseosutajate, ülikoolide ja mitme teise organisatsiooni esindajad. Rakkerühm kohtus ekspertide ja sidusrühmadega, tellis Maailmapangalt mahuka uuringu, korraldas rahvusvahelisi kogemusi tutvustava seminari, lasi koostada ülalpidamiskohustuse õigusselguse analüüsi ja juhised kohaliku omavalitsuse üksustele (edaspidi KOV). Kogutud materjalide põhjal koostati poliitikasuunised, mille abil tuleb hakata ette valmistama pikaajalise hoolduse süsteemi reformi.

### Mis on pikaajaline hooldus?

Pikaajaline hooldus on hooldus inimestele, kes vajavad igapäevaelu korraldamisel abi pikema aja jooksul, kuna nende füüsilised või vaimsed võimed või töövõime on vähenenud. Pikaajaline hooldus sisaldab endas tervishoiuteenuseid, isikuhooldust ja inimese igapäevast toimetulekut toetavaid teenuseid, mida pakutakse eesmärgiga:

- leevendada ja vähendada valu, juhtida terviseseisundi kulgu, pidurdada ja vältida selle halvenemist;
- pakkuda isikuhooldust igapäevategevustes, nagu söömine, pesemine, riietumine jm;
- abistada iseseisva toimetuleku võimaldamiseks igapäevaste toimingute juures nagu toidu valmistamine, poes käimine ja igapäevaste rahaasjade korraldamine jm.

Pikaajalise hoolduse teenuseid pakutakse nii tervise- kui ka sotsiaalvaldkonna asutustes (haiglad, sotsiaalhoolekandeesutused) ja kodus (koduõendus, koduteenus jt). Inimesi hooldavad formaalsed hooldajad (õed, hooldustöötajad) või mitteformaalsed hooldajad ehk omasteholdajad (abikaasad, lapsed, vanemad, lähedased).

Pikaajalise hoolduse teenuste vajajad on eakad, tööealised puudega ja erivajadusega inimesed ning puudega lapsed, samuti inimesed, kellel on haigusseisundi raskusest tulenevalt vajadus (pikaajalise) hoolduse järele, kuid kellel ei ole tuvastatud puude raskusastet.

### Millised on praegused murekohad?

**Omasteholdajatele langeb ebaproportsionaalselt suur hoolduskoormus.** Eestis on hoolduskohustus ligikaudu 30 000 naisel ja 17 000 mehel. Omasteholdajate koormus on suur nii hoolduse pakkumisel kui ka hooldusteenuste eest tasumisel. Inimesed jäävad hoolduskoormuse tõttu tööturul eemale (tööjõu-uuringu andmetel on 8000 inimest tööturul eemal ja 5000 töötab osaajaga) või on lisaks täisajaga töötamisele koormatud oma lähedaste hooldamisega. Suur hoolduskoormus mõjutab hooldaja enda tervist ning hooldaja võib koormuse tõttu saada ise hooldatavaks. Selline olukord ei taga hooldajate ja hooldatavate inimväärikust ning lisaks tekitab riigile kaudseid kulusid – saamata jääv maksutulu, lisakoormus tervishoiusüsteemile, inimeste toimetuleku rahaline toetamine jne.

Pereliikmete suur hoolduskoormus ja vastutus on tingitud **avaliku sektori vähestest kulutustest pikaajalisele hooldusele** – avaliku sektori kulutused on Eestil näiteks kaks korda väiksemad kui Saksamaal ja ligi üheksa korda väiksemad kui Norral. Suurem osa pikaajalise hoolduse eelarvest kulub institutsionaalsele hooldusele. Kodus osutatavate hooldusteenuste ebapiisava arendamise ning kodupõhiste ja muude sotsiaalteenuste vähese kättesaadavuse tõttu satuvad tervishoiuteenustelt koju saadetud patsiendid kiiresti tagasi tervishoiusüsteemi või jäävad suuresti abita. Lisaks on välja arendamata ööpäevaringsete koduteenuste süsteem lühiajalise intensiivsema hoolduse või omastehooldajatele puhkuse võimaldamiseks. **Teenuste ebapiisava kättesaadavuse ja vähese rahastamise tõttu saab teenuseid praegu vaid kolmandik pikaajalise hoolduse vajajatest.**

Pikaajalise hoolduse teenuste **rahastamisel on peamine vastutus inimestel endil**, seda suuresti sotsiaalteenuste avaliku sektori poolse ebapiisava rahastamise tõttu. Seega sõltub teenuste kättesaadavus üha enam teenusekasutaja maksevõimest, mis viib teenuste kasutamisest tingitud vaesumise riski kasvule. Viimastel aastatel on eakatele pakutavate kodupõhiste teenuste kättesaadavus vaevu laienenud, hoolimata sellest, et kodupõhiste teenuste ühikukulu on võrdlemisi madal. Kodupõhiste teenuste piiratud pakkumine ning inimeste raskemad tervises seisundid on viinud suurema nõudluseni üldhooldusteenuse järele. Enamik eakaid katab üldhooldusteenuse kulud riigi poolt makstavast pensionist, millest ei piisa tihti isegi kõige odavama hoolekodu eest tasumiseks.

Pikaajalise hoolduse korraldamine, rahastamine ja osutamine on **killustunud nii sotsiaal- ja tervishoiusektori kui ka riigi ja kohaliku omavalitsuse tasandi vahel**, teenuste planeerimise ja osutamise koordineerimine on puudulik. See väljendub ka sarnase sisuga kodupõhiste ja kogukonnateenuste (koduõendus ja isikuabi- ning koduteenused) ning institutsionaalse hoolduse (üldhooldekodu ja õendushaigla) paralleelses pakkumises. Lisaks on sotsiaal- ja tervisevaldkonnas erinevad rahavood, administratiivsed protseduurid, IKT infrastruktuur, professionaalsed normid, spetsialistide sotsiaalne staatus, töötingimused ja –nõuded ning koostöö. Info liikumine sotsiaal- ja tervise sektori ning süsteemi osaliste vahel on kõigil tasanditel puudulik. **Hoolduse korraldamine ei ole inimesekeskne ja koordineeritud.** Hooldusvajaduste hindamine on ebaühtlane, erinevate spetsialistide poolt tehtud hindamisi ei käsitleta koostöös ning puuduvad standardiseeritud hindamisvahendid, mis võimaldaksid suunata inimest tema vajadusele vastavale teenusele sotsiaal- või tervise sektoris.

Kohalike omavalitsuste sotsiaalteenuste osas ühtsete juhiste ja täpsemate kriteeriumide puudumine, killustunud ja koordineerimata teenuseosutamine ning ebapiisav rahastus on toonud kaasa **samasuguse teenusevajadusega inimeste ebavõrdse kohtlemise.** Hooldajatoetuse määramise alused ja suurus, osutatavate teenuste pakett ja teenusesaajate ring on üleriigiliselt erinevad. Regioonide ebaühtlase arengu tõttu on omavalitsuste majanduslik võimekus erinev, kuid sellest sõltub, kui palju, milliseid teenuseid ja kelle jaoks nad rahastada saavad. Teenuste ebapiisava rahastamise on tinginud ka omavalitsuste tasandil tehtud poliitilised valikud, kus ei prioritseerita sotsiaalhoolekannet.

Praegune hooldusteenuste korraldamise ja osutamise mudel ei arvesta **eakate ning keerukate hooldusvajadustega inimeste arvu suurenemisega.** Euroopa Komisjoni vananemise raporti (2015) hinnangul suurenevad Eesti kulutused pikaajalisele hooldusele 2013-2060 aastatel 0,6%-lt kuni 1,3%-ni, kui arvestada vaid puhtalt demograafilist mõju. Haigestumust, haavatavust ja neist johtuvat rahvastiku vajadust hoolduse järele saab leevendada tõhus pikaajalise hoolduse poliitika. Üle 65-aastased eestlased vajavad rohkem kui nende ELi eakaaslased abi igapäevatoimetustega, neil on

rohkem liikumispiiranguid ja suurem kehamassiindeks. Märkimisväärselt sai Eesti kõigi eagruppide koondarvestuses (sh noored täiskasvanud ja lapsed) ELi keskmisest madalama tulemuse selliste inimeste arvestuses, kes teatasid ühest või rohkemast raskusest igapäevatoimingute teostamisel.

Kokkuvõtvalt asetab Eesti praegune pikaajalise hoolduse korraldus pereliikmetele ja lähedastele ebaproportsionaalselt suure hoolduskoormuse, on ebaõiglane ja sotsiaal- ja tervisesektori vahel killustunud.

### **Kuhupoole liikuda?**

**Pikaajalise hoolduse korraldust tuleb reformida, et vähendada hoolduskoormust ja tagada hooldusvajadusega inimestele ühtlase kättesaadavuse ja kvaliteediga integreeritud teenused ning inimesekeskne hoolduse korraldus. Hoolduskoormuse leevendamiseks tuleb kaasata kogukonda ning pakkuda omasteholdajatele suuremat tuge.**

Lähtuda tuleb põhimõttest, et hooldusvajadusega inimestel on **õigus elada täisväärtuslikku ja iseseisvat elu**. Suure hooldusvajadusega inimestele tuleb tagada nende vajadusest lähtuv abi ja hooldus ning nende iseseisvat toimetulekut tuleb toetada eeskätt nende tavapärasel elukeskkonnas ehk kodus ja vajadusel asutusepõhiselt. Inimesekeskne hooldus tähendab mõtteviisi ning tegevusi, milles käsitletakse tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid kasutavaid inimesi kui partnereid tegevuste planeerimisel, arendamisel ja jälgimisel, et tagada teenuste vastavus inimeste vajadustele ning tulemuslikkus.

Pikaajalise hoolduse vajaja seisukohalt oleks ideaalne süsteem inimesekeskne - abi tuleks pakkuda vastavalt inimeste vajadustele ning teenused oleksid rahaliselt kättesaadavad. Riigi seisukohast on ideaalne süsteem selline, kus teenused jõuavad inimesteni tõhusalt ja võrdselt, tagades seeläbi kulutuste otstarbekuse ning fiskaalse jätkusuutlikkuse.

### **Kuidas sinna liikuda?**

Pikaajalise hoolduse **reformil on vaja selget vastutajat ja eestvedajat**. Sotsiaalministeeriumil tuleb määrata selge pikaajalise hoolduse poliitika juhtija koos mandaadiga koordineerida tegevust sotsiaal- ja tervisevaldkonna üleselt ning moodustada meeskond reformi ettevalmistamiseks ja elluviimiseks. Sotsiaalministeeriumi juurde tuleb moodustada ka sidusrühmade esindajatest koosnev tööühik, kes jälgib reformi elluviimist, annab poliitikakujundajatele nõu ning seisab huvirühmade vajaduste eest.

**Tagada pikaajalise hoolduse teenuste parem ja ühtlasem kättesaadavus ning kvaliteet.** Teenuste kättesaadavuse ja võrdse kohtlemise tagamiseks on vajalik suurendada avaliku sektori rahastust, suunates täiendavaid vahendeid kohalikele omavalitsustele pikaajalise hoolduse teenuste suuremahulisemaks osutamiseks. Õigusruumi korrastamisel tuleb määratleda pikaajalise hoolduse põhimõisted, ühtsed hooldushüvitise maksmise ja pereliikme hooldajaks määramise alused, tagada ühtsed kohustuslikud miinimumnõuded kohaliku omavalitsuse teenustele. Inimeste vajaduste ja saadud teenuste kohta tuleb kohalikul tasandil koguda digitaliseeritud andmeid. Avalik sektor peab välja arendama ja rakendama ühtsed raamistikud ja mehhanismid, millega analüüsida pikaajalise hoolduse vajadusi, jälgida teenuste osutamist, mõju ja tasustada häid tulemusi. Arendada tuleb IKT võimalusi hoolduse pakkumisel ja inimeste iseseisva toimetuleku toetamisel.

Killustatuse ja dubleerimise vähendamiseks tuleb **integreerida sotsiaal- ja tervisevaldkonda**, et parandada inimeste toimetulekut ja pakkuda tulemuslikumat abi. Integreerimine puudutab

seadusandlike ja regulatiivsete piirangute vähendamist ja ühiste eesmärkide sõnastamist, andmete standardiseerimist ja andmetele vastastikku ligipääsu võimaldamist ning teenuste koostööd toetavat ja koosrahastamist<sup>1</sup>.

Inimkesksete teenuste pakkumiseks on vaja **arendada teenuseosutamise koordineeritust**. Inimeste hooldust tuleb paremini korraldada – kaaluda hoolduskoordinaatori rolli loomist, uusi teenuste rahastamismudeleid ja teenuste integreeritud osutamist, standardiseeritud hindamisraamistike juurutamist pikaajalise hoolduse vajaduse hindamiseks.

**Omasteholdajad** jäävad lähitulevikus endiselt pikaajalise hoolduse süsteemi oluliseks osaks, mistõttu tuleb **pakkuda neile suuremat tuge**, et vähendada hoolduskoormuse negatiivset mõju hooldajate tervisele ning sotsiaalsele ja majanduslikule toimetulekule. Samas tuleb silmas pidada, et pereliikme määramine ametlikuks hooldajaks ja selle eest hooldushüvitise maksmine saab olla erandlik meede ning eeskätt tuleb tagada pikaajalise hoolduse teenuste suurem kättesaadavus. Pereliikmete määramine ametlikuks hooldajaks ja selle eest hooldushüvitise maksmine peab olema korraldatud ja rahastatud üleriigiliselt ühtsetel alustel ning paremini eesmärgistatud. Omasteholdajatele on vajalik korraldada kvaliteetse info edastamist pikaajalise hoolduse korralduse, teenuste ja muu abi kohta. Hooldusvajadusega inimestele ja nende lähedastele tuleb võimaldada nõustamist ning koolitusi (näiteks hooldusvõtete õppimiseks).

**Kaasata kogukond ja vabatahtlikud** pikaajalise hoolduse pakkumisse. Avalikul sektoril tuleb luua raam, et oleks selge, kuidas ja kus on võimalik vabatahtlikul panustada. See tähendab, et kindlaks tuleb määrata vabatahtlike kaasamise põhimõtted ja viisid, planeerida vahendid nende koolitamiseks ja arendamiseks, muuhulgas toetada lahendusi, et ka omasteholdajad saaksid aktiivselt kogukonnas osaleda.

**Hooldusvajaduse teket ja süvenemist peab ennetama**, selleks tuleb arendada ning rakendada tervise- ja sotsiaalpoliitika meetmeid nii tervena elatud eluaastate pikendamiseks kui ka juba tekkinud terviseprobleemide süvenemise vähendamiseks. Tõhustada tuleb rehabilitatsiooni ja taastusravi teenuste osutamist. Juba tekkinud hooldusvajaduse süvenemist saab ennetada õigeaegselt ja adekvaatselt inimeste hooldusvajadusele vastamisega, samuti inimesekeskse hoolduse koordinatsiooni ja tulemuslike integreeritud teenuste osutamise kaudu.

**Pikaajalise hoolduse reformimine peab olema terviklik ning muudatusi tuleb teha süsteemi erinevates osades paralleelselt**. Järgmised sammud peavad looma eeldused parema ja tõhusama süsteemi poole liikumiseks. Selleks tuleb tagada reformi hea juhtimine, korrastada õigusruum, parandada andmete kogumist ja infovahetust, hinnata inimeste vajadusi terviklikult, koordineerida hoolduse korraldamist ning luua võimalused kogukonna ja vabatahtlike kaasamiseks. Ettepanekud järgnevate sammude kohta on tehtud käesoleva poliitikasuuniste dokumendi lõpus.

---

<sup>1</sup> Siin ja edaspidi on teenuste koostööd toetava ja koosrahastamise all peetud silmas sotsiaal- ja tervisevaldkonna pikaajalise hoolduse teenuste rahastamise lõimimist ja rahavoogude ühtlustamist teenuste efektiivsemaks korraldamiseks ning koostoime suurendamiseks (i.k. *pooled funding*). Täpsemad suunised on 3. alapunktis, kus käsitletakse sotsiaal- ja tervisevaldkonna integratsiooni, ning lisas 3.

## Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma ülesanne ja tööprotsess

Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm loodi Vabariigi Valitsuse 3. detsembri 2015. aasta protokollilise otsusega. Rakkerühma eesmärk oli määrata kindlaks lähedaste hooldamisega seotud probleemid ning töötada välja inimeste vajadustest lähtuvad lahendused.

**Rakkerühma liikmed:** Sotsiaalministeerium, Rahandusministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Riigikantselei, Eesti Haigekassa, Sotsiaalkindlustusamet, MTÜ Eesti Puuetega Inimeste Koda, MTÜ Eesti Omastehooldus, MTÜ Eesti Sotsiaalasutuste Juhtide Nõukoda, Eesti Linnade Liit, Eesti Maaomavalitsuste Liit, Tartu Linnavalitsus, Teenusmajanduse Koda, MTÜ Sotsiaalsete Ettevõtete Võrgustik, Eesti Õdede Liit, MTÜ Eesti Perearstide Selts, Reeli Sirotkina (sotsiaaltöö lektor, Tartu Ülikool/Tallinna Ülikool), Tiina Kangro (Riigikogu liige).

### Rakkerühma ülesanded:

- 1) Selgitada välja probleemid sotsiaal- ja tervishoiuteenuste pakkumises ja hooldusvajaduse ennetamisel, mis viivad ülemäärase hoolduskoormuse tekkele. Probleemid selgitatakse välja erinevate sihtrühmade kaupa (puudega täisealised, puudega lapsed (sh lapsed, kes täisealiseks saanuna on jäänud pereliikme hoole alla), eakad), võttes arvesse kohalike omavalitsuste erinevusi ja planeeritavat haldusreformi, teenuste kättesaadavust ja rahastust, hinnates valdkondade vahelist koostööd ja teenuste integreeritust.
- 2) Töötada välja poliitikasuunised ja -lahendused, mis võimaldavad pakkuda toetuste ja teenuste koosmõjus kvaliteetseid ning inimeste vajadustest lähtuvaid hoolduskoormust ennetavaid ja vähendavaid sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid.
- 3) Töötada välja poliitikasuunised ja -lahendused, et tagada hoolduskoormust ennetavate ja vähendavate teenuste olemasolu, kättesaadavus ja kvaliteet nii riiklikult kui ka kõikides omavalitsustes vastavalt nõudlusele ja vajadusele.

### Rakkerühma tegevus

Rakkerühma tegevusperioodiks oli kaks aastat. Esimesel aastal keskendus tegevus Maailmapangalt Riigikantselei ja Sotsiaalministeeriumi poolt tellitud pikaajalise hoolduse uuringu tegemise juhtimisele ja protsessi toetamisele. Maailmapanga analüüs on olnud rakkerühmale peamine alusmaterjal poliitikasuuniste väljatöötamisel. **Uuring selgitas välja hoolduskoormuse olukorra Eestis, kujutas hooldusvajaduse muutumist ajas tulenevalt rahvastikuprotsessidest ja tervisestaatuse trendidest koos nende võimalike majanduslike mõjudega, analüüsis sotsiaal- ja tervisevaldkonna integreeritust ning pakkus poliitikasoovitusi tervikliku pikaajalise hoolduse süsteemi arendamiseks.**

Rakkerühma tegevus oli teisel aastal eeskätt seotud uuringu tulemuste ja muu kogutud materjali põhjal poliitikasuuniste väljatöötamisega. Selleks jagunes rakkerühm kolmeks teemapõhiseks tööruhmaks, millesse kaasati ka rakkerühma väliseid eksperte ja mida osaliselt juhtisid rakkerühma liikmed. Esiteks, **sotsiaal- ja tervisevaldkonna integratsiooni tööruhm**, mida juhtis rakkerühma juht Annikai Lai, töötas välja suunised sotsiaal- ja tervisevaldkonna paremaks integreerimiseks pikaajalise hoolduse valdkonna korraldamisel. Teiseks, **omastehooldajate tugisüsteemi tööruhm**, mida juhtis Ivar Paimre (MTÜ Eesti Omastehooldus) ja kaasjuhtis Annikai Lai, töötas välja suunised omastehooldajate tugisüsteemi loomiseks. Kolmandat tööruhma, mis tegeles **vabatahtlike ja**

**kogukonna rolliga pikaajalises hoolduses**, juhtis Kaie Kotov (Sotsiaalsete Ettevõtete Võrgustik). Töörühm töötas välja suunised vabakonna, vabatahtlike ja kogukonna osalemiseks pikaajalise hoolduse süsteemis ning lisaväärtuse loomiseks inimeste jõustamisel ja teenuste osutamisel.<sup>2</sup>

Suurim rakkerühma korraldatud avalik üritus oli 5. juunil 2017 Tallinnas toimunud seminar "**Eeldused pikaajalise hoolduse süsteemi tekkeks Eestis**". Seminaril tutvustas Maailmapank pikaajalise hoolduse uuringu tulemusi, samuti said osalejad ülevaate Šotimaa ja Soome kogemustest pikaajalise hoolduse süsteemi korraldamisel ning sotsiaal- ja tervishoiusüsteemide integreerimisel.<sup>3</sup>

### **Rakkerühma liikmete roll**

Rakkerühma liikmed tegutsesid esimesel aastal **Maailmapangalt tellitud uuringu juhtrühmana**, et suunata ja kontrollida uuringu sisulist asjakohasust vastavalt liikmete eksperditeadmistele. Teisel aastal oli rakkerühma ülesanne Maailmapanga uuringule tuginedes töötada välja poliitikasuunised ja -soovitused pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja hoolduskoormuse vähendamiseks.

Rakkerühma tegevust juhtis kolmeliikmeline sekretariaat: rakkerühma juht Anniki Lai, teaduskoordinaator Taavi Lai ja koordinaator Rauno Mäekivi. **Sekretariaadi peamine roll** oli esimesel tegutsemise aastal koordineerida Maailmapanga uuringu tegemist ning toetada Maailmapanga andmete kogumisel, andmekogumise missioonide korraldamisel, kohtumiste ettevalmistamisel, rakkerühma kohtumiste ettevalmistamisel ning info vahendamisel rakkerühma liikmete ja Maailmapanga vahel. Teise aasta peamised ülesanded olid töörühmade ülesannete ja poliitikasuuniste väljatöötamise ettevalmistamine ja töö juhtimine, Maailmapanga uuringu lõpule viimine ja sellega seonduvate ürituste korraldamine ning rakkerühma lõplike tulemuste kohta aruande koostamine. Rakkerühma sekretariaat korraldas omastehooldajate olukorra ning pikaajalise hoolduse valdkonna kitsaskohtade ja lahenduste arutamiseks kohtumisi ja diskussioone, et koguda rakkerühmale lisainfot poliitikasuuniste koostamiseks.

---

<sup>2</sup> Vabatahtlike ja kogukonna kaasamise töörühma poliitikasoovitusi on põhjalikumalt selgitatud aruandes "Vabatahtlike ja kogukonna roll pikaajalises hoolduses. Olukorra kirjeldus ja poliitikasuunised" (koostajaks Kaie Kotov, Sotsiaalsete Ettevõtete Võrgustik, töörühma juht).

<sup>3</sup> 05.06.2017 toimunud seminari ettekanded on kättesaadavad <https://riigikantselei.ee/et/hoolduskoormus>.



## Pikaajalise hoolduse mõiste ja poliitikasuuniste põhimõtted

Eesti õigusruumis puudub pikaajalise hoolduse mõiste ning Maailmapank<sup>4</sup> on soovitanud see selgelt defineerida. Mõiste määratlemisel soovitab hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm kasutada Maailmapanga välja pakutud ja rakkerühma täiendatud versiooni.

**Pikaajaline hooldus** on hooldus inimestele, kes vajavad igapäevaelu korraldamisel abi pikema aja jooksul, kuna nende füüsilised või vaimsed võimed on vähenenud.

Pikaajaline hooldus hõlmab tervishoiuteenuseid, isikuhooldust ja inimese igapäevast toimetulekut toetavaid teenuseid, mida pakutakse eesmärgiga:

- leevendada ja vähendada valu, juhtida terviseseisundi kulgu, pidurdada ja vältida selle halvenemist;
- pakkuda isikuhooldust igapäevategevustes, nagu söömine, pesemine, riietumine jm;
- abistada iseseisva toimetuleku võimaldamiseks igapäevaste toimingute juures, nagu toidu valmistamine, poes käimine ja igapäevaste rahaasjade korraldamine jm.

Pikaajalise hoolduse teenuseid pakutakse nii tervise- kui ka sotsiaalvaldkonna asutustes (haiglad, hoolekandetasutused) ja kodus (koduõendusteenus, koduteenus jt). Inimesi hooldavad formaalsed hooldajad (õed, hooldustöötajad) või mitteformaalsed hooldajad (abikaasad, lapsed või vanemad, teised lähedased).

**Pikaajalise hoolduse süsteemi keskne põhimõte** on toetada hooldusvajadusega inimeste võimalikult iseseisvat toimetulekut, võimaluse korral nende tavapärasel keskkonnas ehk kodus ja kogukonnas ning ainult äärmise vajaduse korral asutusepõhiselt.

**Pikaajalise hoolduse teenuste vajajad** on puuetega ja erivajadustega eakad, tööealised inimesed ning lapsed, samuti inimesed, kellel on haigusseisundi raskusest tulenevalt vajadus (pikaajalise) hoolduse järele, kuid kellel ei ole tuvastatud puude raskusastet.

**Omastehooldaja mõiste.** Rahvusvahelistes dokumentides ja kirjanduses kasutatakse pereliikmete ja lähedaste pakutava hoolduse kohta mõistet „mitteametlik (*informal*) hooldus“ ja „mitteametlik hooldaja“, samuti „perekeskkonnas hooldaja“ (*family carers*) jt. Eestis on laialt kasutatavad omastehoolduse ja omastehooldaja mõisted. Euroopa omastehooldajate ühendus EuroCarers on pakkunud välja järgmise definitsiooni<sup>5</sup>:

**Omastehooldaja** on igas vanuses inimene, kes hooldab (enamasti tasuta) oma pereliiget või lähedast, kel on tuvastatud krooniline haigus, puue või muu pikaajaline tervise puudujääk või hooldusvajadus, tehes seda väljaspool kutse- või ametlikku tööd.

Käesolevas dokumendis on samas tähenduses kasutatud omastehoolduse ja mitteametliku hoolduse mõisteid ning kirjeldatud olukorda hooldamisena pereliikme või lähedase poolt.

<sup>4</sup> Maailmapanga uuring „Hoolduskoormuse vähendamine Eestis“ (2017)

<sup>5</sup> <http://www.eurocarers.org/userfiles/files/policy/Carers%20strat%20dr12%2013Final.pdf>

## **Poliitikasuuniste kesksed põhimõtted**

- Tagada hooldusvajadusega inimestele nende erinevatest vajadusest lähtuv abi ja hooldus ning vastata elanikkonna vananemisest tulenevatele demograafilistele vajadustele ja teenuste kasvavale nõudlusele.
- Pikaajalise hoolduse korraldamine peab lähtuma inimese vajadustest ja olema inimesekeskne. Teenuseid kasutavad inimesed on avalikule sektorile partnerid ning inimene ja tema pereliikmed on otsuste tegemise keskmes.
- Poliitikasuunised on välja töötatud selleks, et anda suunised avaliku sektori ülesannete paremaks täitmiseks pikaajalise hoolduse korraldamisel ning süsteemi arendamisel.
- Inimeste võrdse kohtlemise tagamiseks on vaja kehtestada avaliku sektori teenuste ja abi osutamiseks kohustuslikud kriteeriumid minimaalses vajalikus mahus, et ühtlustada üle riigi teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti. Minimaalse ja nõuetega tagatava abi kõrval tuleb soodustada innovaatiliste, lihtsate ja paindlike kogukonnateenuste arendamist, välistades ebamõistlikud piirangud.

## Maailmapanga poolt koostatud hetkeolukorra analüüs ja soovitused Eestile pikaajalise hoolduse süsteemi arendamisel

Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma poliitikasuuniste alusmaterjal tuleb Maailmapangalt tellitud uuringust “Hoolduskoormuse vähendamine Eestis”.<sup>6</sup> Uuringu tellisid Riigikantselei ja Sotsiaalministeerium, kasutades selleks Euroopa Liidu vahendeid<sup>7</sup>, ning töö tehti ajavahemikul veebruarist 2016 juunini 2017. Maailmapanga koostatud uuringus sisaldub ülevaade Eesti olemasolevast süsteemist ja selle kitsaskohtadest pikaajalise hoolduse korraldamisel ning esitatakse poliitikasoovitused süsteemi tõhustamiseks. Järgnevalt antakse ülevaade Eesti hetkeolukorrast tulenevalt Maailmapanga pikaajalise hoolduse uuringu raames tehtud analüüsist ning peamistest soovitustest.

### Rahvastiku olukord

**Eesti elanikkond vananeb ning suureneva teenusevajaduse tõttu on vaja ka pikaajalise hoolduse süsteemi arendada, sest pikaajalise hoolduse peamised vajajad on eakad.** Väike sündimus ja suur väljaränne on kaasa toonud noorema põlvkonna kiire kahanemise, millega langeb üha suurem hoolduskoormus üha väiksemale osale rahvastikust. Statistikaameti prognoosi järgi kahaneb Eesti rahvaarv praeguselt 1,3 miljonilt inimeselt ligikaudu 1,2 miljonini 2030. aastal ning 1,1 miljonini 2060. aastal. Väga eakate inimeste osakaal (80-aastased ja vanemad) elanikkonnast suureneb aastatel 2016–2030 eeldatavalt 5,1%-lt 7,1%-ni. 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal rahvastikust jõuab 19% juurest 25%-ni 2030. aastal ning 30%-ni 2060. aastal. Pikaajalise hoolduse nõudlus tulevikus kasvab nii vanemaealiste inimeste osakaalu suurenemise kui ka vanemaealiste seas sagedamini esinevate haigusseisundite ning puuete tõttu. Eurostati andmetel on Eesti tervena elatud eluaastate poolest märgatavalt allpool ELi keskmist, seda eriti naiste seas. Eesti üle 65-aastased inimesed vajavad võrreldes teiste ELi vanusekaaslastega suurema tõenäosusega kõrvalist abi igapäevatoimingutes ja enesehoolduses, neil on enam liikumispiiranguid ning keskmisest suurem tõenäosus ülekaalule.

**Ametlikult tuvastatud puude raskusastmega inimeste arv on viimastel aastatel tõusnud hoolimata rahvastiku vähenemisest. Eesti inimestel on ühe või enama igapäevatoimingu tegemisel raskusi rohkem kui ELis keskmiselt.** Aastal 2011 oli Eestis 128 129 puudega inimest ning see arv on iga aastaga järjest kasvanud (keskmiselt ca 3600 puudega inimest aastas). Kokku oli Eestis 2015. aastal 143 623 ametlikult tuvastatud puudega inimest ehk 11% kogu rahvastikust. Neist puuetega inimestest 79 887 ehk 56% olid 2015. aastal üle 63-aastased inimesed võrreldes 77 617 inimesega 2013. aastal. Seega on puude raskusaste tuvastatud ligikaudu 29% kõigist 63-aastastest ja vanematest inimestest Eestis. Lisaks on ka Eesti puuete sooline lõhe üks ELi suurimaid – üldjuhul on ELis naistel rohkem puudeid kui meestel (5% võrra), Eestis on naistel puudeid 9% võrra enam kui meestel.

---

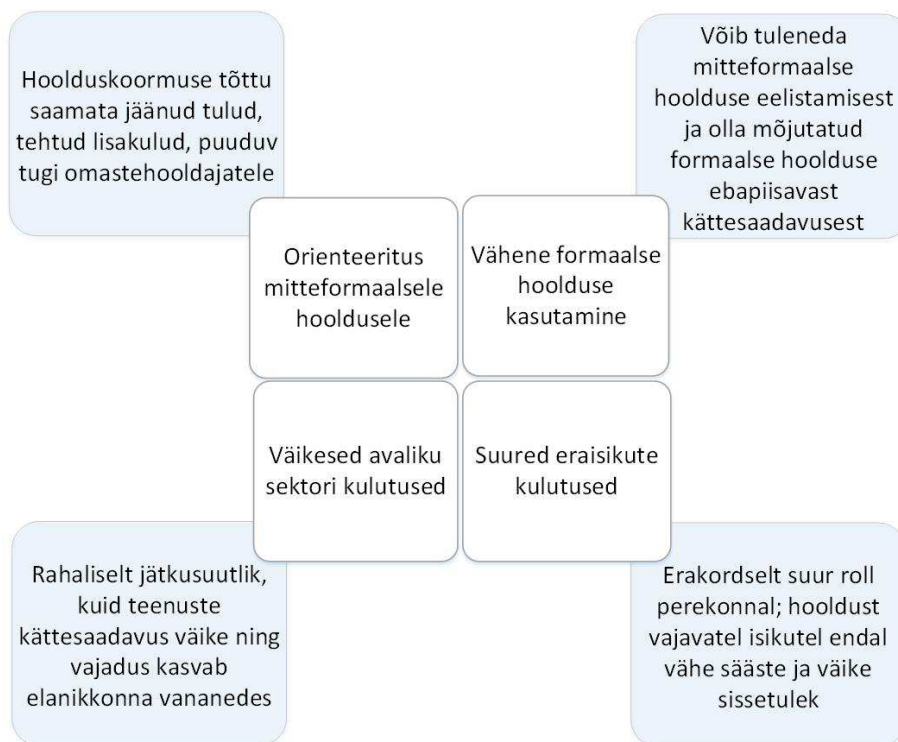
<sup>6</sup> [https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/estonia\\_ltc\\_report\\_final.pdf](https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/estonia_ltc_report_final.pdf).

<sup>7</sup> Euroopa Liidu 2014–2020 tõukefondide haldusvõimekuse tõstmise meetme ja Sotsiaalministeeriumi toetuse andmise tingimuste „Tööturul osalemist toetavad hoolekandeteenused“ vahendid.

## Peamised probleemid pikaajalise hoolduse korralduses ja teenuste osutamisel

Eesti olukorda kokkuvõtvalt kirjeldades tõdeb Maailmapank, et meie praegune pikaajalise hoolduse korraldamise süsteem, mis asetab pereliikmetele ja lähedastele ebaproportsionaalselt suure hoolduskoormuse, on abivajajate suhtes ebaõiglane ja sektorite vahel killustunud. Seda olukorda ilmestavaid peamisi kitsaskohti on kujutatud järgneval joonisel ning täpsemalt kirjeldatud allpool.

**Joonis 1.** Eesti pikaajalise hoolduse süsteem tugineb mitteformaalsele hooldusele<sup>8</sup>



**Eesti avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele on võrreldes teiste ELi riikidega väikesed ning Eesti pikaajalise hoolduse süsteem on üha suureneva surve all tulenevalt rahvastikusuundumustest ja teenuste ebapiisavusest.** 2013. aastal olid Eesti kulutused pikaajalisele hooldusele 0,6% SKP-st (ei sisalda inimeste enda otseseid kulutusi)<sup>9</sup>, võrdluseks panustasid Saksamaa, Austria ja Luksemburg 1,5% SKP-st, Taani ja Soome 2,5% ning Rootsi, Holland ja Norra üle 3,5%. Eesti inimeste omaosalusega seotud kulutused on samas kiirelt kasvanud, olles 2009. aastal 25 miljonit ja 2014. aastal 40 miljonit eurot (kasv 59%). Inimeste otsene rahaline panus pikaajalise hoolduse teenuste kogukuludest on siiski suhteliselt väike, kuna hooldusteenuste ostmine ei ole neile jõukohane.

Ainuüksi elanikkonna vananemisest tingitud puudega inimeste osakaalu tõus ühiskonnas kasvatab järgmistel aastakümnetel pikaajalise hoolduse nõudlust märkimisväärselt ning see omakorda avaldab paratamatult survet avaliku sektori eelarvele. Euroopa Komisjoni vananemise raporti (2015) hinnangul suurenevad Eesti kulutused pikaajalisele hooldusele 2013. ja 2060. aasta vahel 0,6%-lt 1,3%-ni SKPst üksnes demograafiliste protsesside mõjul. Eesti elatustaseme ja hooldusega hõlmatuse lähenemine ELi keskmisele võib sama uuringu andmetel Eesti pikaajalise hoolduse kulutusi 2060.

<sup>8</sup> Maailmapanga 31.10.16 rakkerühma aruteluks tehtud slaidide põhjal

<sup>9</sup> On leitud, et mitteformaalse ehk omastehoolduse majanduslik väärtus ELi liikmesriikides on hinnanguliselt 50–90% kogu pikaajalise hoolduse kulust ([https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ageing/docs/ev\\_20140618\\_co04\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ageing/docs/ev_20140618_co04_en.pdf), lk 22).

aastaks suurendada kuni 4%-ni SKP-st.<sup>10</sup> Seega muutub üha olulisemaks luua senisest tõhusam ja kuluefektiivsem pikaajalise hoolduse süsteem, et olemasolevaid ressursse parima võimaliku tulemuse saavutamiseks hästi kasutada.

Lisaraha allikana on Eestis arutatud hoolduskindlustuse ideed. Maailmapanga 2017. aasta analüüs kohustusliku hoolduskindlustusmaks juurutamist ei toeta ning pigem tuleks pikaajalise hoolduse vajadused katta üldisest maksutulust. Tööjõumaksud moodustavad Eestis juba praegu märkimisväärse osa valitsuse tuludest ning kuigi need on viimastel aastatel vähenenud, on tööjõumaksu koormus endiselt suhteliselt suur. Murekohaks on ka sissetulekute ebavõrdsuse kasv Eestis – võrreldes paljude teiste ELi riikidega on Eesti sotsiaalkindlustusmeetmed märksa vähem mõjusad rahvastikurühmade vahelise ebavõrdsuse vähendamisel. Seega soovib Maailmapank praeguse maksusüsteemi juures vältida pikaajalise hoolduse rahastamiseks osamakselise riikliku hoolduskindlustuse kehtestamist ja tööjõumaksude suurendamist.<sup>11</sup>

**Hoolduskoormus ja vastutus hooldusteenuste rahastamisel on ebaproportsionaalselt suure mahus pereliikmete kanda. See on võimaldanud hoida avaliku sektori kulutused väikesed, kuid tagatud ei ole hooldusvajadusega inimeste ja omastehooldajate inimväärne elu.** Eestis on hoolduskohustus ligikaudu 30 000 naisel ja 17 000 mehel<sup>12</sup>. Teistel andmetel ulatub see arv kuni 72 000 inimeseni, kes on seotud puudega pereliikme või lähedase hooldamisega.<sup>13</sup><sup>14</sup> Eesti tööjõu-uuringu andmetel on hoolduskoormuse tõttu tööturult eemal 8000 inimest ning osaajaga töötab 5000 inimest, see aga tähendab riigile suurt saamata jäänud maksutulu. Konservatiivse hinnangu järgi (vt detaile Maailmapanga uuringust lk 67<sup>15</sup>) jäi riigil 2015. aastal seetõttu saamata 23,9 miljonit eurot (ligikaudu 0,12% SKP-st), kuid saamata jäänud tulu võib ulatuda kuni 130 miljoni euro ehk 0,64%-ni SKP-st.

**Praegune pikaajalise hoolduse korraldus ja ressursside jaotus ei taga teenuste ühtlast kättesaadavust piirkonniti ja inimeste võrdset kohtlemist.** Eesti tervisesektor pakub inimestele pikaajalise hoolduse teenuste kasutamisel paremat finantskaitset kui sotsiaalsüsteem (eeskätt kohaliku tasandi sotsiaalhoolekanne), kus teenuste rahastamisel on peamine inimeste omavastutus, seda nii KOVi teenuste ebapiisava pakkumise kui ka riiklike ja KOVi sotsiaalteenuste vähese rahastamise tõttu. Võrreldes tervisesektori kulutustega pikaajalisele hooldusele, on sotsiaalteenuste eelarve suurenenud palju vähem. Aastatel 2009–2014 suurenes sotsiaalteenuste eelarve 35,1%, kui samal ajal tervishoiu kulutused suurenesid 57,6%. Sotsiaalteenuste kaetuse suurenemine on suuresti seotud inimeste omaosaluse kasvuga.<sup>16</sup> Seega sõltub teenustele ligipääs üha enam teenusekasutaja maksevõimest, mistõttu peavad inimesed teenuse kasutamist rohkem edasi lükkama seisundi äärmise raskenemiseni. Samuti suurendab kõrge omaosalus teenuste kasutamisest tingitud vaesumise riski.

<sup>10</sup> Maailmapanga uuring "Hoolduskoormuse vähendamine Eestis" (2017).

<sup>11</sup> Maailmapank 2017.

<sup>12</sup> Eesti tööjõu-uuring 2015.

<sup>13</sup> Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring (2009). Saar Poll OÜ ja Tartu Ülikool. Tellija: Sotsiaalministeerium.

<sup>14</sup> OECD tervishoiu statistika 2013. aastast näitab, et üle 50-aastaste seas oli 2010. aastal hinnanguline omastehooldajate osakaal kogu rahvastikust 17,46%, mis on rohkem kui 85 000 inimest. Võtmata arvesse nooremaid omastehooldajaid võib hinnanguliselt lugeda 6,4% kogu Eesti rahvastikust oma lähedase või pereliikme hooldajaks. Allikas: [Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society p. 22.](#)

<sup>15</sup> [https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/estonia\\_ltc\\_report\\_final.pdf](https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/estonia_ltc_report_final.pdf).

<sup>16</sup> Silmas peetakse nii riigi kui ka KOVi rahastatavaid sotsiaalteenuseid. Vt Maailmapanga uuringu tabel 12.

**Teenuste ja toetuste ebavõrdne kättesaadavus on tingitud ka KOVide tegevusele kehtestatavate ühtsete standardite ja põhimõtete puudumisest.** Sotsiaalteenuste pakkumine, hooldajatoetuse määramise alused ning hooldajatoetuse suurus<sup>17</sup> on KOVides väga erinevad ning see toob kaasa teenuste ebahõlpsa kättesaadavuse ja inimeste ebavõrdse kohtlemise.<sup>18</sup> Suur ebavõrdsus teenuste regionaalses kättesaadavuses esineb ka tervishoiusüsteemis – näiteks haigekassa ostetavad õendusabi teenusemahud katavad vaid 40% hinnangulisest teenusevajadusest Lääne-Viru maakonnas ning 77% Põlva maakonnas. Samuti puudub üle-eestiline juurdepääs statsionaarsele õendusabi teenusele, eriti kui inimene vajab seda elu lõpuni (pikemalt kui 120 päeva).

**Väga vähe panustatakse avaliku sektori raha kodupõhiste ja kogukonnateenuste arendamiseks, suurem osa pikaajalise hoolduse eelarvest kulub institutsionaalsele hooldusele.** Kodupõhiste teenuste ebapiisava arendamise ning sotsiaalteenuste vähese regionaalse ja finantsilise kättesaadavuse tõttu satuvad tervishoiuteenustelt koju saadetud patsiendid kiiresti tagasi tervishoiusüsteemi või jäävad suuresti neile vajaliku abita. Lisaks on loomata ööpäevaringsete koduteenuste süsteem lühiajalise intensiivsema hoolduse või omastehooldajatele puhkuse võimaldamiseks. Sotsiaalsüsteemi vajakajäämist tõttu on suurem surve tervishoiusüsteemile ning sellega kaasnevad kulutused, mistõttu teenuste parem koordineerimine ja integreerimine peaks olema mõlema süsteemi huvides.

**Pikaajalise hoolduse teenuste korraldus sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi vahel on killustunud ning ebapiisavalt integreeritud – seega ei ole inimestele alati tagatud nende vajadustele vastav ja õigeaegne abi.** Killustatus ilmneb nii poliitikakujundamises, rahastamises, korralduses kui ka spetsialistide tegevuse tasandil. Puudub selge vastutus sotsiaal- ja tervisevaldkonna ülese poliitika kujundamisel ning teenuste korraldamisel ja osutamisel. Raha eraldamine riiklike ja KOVi pikaajalise hoolduse tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kulutuste katmiseks ei ole kahe sektori vahel koordineeritud, veel vähem integreeritud. Näiteks iseseisev statsionaarne õendusabi (õendushaigla) ja koduõendus on rahastatud riigi tasandil haigekassa eelarvest, samas kui sotsiaalteenuste rahastus on killustatud riigi ja KOVi vahel ning oluline osa teenuste rahastamisest on inimeste enda kanda. Hooldusteenuste ühtlustamata rahastamine toob endaga kaasa inimeste liigse edasi-tagasi liikumise tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vahel (näiteks hooldekodu ja õendushaigla vahel) või tervishoiuasutuste vahel (näiteks edasi-tagasi liikumine eri statsionaarset õendusabi (õendushaigla) osutavate asutuste vahel), kuna otsitakse kasutaja jaoks odavamalt teenust, mitte ei lähtuta tegelikust vajadusest. Pikaajalise hoolduse süsteemi killustatus väljendub ka sarnase sisuga kodu- ja kogukonnateenuste (koduõendus ning isikuabi- ja koduteenused) ning institutsionaalse hoolduse (üldhooldekodu ja õendushaigla) paralleelses pakkumises. Lisaks raskendavad olukorda ka sotsiaal- ja tervisevaldkonna erinevused haldustoimingutes ja IKT infrastruktuurides, professionaalsetes normides, spetsialistide sotsiaalses staatuses, töötingimustes ja -nõuetes, koolituses jne, mis kõik põhjustavad hoolduse süsteemi hoomamatust ning keerukust kasutajate jaoks.

**Puudub inimesekeskne hoolduse koordineerimine sotsiaal- ja tervisesüsteemis ning seetõttu ei pruugi keerulisemate juhtumite korral inimene saada õigeaegset ja vajadustele vastavat abi.** Puuduvad üle riigi kasutatavad standardiseeritud hooldusvajaduse hindamise instrumendid, mis võimaldaksid määrata inimesele õige teenuse sotsiaal- või tervisesektoris. Info liikumine sotsiaal- ja tervisesektori ning süsteemi osaliste vahel on kõigil tasanditel (KOV, esmatasand ja riiklik tasand)

<sup>17</sup> Hooldajatoetuse saajaid oli 2015. aastal 13 547 inimest. Hooldajatoetuse suurus varieerub 7 eurost 200 euroni.

<sup>18</sup> Eesti tööjõu-uuringu (2015) andmetel on teenuste puudumise tõttu tööturul eemal ja mitteaktiivsed u 2000–3000 inimest.

puudulik. Ei ole ülevaadet inimese vajadustest, võimalikest teenustest ja inimesele juba määratud teenustest. Inimese hooldusvajaduse hindamine, teenustele suunamine ning sotsiaal- ja tervishoiuteenuste määramine ei ole keskselt koordineeritud. Seega võib inimene jääda õigeaegse ja vajaliku abita ning see võib tuua kaasa tema seisundi halvenemise.

**Praegune hooldusteenuste korraldamise ja osutamise mudel ei arvesta ka eakate ning keeruka hooldusvajadusega inimeste arvu suurenemisega.** Praegune süsteem tegeleb episoodiliselt inimeste akuutsete seisunditega ning abivajajat käsitletakse selle juures passiivse osalisena. Eakate kasvav arv toob aga kaasa üha suureneva vajaduse pikaajalise hoolduse ehk nii sotsiaal- kui ka tervishoiuteenuste järele. See toob omakorda kaasa üha kasvava vajaduse ennetavamaks hoolduse korraldamiseks koos süsteemse koordineerimisega nii sektorite kui ka teenuseosutajate vahel, et maksimeerida olemasolevate ressursside mõju inimeste heaolule.

### **Maailmapanga soovitud Eestile pikaajalise hoolduse süsteemi arendamisel**

Maailmapank soovib Eestil pikaajalise hoolduse süsteemi reformimisel liikuda sammhaaval olemasolevast olukorrast ehk nullpunktist järjest ideaalsema süsteemi poole.

Maailmapanga esitatud poliitikaetappide loogika lähtub visioonist, milline võiks välja näha võimalikult ideaalne pikaajalise hoolduse süsteem, ja selle saavutamiseks vajalikest sammudest. Visiooni loomisel on lähtutud hooldust vajavate inimeste ja nende pereliikmete vajaduste võrdsest katmisest, vältides ebaõiglase rahalise ning muu koormuse tekkimist. Tegemist on visiooniga inimesekesksest süsteemist, kus inimeste huvid ja vajadused on esikohal. Peamine eesmärk peaks olema sotsiaalhoolekandeteenustega kaetuse ja finantskaitse maksimeerimine, võttes samas arvesse loodava süsteemi majanduslikku jätkusuutlikkust ning oodatavat positiivset mõju rahvastikule ja majandusele. Kokkuvõttes on kolm esiletoodud poliitikaetappi seega põhimõttelised punktid teel rahvastiku vähesest kaetusest hooldusteenustega kuni võimalikult suure kaetuse ja hoolivama riigini.

Maailmapank on hinnanud, et võttes arvesse Eesti avaliku sektori väikesi kulutusi ja praeguse pikaajalise hoolduse süsteemi killustatust, pole kõikehõlmava hooldusteenustega kaetuse ning tugeva tervishoiu ja sotsiaalhoolekande vahelise koordineeritusega „ideaalne süsteem“ ilmselt kohe saavutatav. Ühelt poolt vajab ideaalse süsteemi ülesehitamine pikaajalise hoolduse suurt lisarahastamist avaliku sektori poolt, teiselt poolt eeldab see kogu praeguse süsteemi muutmist.

### **Poliitikaetappide kirjeldused**

**Esimese etapi puhul jäävad avaliku sektori kulutused suuresti praegusele tasemele (tähendades siiski teatud lisainvesteeringuid); rõhku pannakse ressursside ümberjaotamisele esmatähtsate vajaduste tarbeks ning keskvalitsuse juhtimisfunktsiooni tugevdamisele, et osutada tulevikus paremat hoolekandeteenust.** Praegusest olukorrast esimesse etappi liikumiseks on tarvis avaliku sektori ressursse suunata rohkem piirkondadesse, kus vajadused on kõige suuremad ja KOVide finantsiline võimekus vähene. Teise sammuna tuleb selle etapi elluviimiseks määrata kindlaks raamistikud, mille põhjal hinnata inimeste teenusevajadust ning jälgida teenuse osutamist ja kvaliteeti KOVides. Kolmandaks näeb see etapp ette seadusandlike muudatusi, mis on vajalikud tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande teenuste koordineerimiseks, sh tervise ja sotsiaalhoolekande infosüsteemide lõimimiseks. Samuti tuleks planeerides arvesse võtta pikaajalise hoolduse tööjõu vajadust tulevikus.

Teise etapi puhul kasvavad avaliku sektori kulutused mõõdukalt, mis võimaldab suurendada hooldusteenuste kättesaadavust, vähendada sõltuvust mitteformaalsest hooldusest ning võtta tervishoiu ja sotsiaalhoolekandes kasutusele hoolduse koordineerimise elemente. Teise etapi raames rakendatakse täies mahus vajaduste hindamise ja teenuste osutamise järelevalve raamistikke, mis võeti kasutusele esimese etapi raames. Hoolduse paremaks koordineerimiseks tuleb viia tervishoiu- ja sotsiaalteenuste rahastamine sarnastele alustele, luues selleks sarnased kuluarvestuse mudelid ja/või koosrahastamise ja koostööd toetava rahastamise mehhanismid.

**Tabel 1.** Poliitikakujunduse etapid pikaajalise hoolduse arendamiseks<sup>19</sup>

	Hetkeolukord	1.etapp Parandustega hetkeolukord	2. etapp Idealsema süsteemi poole	3. etapp Lähemal ideaalsele süsteemile
Teenustega hõlmatus, kvaliteet, võrdsus	Piiratud	Veidi parem	Mõõdukas	Suur
Finantskaitse	Minimaalne	Endiselt piiratud	Mõõdukas	Suur
Eelarvelise jätkusuutlikkuse riskid	Väikesed	Väikesed	Keskmsed	Suured
Mitteametlike hooldajate koormus	Väga suur	Väga suur	Mõõdukas	Vähene
Avaliku sektori rahastus aastaks 2030	0,6% SKP-st	0,6-0,8% SKP-st	2%-2,5% SKP-st	3,5-4% SKP-st
Katteallikad	Eraisikute kulutused	Valdavalt eraisikute kulutused	Eraisikute kulutused, riigi rahastus	Valdavalt riigi rahastus
Rahastus-mehhanismid	Eraldi rahavood	Eraldi rahavood	Koos- ja koostööd toetava rahastuse pilootprojektid	Koos- ja koostööd toetav rahastus
Avaliku sektori teenused	Piiratud	Endiselt piiratud	Laiendatult	Valdavalt
KOVide teenused	Suured erinevused	Kohustuslikud miinimumstandardid	Laiendatud monitooring ja analüüs	Universaalne monitooring ja analüüs
Inimressursi vajadus	Vähene	Endiselt vähene	Kasvav	Suur
Informatsiooni- vood	Killustatud	Lõimitud visioon	Lõimimise pilootprojektid	Lõimitud
Hüvitiste pakett	Ebapiisav	Endiselt piiratud	Laiendatud	Rikkalik
Sihitamine	Vähene	Tulenevalt inimese majanduslikust olukorrast	Laiem kättesaadavus	Universaalne, vajadusepõhine
Hoolduse lõimitus	Killustatud	Lõimitud visioon	Lõimimise pilootprojektid	Mitmel tasandil lõimitud

Kolmanda etapi puhul kasvavad avaliku sektori kulutused märkimisväärselt, mis läbi paranevad suurel määral hoolekandeteenuste kättesaadavus ja kvaliteet ning inimeste kaitse finantsriski vastu. Kolmanda etapi puhul sarnaneb süsteem ideaalsema süsteemiga, seda eriti Põhjamaade ja mõne Lääne-Euroopa riigi sarnaselt teenuste suure hõlmatus tõttu, mis Eestile ilmselt aga pole jõukohane.

**Maailmapank rõhutab, et see, kui palju raha ja tööd riik otsustab pikaajalise hoolduse reformimisse panna ning milline pikaajalise hoolduse teenuste kättesaadavuse tase on Eesti jaoks jõukohane, sõltub ühiskondlikest valikutest ja poliitilistest otsustest.**

<sup>19</sup> Maailmapank (2017)



## Poliitikasuunised

Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm töötas vastavalt Vabariigi Valitsuselt saadud ülesandele välja poliitikasuunised hoolduskoormuse vähendamiseks ja pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks.

Poliitikasuunised põhinevad Maailmapanga uuringu “Hoolduskoormuse vähendamine Eestis” infol ning rakkerühma liikmete ja teiste kaasatute eksperdi hinnangutel.

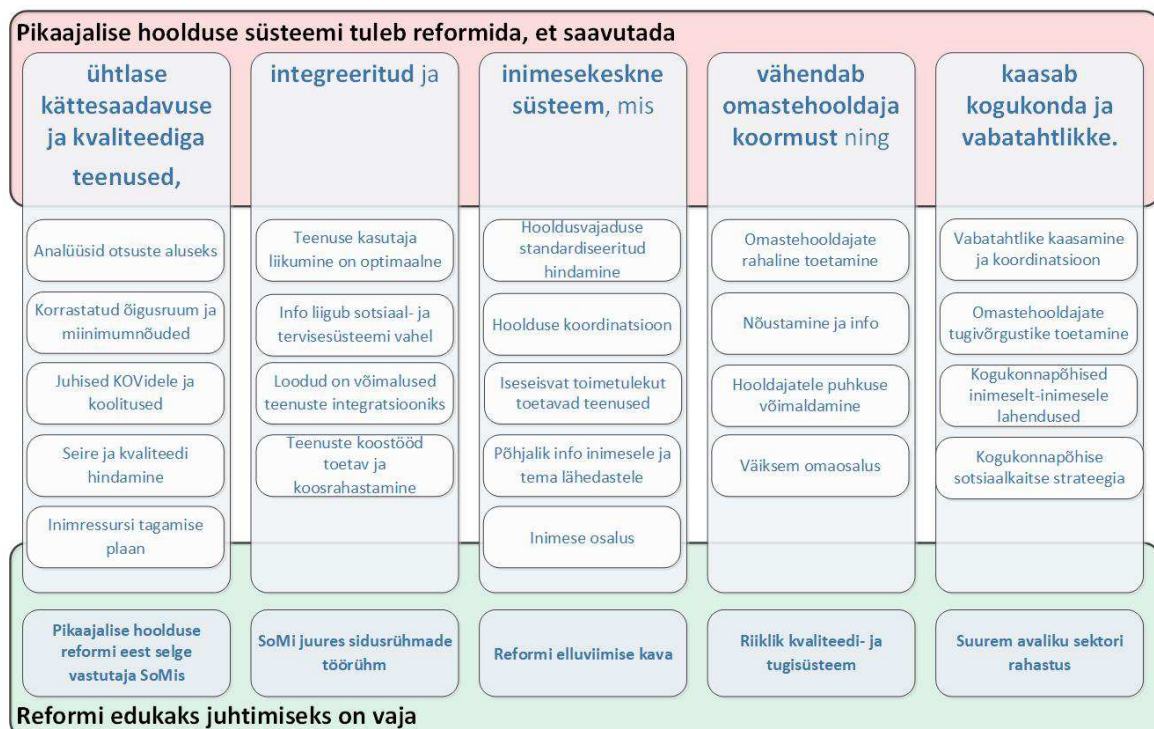
Pikaajalise hoolduse poliitika kujundamisel ja valdkonna juhtimisel ning teenuste ja toetuste planeerimisel on peamine vastutaja Sotsiaalministeerium, kes juhib tervise- ja sotsiaalpoliitikat ning tööpoliitikat kui hoolduskoormuse vähendamise olulist sidusvaldkonda. Seetõttu on Sotsiaalministeeriumil võtmeroll poliitikasuuniste elluviimisel, seda koostöös teiste riigiasutuste, KOVide, vabakonna, erasektori ja kogukondadega.

Tulenevalt hetkeolukorra analüüsist väljakoornud problemaatikast on poliitikasuunised esitatud kuues osas:

- I. Pikaajalise hoolduse poliitika juhtimine
- II. Pikaajalise hoolduse teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine
- III. ja IV. Integreeritud ja inimesekeskne pikaajaline hooldus
- V. Omastehooldajatele suurem tugi
- VI. Paremad eeldused vabatahtlike ja kogukonna kaasamiseks

Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm leidis, et hetkeolukorra parandamiseks ning eesseisvate ülesannetega toimetulekuks on riigil vaja võtta ette mahukas reform tervikliku, inimeste vajadustele vastava ja jätkusuutliku pikaajalise hoolduse süsteemi ülesehitamiseks. Poliitikasuuniseid tuleb käsitleda tervikliku reformi elluviimiseks vajalike tegevuste paketina.

**Joonis 2.** Uuendatud pikaajalise hoolduse süsteemi raamistik



## **Pikaajalise hoolduse korralduse reformi eesmärk**

Hoolduse korraldust tuleb reformida, et luua terviklik pikaajalise hoolduse süsteem, tagada hooldusvajadusega inimestele ühtlase kättesaadavuse ja kvaliteediga integreeritud teenused ning inimesekeskne hoolduse korraldus. Pereliikmete ja lähedaste hoolduskoormuse leevendamiseks tuleb pakkuda omasteholdajatele suuremat tuge, kaasates sellesse vabatahtlikke ja kogukonda.

Eesmärgi poole on mõistlik liikuda etapi viisi, seades igale etapile vahe-eesmärgi. See, kui palju raha ja tööd riik otsustab pikaajalise hoolduse reformimisse panna ning milline pikaajalise hoolduse teenustega hõlmatuse tase on Eesti jaoks jõukohane, sõltub ühiskondlikest valikutest ja poliitilistest otsustest.

## **Eesti pikaajalise hoolduse visioon**

Hooldusvajadusega inimestel ning nende lähedastel on võimalus elada iseseisvat ja inimväärset elu ning saada selleks riigilt vajalikku tuge.

## **I. Pikaajalise hoolduse poliitika juhtimine**

Pikaajalise hoolduse reformi elluviimise ja õnnestumise eelduseks on ühelt poolt selge vastutuse kindlaksmääramine, reformi strateegiline ja sisuline juhtimine ning süsteemi komponentide väljaarendamine. Teiselt poolt on oluliste muudatuste, nagu näiteks avaliku sektori rahastamise suurendamine, tegemise eelduseks poliitilised valikud ja otsused.

Selleks, et tagada inimestele optimaalne ning tulemuslikum abi, tuleb pikaajalise hoolduse poliitika kujundamisel, planeerimisel ja arendamisel lähtuda inimesekesksest lähenemisest ning kaardistatud vajadustest. Poliitikakujundamine peab tuginema parimal olemasoleval ja kättesaadaval teadmisel.

### **Poliitikasuunised**

#### ***1. Valmistada ette ja viia ellu reform tervikliku ja inimeste vajadustele vastava pikaajalise hoolduse süsteemi ülesehitamiseks***

- Pikaajalise hoolduse reformi aluseks võtta hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma poolt välja töötatud ja Vabariigi Valitsuse arutatud ettepanekud ning Maailmapanga uuring<sup>20</sup>.
- Reform viia ellu etapi viisi: esmalt teha süsteemi õiguslik analüüs ja süsteem korrastada, millele järgnevad tegevused efektiivsete ja kvaliteetsete teenuste parema ning võrdsema kättesaadavuse tagamiseks ja järkjärguline avaliku sektori rahastamise suurendamine.
- Kohe ja järjepidevalt tuleb panustada pikaajalise hoolduse süsteemi vundamendi ladumisse ehk luua:
  - õiguslikud alused ja määrata kindlaks selge osaliste vastutus;
  - ühtsed juhised ja raamistik teenuse vajaduse hindamiseks, teenuse osutamise jälgimiseks ja heade tulemuste tasustamiseks;
  - võimalused andmete, rahastamise ja teenuseosutamise integratsiooniks;
  - hoolduse koordineerimiseks vajalikud mehhanismid (nt hoolduskoordinaatorid);
  - plaan täiendava inimressursi kaasamiseks pikaajalises hoolduses.
- Prioriteedina tuleb reformi kavandamisel:

---

<sup>20</sup> Maailmapanga uuring "Hoolduskoormuse vähendamine Eestis" (2017)

- vähendada teenuste osutamise ebavõrdsust, pakkudes rahalist tuge nendele KOVidele, mille rahastamisvõime on väiksem;
- suurendada pereliikmetest ja lähedastest hooldajate rahalist ja sotsiaalset toetust. See on oluline, kuna riik ei ole suuteline andma lähiaastatel vahendeid teenuste kättesaadavuse märkimisväärseks suurendamiseks, mistõttu lähedaste roll hooldamisel jääb pikaajalise hoolduse süsteemis lühemas perspektiivis endiselt oluliseks.

## **2. Sotsiaalministeeriumil tuleb juhtida valdkondade üleselt pikaajalise hoolduse poliitika kujundamist ning reformi elluviimist**

- Sotsiaalministeeriumil määrata sotsiaal-, tervise- ja töövaldkonna ülene reformi eestvedaja ja pikaajalise hoolduse poliitika kujundamise eest vastutaja ning moodustada töörühm reformi elluviimiseks.
- Reformi väljatöötamise kavandamisse kaasata siht- ja sidusrühmade esindajad ning selleks luua Sotsiaalministeeriumi juurde pikaajalise hoolduse töörühm.
  - Rühma ülesanne on jälgida reformiga seotud tegevuste elluviimist, nõustada reformi elluviimise eest vastutajaid täpsemate lahenduste väljatöötamisel, hinnata reformi rakendamist ning esindada avalikkust reformi elluviimisel.

## **II. Pikaajalise hoolduse teenuste ühtlane kättesaadavus ja kvaliteet**

Maailmapanga uuring näitas, et Eesti avaliku sektori kulud pikaajalise hoolduse teenustele on väga väiksed ning seega avalike teenuste pakkumine piiratud. Maailmapanga hinnangul on üks peamisi probleeme pikaajalise hoolduse teenuste (eeskätt kodus elamist ja kogukonnaelus osalemist toetavate teenuste) ebapiisav kättesaadavus ja ebaühtlane kvaliteet.

KOVide korraldatavate sotsiaalteenuste kirjeldused õigusaktides on üldised ning puuduvad konkreetsete teenuste kriteeriumid (sihtrühm, teenuse komponendid, kvaliteedinõuded). KOVide enda õigusaktid ja sotsiaalteenuste korraldamine on üle riigi väga erinevad ning sellega ei ole tagatud inimeste võrdne kohtlemine olenemata nende elukohast. Täpsemate kriteeriumide puudumine kohustab omavalitsusi teenuseid pakkuma küllalt laias mahus, milleks ei ole neil piisavaid ressursse ning mis on toonud kaasa omavalitsuste poolt teenuste saajate ringi kitsendamise ja muid piiranguid. Probleemile on osutanud ka õiguskantsler, kes on võtnud oma teravdatud tähelepanu alla KOVide kohustuslike sotsiaalteenuste osutamise ja õigusaktide kooskõla sotsiaalhoolekande seaduse ja põhiseadusega.<sup>21</sup> Lisaks on toonud KOVid esile, et täpsemate teenuse kriteeriumide puudumine tekitab teenuse saajates ebamõistlikke ootusi teenuste sisule ja mahule.<sup>22</sup> Võrdse kohtlemise ja teenuste ühtlase kättesaadavuse, kvaliteedi ja tulemuslikkuse tagamiseks on ka Maailmapank soovitanud kehtestada omavalitsuste sotsiaalteenustele praegusest täpsemad kohustuslikud miinimumkriteeriumid.

Ühtlustatud kriteeriumide ja süsteemse andmekogumise puudumine KOVi sotsiaalteenuste osutamise ja teenusekasutajate kohta ei võimalda riiklikult koguda andmeid teenuste vajaduse ja

<sup>21</sup> [http://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/field\\_document2/sotsiaalteenused\\_kohalikus\\_omavalitsuses.pdf](http://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/field_document2/sotsiaalteenused_kohalikus_omavalitsuses.pdf).

<sup>22</sup> 4.10.2017 KOV esindajate ümarlaual toodud näited.

osutamise kohta KOVi tasandil.<sup>23</sup> See on viinud olukorrani, kus riigil puudub poliitikakujunduseks vajalik statistika teenuste pakkumise ja vajaduse kohta KOVides ning see ei võimalda ka KOVil omada ülevaadet enda territooriumil elavate inimeste teenusevajadusest.

Puudub terviklik lähenemine pikaajalise hoolduse valdkonna inimressursi ning tööjõu küsimusele.<sup>24</sup> Tähelepanuta on järjest suurem vajadus isiklike abistajate, juhtumikorraldajate, tegevusjuhendajate, erivajadusega laste hoidjate ning hooldustöötajate järele.

## **Poliitikasuunised**

### ***3. Tagada KOVi sotsiaalteenuste ja -toetuste kohta süsteemne andmete kogumine ja hooldusteenuste vajaduse prognoosimine***

- KOVi tasandi andmete kogumise ja teenusevajaduse prognoosimise koondatud andmestiku loomise esimeseks sammuks on teenuse ja andmete ühtsete standardite väljatöötamine.
- Töötada välja andmekogumise toimingud (kes, kus, mida ja millal kogub jne) ning andmete säilitamise alused.
- KOVi tasandil kogutavate andmekoosseisude kokkuleppimisel ja infosüsteemi loomisel võtta arvesse monitooringusüsteemi, otsustustoe ja strateegilise planeerimise vajadusi.
  - Monitooringusüsteemi eesmärk on jälgida teenuste vajaduse, mahu, kvaliteedi ja tulemuslikkuse vastavust seatud eesmärkidele ja kokkulepitud kriteeriumidele (seadused ja/või KOVi enda õigusaktid), kasutades standardiseeritud indikaatoreid.
  - Otsustustoe eesmärk on pakkuda otseselt teenuse osutamisega tegelevatele isikutele taustainfot olukorra, võimalike teenuste ja nende oodatava mõju kohta, et toetada spetsialiste nende igapäevaste otsuste tegemisel.
  - Strateegilise planeerimise toe eesmärk on pakkuda KOVidele koondatud infot rahvastiku, teenuste vajaduse ja teenuste pakkumise kohta ning eri prognooside tegemiseks.
- Leppida riigi ja KOVide koostöös kokku pikaajalise hoolduse indikaatorites, mis on monitooringu ja hindamise aluseks.
- Välja töötada perioodiliste ülevaadete koostamise ja aruandluse mehhanismid (nt teenuste osutamisest, kättesaadavusest, kulutustest ja teenusevajadusest), mis on aluseks edasiste arenduste kavandamisel ja juhtimisel. Selline süsteem võimaldab hinnata KOVide võimekust sotsiaalteenuste korraldamisel ning annab riigile võimaluse tuvastada ja võimestada rohkem tuge vajavaid KOVe.
- Luua õiguslikud alused, et tagada KOVide sotsiaalhoolekande valdkonna süsteemne andmekorje (nt andmete sisestamine pikaajalise hooldusvajadusega isikute, hooldajaks määramise ja hooldajatoetuse maksmise, teenusevajaduse, teenusekasutuse, kulude jms kohta).
- KOVid peavad hindama ja analüüsima pikaajalise hooldusega seotud vajadusi ja probleeme tuginedes indikaatoritele ning teenusvajaduse prognoosimudile.

---

<sup>23</sup> KOVi tasandil andmete kogumise puudumisele viitas 2016.–2017. aastatel hoolduskoormuse vähendamise analüüsi tehes ka Maailmapank. KOVide esindajatega tehtud intervjuud näitasid, et sotsiaalteenuste andmeregister (STAR) võimaldab KOVil küll andmeid sisestada ja koguda, kuid kuna see ei ole KOVile enamasti kohustuslik, siis paljud KOVid andmeid ei sisesta. KOVid ei saa STAR rakendusest ise praktilist kasu ehk neil pole võimalik oma piirkonna inimeste, teenuste ja toetuste kohta ülevaadet saada.

<sup>24</sup> OSKA sotsiaaltöö valdkonna tööjõu- ja oskuste vajaduse prognoosi kohaselt on sotsiaalvaldkonnas tööjõuvajadus kasvav ning selge murekoht teenuste kättesaadavuse tagamisel.

- Perspektiivis võimaldab indikaatorite süsteemne rakendamine kasutada KOVide suunal tulemuspõhise rahastamise või rahalise motiveerimise mehhanisme.<sup>25</sup>
- KOVide infosüsteemi arendada etapi viisi, kuid igal juhul on vajalik STAR 3.0 arendus või uue infosüsteemi loomine ja liidestamine.
- Liidestada KOVide ja riiklikud andmebaasid (sh STAR, SKAIS, TIS, TETRIS, potentsiaalselt ka EHIS (HTM), EMTA jt süsteemid), mis on vajalikud KOV ja riigi tasandil ühtseks monitooringuks, otsustustoeks ja strateegiliseks planeerimiseks, tagades nende ühilduvuse ja koostoime.

#### 4. Arendada sotsiaalteenuste kvaliteeti ja tulemuslikkust

- Kehtestada kohustuslikud nõuded ja ühtsed kriteeriumid KOVi (pikaajalise hooldusega seotud) sotsiaalteenustele ja luua hooldusteenuste pakett, mille olemasolu peab KOV inimestele minimaalselt tagama. Teenuste nõuded peavad olema reguleeritud, et tagada minimaalne kvaliteediraamistik, mille pinnalt on võimalik pakkuda teenuseid üle riigi ühtsetel alustel ning hinnata teenuse tulemuslikkust.
  - Näiteks koostada ühtne teenusepakett koos minimaalsete nõuetega KOVi poolt täisealiste pakutavate hooldusteenuste kohta. Selleks võib kaaluda täiendada praegust sotsiaalhoolekande seaduse § 26 „Täisealise isiku hooldus“ järgmiste komponentidega: a) pikaajalise hoolduse mõiste, b) täisealise isiku hooldamiseks tehtavad toimingud (nii isikuhooldus kui ka igapäevaste toimingute toetamine), c) hooldusvajaduse hindamine, kasutades selleks standardiseeritud hindamisvahendeid (täpsemad kriteeriumid hindamise standardiseerimiseks sätestatakse määrusega), d) teenuse osutaja kvalifikatsioon ja/või hooldustöötaja mõiste määratlemine ja ülesannete sätestamine (kaaluda samas pakettis käsitleda ka e) pereliikme või lähedase hooldajaks määramise ning f) hooldushüvitise määramise aluseid).<sup>26</sup>
- Luua riiklik kvaliteedi- ja tugisüsteem esmatasandi toetamiseks pikaajalise hoolduse ja teiste sotsiaalteenuste planeerimisel, arendamisel, korraldamisel, hoolduse koordineerimisel ja juhtumitega tegelemisel, samuti teenuseosutamise võimekuse ja kvaliteedi tõstmiseks.
  - Selleks anda Sotsiaalkindlustusametile lisaülesanne, et pakkuda KOVidele juhtumite menetlemiseks ja teenuste osutamiseks nõustamist, koolitusi, juhendamist.
  - Riigipoolset nõustamist, juhendamist ja kompetentsi arendamist tuleb pakkuda ka teenuseosutajatele, sh sotsiaalsetele ettevõtetele, kelle võimekused teenuseid arendada ja kvaliteeti pakkuda, on väga erinevad.
- Luua efektiivne järelevalvesüsteem pikaajalise hoolduse valdkonnas, et hinnata nii sotsiaalkui ka tervishoiuteenuste õigusaktides ettenähtud nõuete täitmist.
- Pakkuda teenuse osutajatele ja KOVidele tuge ja töövahendeid teenuste sisehindamiseks, et parandada teenuste kvaliteeti ja tagada suurem kindlustunne oma ülesannete täitmise õiguspärasuse suhtes.

<sup>25</sup> Heaks eeskujuks efektiivse kohaliku omavalitsuse pikaajalise hoolduse teenuste monitooringus võiks võtta Rootsi süsteemi. Vt. Maailmapanga pikaajalise hoolduse uuringu aruanne, Box 8. Tasub vaadata ka Soome süsteemi, kus on kavas hakata rahastama sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid indikaatoritest lähtuvalt.

<sup>26</sup> Tegemist on näitega, et ilmetada minimaalsete kohustuslike teenuse nõuete loomise mõtet, mida tuleb õigusaktide väljatöötamisel täpsemalt analüüsida.

- Toetada riiklikult rahastatavate teenuste ja programmide tulemuslikkuse hindamist riikliku tugisüsteemi kaudu (nt Sotsiaalkindlustusamet, Tervise Arengu Instituut või eraldi loodav innovatsiooniüksus) ning perspektiivis rahastada vaid selliseid teenuseid, mis on positiivse mõjuga ja tõhusad.<sup>27</sup>
- Toetada tõendus põhiste ja innovaatiliste sekkumiste katsetamist ja nende tulemuste hindamist ning edukuse korral teenuse üleriigilist rakendamist.

### **5. Suurendada avaliku sektori rahastust teenuste kättesaadavuse parandamiseks ning pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks**

- Lisakulude planeerimisel ja rahastusmodelite väljatöötamisel lähtuda ühelt poolt kiiret lahendust vajavatest probleemidest, millest prioriteetsed on väiksema tulubaasiga KOVide täiendav rahaline toetamine ning omastehooldajatele suurema toe pakkumine. Teiselt poolt rahastada tegevusi, mis loovad eeldused terviklikuma ja integreerituma süsteemi poole liikumiseks (hoolduse koordineerimine, hindamisvahendid, juhised, ühiskoolitused jt).
  - Maailmapanga hinnangul<sup>28</sup> on pikaajalise hoolduse praeguse korralduse minimaalseks parandamiseks vaja süsteemi täiendavalt lisada 0,2% SKPst ehk vähemalt 40 miljonit eurot aastas, millele võivad lisanduda ühekordsed investeeringud erinevate süsteemi osade uuendamiseks ja arendamiseks.
  - Rahastusmodelite koostamisel on soovitatav muuhulgas arvestada 2009. aastal PriceWaterhouseCoopersi koostatud analüüsiga “Hoolduskoormuse vähendamiseks jätkusuutlikku eakate hooldussüsteemi finantseerimissüsteemi väljatöötamine”.<sup>29</sup>
- Avalikul sektoril tuleb suurendada KOVide rahastamist pikaajalise hoolduse teenuste piisavaks pakkumiseks, tagades esmajärjekorras nõrgema tulubaasiga KOVide lisarahastamise, et tagada teenuste ühtlasem kättesaadavus.
  - Üks võimalus on toetusfondist eraldatav sihtotstarbeline toetus KOVidele, näiteks 5-aastase kestusega, mille puhul KOV saab raha, kui täidab teatud eeltingimused – tõestab, et vajalikud teenused on olemas või muud eeldused täidetud. Viie aasta pärast on kinnistunud Rahandusministeeriumi välja töötatavad teenustasemed ning sihtotstarbelise rahaeralduse võib liita üldise tasandusfondiga vms. Toetusfondist saaksid raha ka Tallinn ja Harjumaa tulukad KOVid, kuid kitsaskohad on eelkõige nõrgema tulubaasiga omavalitsustes.
  - Teine võimalus on suurendada tasandusfondi kogumahtu. Tasandusfondi raha on tulubaasi puudujäägi n-ö täide, millele sihtotstarvet määrata ei saa. Vajaduse korral on võimalik lisada hoolduskoormuse kuluvajadust iseloomustav kuluparameeter. Lahendus võiks töötada juhul, kui samal ajal on avalikult kättesaadavad KOVide teenustasemed ja Sotsiaalkindlustusamet nõustab rohkem tuge vajavaid KOVid ning teenuseosutajaid. Tallinn ja Harjumaa tulukad KOVid ei saaks osa täiendavast rahasüstist.

<sup>27</sup> Soovitus toetab avaliku sektori ja sotsiaalse innovatsiooni edendamise rakkerühma esialgne lõpparuande (2017) ettepanek “Eesmärgistada ja mõõta riiklikult rahastatud programmide tulemuslikkust”.

[https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/kaust/aruanne\\_rakkeruhma\\_kommentaari\\_2017.pdf](https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/kaust/aruanne_rakkeruhma_kommentaari_2017.pdf)

<sup>28</sup> Hetkeolukorrast 1. etappi liikumine võib tähendada SKP kulutuste ligikaudu 0,2% tõusu (Maailmapank 2017).

<sup>29</sup> [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Sotsiaalvaldkond/etapp\\_iii\\_finantssusteem.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/etapp_iii_finantssusteem.pdf)

- Kolmandaks võimaluseks on jaotada KOVide tulumaksuosast osa pensionitulu järgi lisaks praegu palgasaajate tulule. Erinevus pensionites on väiksem kui regionaalsed palgaerinevused ja see tagab tulumaksu sees täiendava tasanduse. Lahendus võiks töötada juhul, kui samal ajal on avalikult kättesaadavad KOVide teenustasemed ja Sotsiaalkindlustusamet nõustab rohkem tuge vajavaid KOVe. Sellisest lahendusest võivad rohkem suurema eakate osakaaluga KOVid, kus eeldatavasti on ka suurem hooldusvajadus.
- KOVidel suurendada pikaajalise hoolduse (eeskätt kodupõhiste) teenuste osutamise mahtu ja rahastamist.
- Luua rahalisi ja muid stiimuleid ning toetusmehhanisme KOVide võimestamiseks sotsiaalteenuste arendamisel, pakkumisel ja tulemuslikkuse tagamisel.
  - Arvestada KOVide võimestamise vajadusega teenuste osutamise koosrahastamise<sup>30</sup> ja koostööd toetava rahastamise<sup>31</sup> lahenduste väljatöötamisel (vt suunis 7) ja/või teenuste kvaliteedi arendamise süsteemi arendamisel KOV koolitus- ning keeruliste juhtumite lahendamise toetuse mehhanismide loomisega (vt suunis 3).
- Teenuste eest tasumisel rakendada astmelist omaosalust, mis võimaldab keskmise ja madalama sissetulekuga isikutel kasutada formaalseid hooldusteenuseid lisaks mitteformaalsele hooldusele.
- ESF uue perioodi vahendite planeerimisel eelistada süsteemsete muutuste ja selge väljumisstrateegiaga pilootprojektide elluviimise toetamist ning vältida olemasolevate ülesannete kulude katmist.

## **6. Töötada välja plaan hooldusteenuste osutamiseks vajaliku inimressursi kohta, et vastata kasvavale hooldusteenuste nõudlusele**

- Kooskõlas Kutsekoja OSKA<sup>32</sup> programmiga tagada hoolduse valdkonna koolitustellimus (sh täienduskoolitus) vastavalt tööjõuvajadusele ning hinnata rahalisi ja teisi ressursse, mida on vaja selleks, et suurendada hooldustöötajate arvu. Hoolduse personali planeerimine on mõjusam juhul, kui vaadatakse üle ka arsti- ja õendusõppe koosseisus antav hooldusteamaline koolitus (inimeste abivajadus ja liikumine süsteemide vahel).
- OSKA uuringule<sup>33</sup> tuginedes töötada välja täpsem pikaajalise hoolduse inimressursi tagamise plaan, tuginedes potentsiaalsele nõudlusele hooldusega seotud töökohtade arvu, nende iseloomu ja vajaliku kvalifikatsiooni suhtes.
- Kaaluda võimalusi hooldustöötajate arvu suurendamiseks sisserände abil, lähtudes riigi üldisest rändepoliitikast.
- Pikaajalise hoolduse inimressursi tagamise plaani raames välja töötada ning rakendada uute ülesannete ja ametikohtade (näiteks hoolduskoordinaatorid) täitmiseks vajalikud õppekavad, koolitused ning värbamismehhanismid.

<sup>30</sup> i. k. *pooled funding* ehk lõimitud rahastus, kus mitmete rahastajate vahendid on koondatud ühte fondi ühiste investeringute eesmärgil.

<sup>31</sup> i. k. *collaborative contracting*, mille korral rahastatakse osalisi ühiste kokkulepitud eesmärkide saavutamise korral osaliselt.

<sup>32</sup> Tööjõuvajaduse seire ja oskuste arendamise koordinatsioonisüsteem, vt <http://oska.kutsekoda.ee>.

<sup>33</sup> [http://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/Sotsiaaltoe\\_OSKA\\_tervik\\_veeb.pdf](http://oska.kutsekoda.ee/wp-content/uploads/2016/04/Sotsiaaltoe_OSKA_tervik_veeb.pdf)



- Õppekavade arendamisel pöörata tähelepanu IKT-õppele, mis soodustab inimeste iseseisvat hakkamasaamist ja paremat järelevalvet ning hõlbustab hooldusteenuste osutamist.
- Pakkuda hooldustöötaja väljaõppeks lühikursusi, mis võimaldavad töötamist isikuhooldajana.

### III. ja IV. Integreeritud ja inimesekeskne pikaajaline hooldus

Maailmapanga uuring ja rakkerühma tegevuse raames peetud arutelud näitasid, et Eesti pikaajalise hoolduse teenuste osutamine on killustunud ning teenuste planeerimisel ja korraldamisel ei lähtuta inimese terviklikest vajadustest ega ole tagatud inimesekeskne lähenemine. Näiteks ei ole hoolduse koordineerimine sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi ning KOVi ja riiklike teenuste korraldustasandite vahel piisav, sh puuduvad ühtselt kasutatavad standardiseeritud hooldusvajaduse hindamise instrumendid, mis võimaldaksid määrata inimesele õige(d) teenuse(d). Info liikumine ühelt spetsialistilt teisele on inimese enda või tema pereliikme vastutada ja korraldada. Ühelgi osalisel (KOV, Sotsiaalkindlustusamet, Haigekassa, Sotsiaalministeerium) ei ole terviklikku ülevaadet inimese vajadustest ega kasutatud teenustest.

Ühelt poolt on tegemist ebaselgete vastutusvaladega sotsiaal- ja tervisevaldkonna ülese poliitika kujundamisel ning hooldusteenuste korraldamisel, teiselt poolt ei ole loodud vajalikke eelduseid<sup>34</sup> kahe sektori parema koostoime võimaldamiseks.

Viimastel aastatel on valdkondade vahelise koostöö parandamiseks algatatud mitmeid (pilot)projekte (näiteks rehabilitatsiooniteenuste disaini projekt, Viljandi haigla teenuste integratsiooniprojekt jt). Killustatuse vähendamiseks on tarvis investeerida nii sisuliste kui ka tehniliste lahenduste loomisesse. Arvestades praeguse süsteemi üsna suurt killustatust ja kahe sektori toimimise erinevust, on **esmajärjekorras tarvis luua integratsiooniks vajalikud eeldused ning tõhustada sektorite vahelist koostööd ja koordinatsiooni.**

Integreeritud teenuseosutamist saab eelkõige mõista kui inimeste hooldus- ja ravivajaduste katmist teenuste parema koordineerimise abil. Integratsiooni ulatus varieerub (joonis 3) – alates lihtsalt teenustevaheliste ühenduste ja infovahetuse loomisest (koostöö), asutuste vahel koordinatsioonimeeskondade loomisest ja teenuseosutamise juhtimisest (koordinatsioon) kuni eri organisatsioonide liidetud eelarvete loomise ja organisatsioonide formaalse liitmiseni (täielik integratsioon). Teenuste integratsiooni taseme valik sõltub paljudest teguritest, kuid kirjanduse põhjal on edukamad olnud arendused, millega toetatakse juba olemasolevat partnerlust.<sup>35</sup> Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühm on pidanud mõistlikuks keskenduda eeskätt koostöö ja koordinatsiooni parandamisele, kuid peab oluliseks leida lahendusi ka süsteemide või teenuste osaliseks või täielikuks integreerimiseks.

Kohest konkreetset lahendust teenuste integreerimisel vajavad tervishoiuteenuste osutamine üldhooldekodudes ning sügava puudega ja voodis lamavate laste hooldus. Terviseameti 2017. aasta uuring tervishoiuteenuste osutamise kohta hoolekandetasutuses näitas, et tervishoiuteenuste kättesaadavus üldhooldekodudes ei ole ühetaoline ning õendusabile ligipääs ei ole vajalikul määral

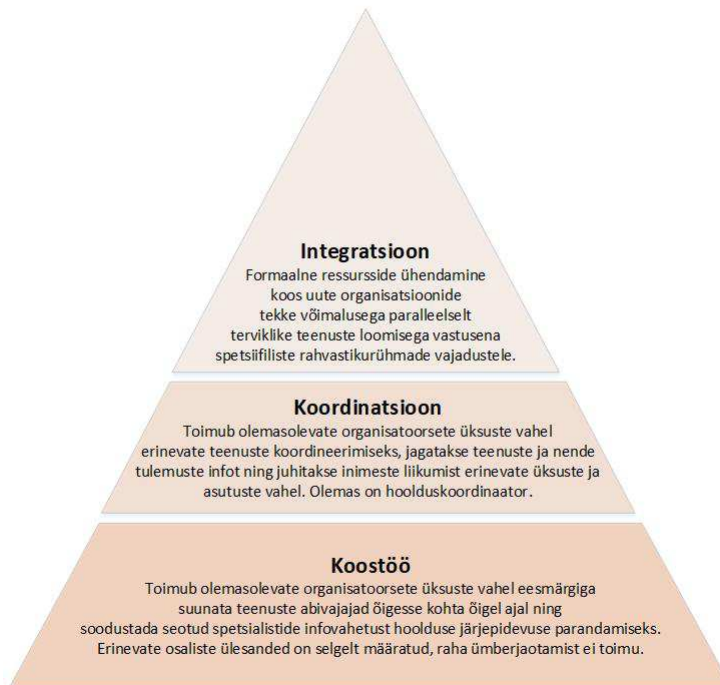
<sup>34</sup> Nt ühiste väärtuste ja põhimõtete olemasolu, teenuste sarnased kvaliteedinõuded, puuduvate teenuste arendamine, ühtsetel alustel andmete kogumine, kõigi osaliste ligipääs andmetele, ühtlustatud või ühtsed rahavood, sarnased haldustoimingud ja professionaalsed normid.

<sup>35</sup> T. Lai (2016) koostatud kirjanduse ülevaade integratsiooni teooriatest.



tagatud. Samuti ei pääse üldhooldekodude kliendid piisavalt perearsti vastuvõtule. Sügava puudega ja ravimatult haigete lamavate laste hooldus ning põetus on komplekselt lahendamata ja praegu osutatakse neile lastele asenduskoduteenust. Asenduskoduteenuse eesmärk ei ole aga pikaajaline hooldus ning sisuliselt on sellele rühmale (umbes 40 last Eestis) vajalik teenus puudu.<sup>36</sup>

**Joonis 3.** Integratsiooni astmed<sup>37</sup>



**Hoolduskoormuse vähendamiseks tuleb arendada ka hoolduse vajaduse teket vähendavaid ja ennetavaid tegevusi.** Pikaajalise hoolduse puhul tegeletakse suuresti jäämäe veepealse tipuga, kuid tegelema peaks ka haigusseisundite tekke ja raskenemise ennetamise ning vähendamise. Rakkerühma liikmete eksperdihinnangu kohaselt on paljud inimesed, kes vajavad hooldust ja tuge igapäevatoimingutes, jõudnud abivajajate hulka haigestumise või trauma tõttu ning kuuluvad seega taastusravi ja rehabilitatsiooni sihtrühma. Taastusravi ja rehabilitatsiooni teenused ei ole Eestis piisavalt kättesaadavad ning sellest tulenevalt ei ole piisavalt kasutatud taastusravi ja rehabilitatsiooni teenuste mõju edaspidise kõrvalabi vajaduse vähendamiseks. Taastusravi ja rehabilitatsiooni parema kättesaadavuse ning integreeritud korralduse abil võib eeldada hoolduskoormuse vähenemist, kuna suurem hulk inimesi saab iseseisvalt või väiksema kõrvalabiga hakkama.<sup>38</sup>

## **Poliitikasuunised**

### ***7. Luua poliitika- ning õiguslik raamistik sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integratsiooniks ning õigeaegse, vajadustele vastava ja järjepideva pikaajalise hoolduse tagamiseks***

- Tuvastada õigusanalüüsiga integratsiooni piiravad sätted, samuti analüüsida sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna organisatsioonikäitumist ja protseduurilist raamistikku ning eemaldada

<sup>36</sup> Probleem tõstatatud rakkerühma kaasamisaruatlude käigus. Sel teemal tehtud uuringud või aruanded ei ole rakkerühmale olnud kättesaadavad.

<sup>37</sup> T. Lai (2016) koostatud kirjanduse ülevaade integratsiooni teooriatest.

<sup>38</sup> Olukorra kirjeldus rakkerühmas liikmete eksperdiarvamuse ning muude kohtumiste põhjal.

integratsiooni takistused organisatsioonide tasemel. Luua selgemad piirid sotsiaal- ja tervisevaldkonna spetsialistide tegevusele ning hoida ära dubleerimist.

- Eemaldada integratsiooni takistavad tegurid (näiteks eri hinnastamise põhimõtted ja rahastamismehhanismid, andmebaasid jne)<sup>39</sup>, leppida kokku ühised eesmärgid tervishoiu ja sotsiaalhoolekande teenuste korraldamiseks ja osutamiseks ning ühtlustada valdkondlikud arengusuunad.<sup>40</sup>
- Välja töötada sotsiaal- ja tervisesektori teenuste integreeritud osutamise koosrahastamise ja koostööd toetava rahastamise ning ühtse hoolduskorralduse mehhanismid, et tagada koostöö ning koordineerimine teenuste osutamisel.
  - Analüüsida koostööd toetava ja koosrahastamise parimaid praktikaid maailmas ning töötada välja Eestile sobivad lahendused (vt analüüsi juhiseid täpsemalt järgmiste sammude peatükist ning lahendusideid lisast 3).

### **8. Pikaajalise hoolduse osaliste<sup>41</sup> koostöö parandamiseks võimaldada info liikumine sotsiaalhoolekande ja tervishoiu infosüsteemide vahel**

- Teha õigusanalüüs, kuidas võimaldada digitaalsete andmete jagamist tervishoiu ja sotsiaalhoolekande süsteemide vahel.
- Standardiseerida sotsiaal- ja tervishoiusektoris kogutavad andmed ning otsustada, milliste andmete vahetus sektorite vahel on vajalik pikaajalise hoolduse järjepidevuse ja tõhususe tagamiseks.
- Luua süsteem sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutajate, KOVide ja teiste pikaajalise hoolduse süsteemi osaliste vahel andmevahetuse tagamiseks.
- Luua koondatud andmestikud, mis võimaldavad jälgida inimeste liikumist kõigi erinevate pikaajalise hoolduse teenuste ja süsteemi osaliste vahel koos andmetega osutatud teenuste, tehtud toimingute ning nende tulemuste kohta.
  - Alustada võiks sellise pikaajalise hoolduse sihtrühmaga, kelle sotsiaal- ja tervishoiuteenuste kasutamise andmed on juba riiklikes süsteemides olemas ning kelle puhul on võimalik jälgida nende liikumist teenuste vahel. Sellisteks sihtrühmadeks on näiteks puudega lapsed, psüühikahäirega inimesed, kes on nii tervishoiu-, riiklike sotsiaalteenuste (nt ESFi ja Norra vahenditest osutatavate) kui ka KOV rahastatavate teenuste kasutajad. Olemasolevate andmete kokkuviiimine ja analüüs annab võimaluse hinnata kasutatud teenuste mahtu ja saavutatud tulemust.
  - Hiljem laiendada süsteemi ka teistele sihtrühmadele, võttes arvesse nende spetsiifilisi teekondi süsteemis ja sellest tulenevaid erinevusi andmetes.
- Tagada pikaajalise hooldusega seotud spetsialistide võimekus sõltumata nende organisatsioonilisest kuuluvusest jälgida, lugeda, mõista, sisestada ja kasutada sotsiaal- ja tervisevaldkonna ning KOVi loodud andmeid oma ülesannete täitmiseks.

<sup>39</sup> Vt lisa 3 Integratsiooni takistavad tegurid. Rakkerühma töö raames läbi viidud ajurünnaku põhjal tehtud kaardistus.

<sup>40</sup> Inimestele nende vajadustele vastavate teenuste ja muu abi kättesaadavuse tagamiseks tuleb poliitika planeerimisel rohkem tähelepanu pöörata eri sihtrühmadele vajalike teenuste arendamisele. Nt on Maailmapanga 2017. aasta aruandes mainitud, et puudub dementsetele eakatele sobiv teenus. [Heaolu arengukavas](#) tuuakse esile, et on sihtrühmi (nt dementsusega eakad, psüühikahäirega inimesed, kellel on diagnoositud sõltuvushäire), kelle vajadustele vastavad hooldusvõimalused ja sobivad sotsiaalteenused puuduvad.

<sup>41</sup> Pikaajalise hoolduse osapooltena peetakse silmas sotsiaal- ja tervisevaldkonna riigi ning kohaliku omavalitsuse vastavaid ametkondi ja spetsialiste, teenuse osutajaid jt osapooli, kellele on vaja tagada infole ligipääs.

- Luua e-lahendused, mis toetavad teenuste koordineeritud planeerimist ja osutamist, pakuvad süsteemi osalistele neile vajalikku otsustustuge ning võimaldavad jälgida tegevuste ja teenuste tulemuslikkust.
  - Tehnilised lahendused peavad võimaldama nii riigil kui ka KOVIDel saada sisestatud andmete kohta ülevaateid, et omada teenuste planeerimiseks ja kvaliteedi parandamiseks vajalikku andmestikku.
- Andmete kogumisel ja kasutamisel lähtuda *once only* printsiibist – korra sisestatud andmeid kasutatakse kõigis neid andmeid vajavates avalikes andmestikes ning tegevustes, välistades andmete korduvsisestuse vajaduse.

### 9. Luua pikaajalise hoolduse ja ravivajaduse integreeritud hindamise raamistik

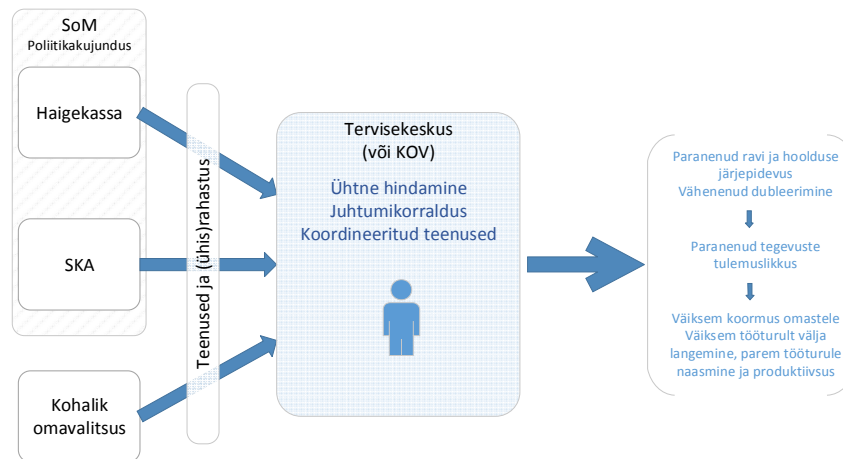
- Võtta üle riigi kasutusele standardiseeritud hindamisvahendid pikaajalise hoolduse ja ravivajaduse ühtlustatud ning inimesekeskseks hindamiseks nii tervishoiusüsteemis kui ka riikliku ja KOVi tasandi sotsiaalhoolekande süsteemis.
  - Ühe tööriistana võtta nii sotsiaal- kui ka tervisevaldkonnas kasutusele InterRAI hindamisraamistik, mida kasutatakse juba tervishoiusüsteemis, ning töötada välja tehniline platvorm InterRAI hindamise teostamiseks.
- Tuua tehnilise platvormi kaudu kokku eri asjakohased hindamissüsteemid (sh rehabilitatsioonivajaduse hindamine, töövõime hindamine, hooldusvajaduse hindamine, ravivajaduse hindamine jt), mis võimaldavad saada inimeste vajadustest tervikliku ülevaate ning pakkuda vajadustele vastavaid teenuseid.
- Korraldada ühiskoolitusi sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi spetsialistidele standardiseeritud hindamisvahendite kasutamiseks. Ühiskoolitused võimaldavad luua keskkonda mõistete ja arusaamade ühtlustamiseks ning sarnase väärtusbaasi loomiseks.
- Võtta kasutusele inimesekeskne ja pikaajalise hoolduse osaliste ülene elektrooniline ravi- ja hooldusplaan, mille täitmist jälgib hoolduskoordinaator koos inimese ja ta lähedastega ning millele on ligipääs määratud teenuseosutajatel.
  - Inimesele koostatavas personaalses plaanis peaksid olema integreeritud hoolduse, pöetuse, ravi ja tervisekäitumise soovitusetega seonduvad tegevused. Ühtse ravi- ja hooldusplaani täitmise eest peaksid vastutama nii inimene ise kui ka hoolduskoordinaator ja perearst (vajaduse korral lisaks teised tervishoiutöötajad).

### 10. Arendada välja inimeste vajadustest lähtuv ning neid toetav hoolduse korraldus, mida juhib hoolduskoordinaator

- Töötada välja inimesekeskne hoolduse süsteem (joonis 4), kus inimesed on hoolduse protsessi täieõiguslikud osalised ja partnerid spetsialistidele, kus inimeste vajadusi hinnatakse terviklikult, kus arvestatakse inimeste eelistusi ning pakutakse inimeste vajadustele ja eelistustele vastavaid teenuseid. Inimesekeskse hoolduse juhtroll asub esmatasandil<sup>42</sup> ning hoolduse koordinaator on inimese vajaduste eest seisja, kes tagab, et inimene saaks võimalikult suurt tuge ja head abi.

<sup>42</sup> Esmatasandi all on käesolevas dokumendis mõistetud esmatasandi tervishoiuteenuste ning KOV poolt sotsiaalhoolekandeteenuste korraldamist ja osutamist.

**Joonis 4.** Inimesekeskse hoolduse süsteem



- Töötada välja esmatasandi pikaajalise hoolduse koordinaatsiooni mudel ja rahastamise mehhanism ning määrata kindlaks osaliste lepingulised suhted, samuti koordinaatori ülesanded, vastutusala, õigused ja kohustused.
  - Anda hoolduskoordinaatorile õigused sotsiaal- ja terviseandmetele ligipääsuks ning mõelda läbi, kuidas vajalik informatsioon koordinaatorile kättesaadavaks teha. Näiteks kui kiirabitöötaja on kiirabikaardile märkinud, et patsiendil on tema hinnangul sotsiaalse hoolduse vajadus, siis peaks see info jõudma ka hoolduskoordinaatorini.
  - Kaaluda hoolduskoordinaatori ametikoha loomise ülesande andmist KOVile, kes vastutab nii pikaajalise hoolduse korraldamise kui ka juhtumikorralduse rakendamise eest. Ülesanded peavad sisaldama nii sotsiaal- kui ka tervishoiusüsteemi vajadustest tulenevaid kohustusi.
  - Hoolduse koordinaatori füüsiliseks asukohaks on eelistatult esmatasandi tervisekeskus või sellele ligipääsu puudumisel KOV.
  - Arvestada haiglates töötavate sotsiaaltöötajate ressursiga kui hoolduse kordineerimise algatajatega, kuna sageli kujuneb hooldusküsimuste lahendamise vajadus välja haiglas (nt insuldist tulenev 24-tunnine hooldusvajadus, inimene ei saa naasta kodusse keskkonda). Haigla sotsiaaltöötaja saab anda oma ülesannete täitmise ja inimese haiglast lahkumise järel juhtumi üle esmatasandi hoolduskoordinaatorile ehk loogilise jätku saab liikumine haigla ja esmatasandi vahel edasise hoolduse korraldamiseks.
- Viia ellu pilootprojekt esmatasandi tervisekeskustes ja kohalikes omavalitsustes hoolduse koordinaatsiooni mudeli testimiseks ja tulemuslikkuse hindamiseks. Tuginedes piloteerimise tulemustele, töötada välja üleriigilise rakendamise kava ning teha hoolduse koordinaatsiooni teenus üleriigiliselt kättesaadavaks.
  - Pilootprojekt on soovitatav viia ellu eri-ilmelistes omavalitsustes ning ühena neist Viljandis juba käimasoleva teenuste integratsiooniprojekti raames, kuna seal on hoolduse koordinaatsiooni eeldused loodud või loomisel.
- Pakkuda hoolduskoordinaatorite täienduskoolitust, et tekitada pikaajalise hoolduse alane kompetents ning arendada nende sotsiaal- ja tervishoiualaseid teadmisi.
- Pakkuda esmatasandil (KOV, perearstisüsteemi või hoolduse koordinaatori poolt) pikaajalise hoolduse süsteemi sisenemise tuge nii hooldusvajadusega inimestele kui ka nende

pereliikmetele, kuna hooldusvajadus võib tulla ootamatult ja inimesed ei ole selleks olukorraks valmis.

### **11. Toetada professionaalset integratsiooni**

- Toetada ja soodustada regulaarseid kontakte tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande spetsialistide ning teenuseosutajate vahel ühiste arusaamade ja infovälja loomiseks.
  - Näiteks kõrgkoolides pakkuda valdkondade üleseid mooduleid ühiselt nii tervise- kui ka sotsiaalvaldkonna tudengitele.
  - Välja arendada ja korraldada arstide, õdede, sotsiaaltöötajate jt hooldusega seotud spetsialistide ühiseid koolitusi baas- ja täiendusõppes.
- Töötada välja tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande spetsialistidele ühised pikaajalist hooldust puudutavad juhised kliendi teekonna paremaks juhtimiseks, dubleerimise vähendamiseks ja teenuste järjepidevuse tagamiseks.

### **12. Tagada sotsiaal- ja tervishoiuteenuste parem integreeritus üldhooldekodudes ning sügava puudega ja lamavate laste hoolduses**

- Kehtestada ühtsed nõuded ja standardid üldhooldekodu teenusele sõltumata teenuse finantseerimise allikast<sup>43</sup>.
  - Kehtestada nõuded üldhooldekodu personali suhtarvu kohta ja täpsustada kvalifikatsiooninõudeid hooldustöötajate pädevuse ulatuse kohta, sh milliseid teenuseid võivad osutada üksnes õendusspetsialistid.
  - Kehtestada nõuded üldhooldekodude klientidele tervishoiuteenuste kättesaadavuse kohta ning tervishoiuasutusse suunamise tingimused ja protseduurid (nt saatekirjade süsteemi loomine).<sup>44</sup>
- Tagada õendusteenuse kättesaadavus üldhooldekodudes ja koduõendussüsteemis vajadusel ööpäevaringse valmisolekuga, kindlustada õendusteenuse rahastamine haigekassa eelarvest.
  - Alla 40 voodikohaga üldhooldekodu puhul on soovituslik kehtestada nõue, et õendusteenusega on kaetud 4 tundi päevas öe olemasoluga kohapeal või koduõenduse teenusega sõltuvalt klientuurist. Üle 40 voodikohaga hooldekodus peab öde olema kohal 8 tundi päevas.<sup>45</sup>
- Tagada tervishoiukorraldus, kus tervisekeskus peab oma teeninduspiirkonnas katma esmatasandi teenustega institutsionaliseeritud pikaajalist hooldust vajavate inimeste tervisevajadused.
- Raske ja sügava puudega lastele, kes vajavad oma seisundi tõttu nii meditsiinilist hooldamist kui ka hoidu, arendada välja integreeritud põetus- ja hooldusteenus, tagades ELi struktuurivahendite lõppemisel teenuse riikliku rahastamise. Arendada ravimatult haigetele lamavatele lastele välja hospitiitteenus, mille raames pakutakse ka vajalikku toetust lapse lähedastele.

<sup>43</sup> Lisaks teenuse ühtlase kvaliteedi tagamisele on eesmärk vältida olukorda, kus erasektori teenuseosutajad ei ole kohustatud tagama teenuse vastavust regulatsioonidele.

<sup>44</sup> Soovitus tugineb Terviseameti poolt 2017. aastal läbiviidud uuringus "Tervishoiuteenuste osutamine hoolekandeesutustes" tehtud ettepanekutele. Ettepanekut arutatakse rakkerühma alatöörühmas veel täpsemalt.

<sup>45</sup> Hooldekodude juhid on toonud esile vajaduse 1 öe järel 50 hooldatava suhtes, mis on selle arvestuse aluseks.

- Mõlema teenuse arendamiseks teha täpsem teenusevajaduse analüüs ning korraldada teenusedisain ja hinnastamine, sh luua teenuse kirjeldus ning vajalikud õigusaktid.

### **13. Arendada hooldusvajaduse tekkimist ja süvenemist ennetavaid meetmeid ning nüüdisaegsetel infotehnoloogilistel lahendustel baseeruvaid kaugnõustamise teenuseid nii sotsiaal- kui ka terviseprobleemide korral**

- Kaaluda sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni ning taastusravi ühendamist ühtseks rehabilitatsioonisüsteemiks, et ennetada ja vähendada tõhusamalt inimeste hooldusvajadust ning seeläbi hoolduskoormust.
- Soodustada abistava tehnoloogia kasutamist hoolduskoormuse vähendamiseks ja hooldusvajaduse süvenemisel kodu kohandamise, meditsiiniliste abivahendite, invatehniliste abivahendite ja abistava tehnoloogia kaasabil ning hooldust vajavate isikute ja nende pereliikmete nõustamist nendel teemadel.<sup>46</sup>
  - Näiteks kukkumise järel inimese püstiaitamise masina kasutamine, häirenupu ja abikutsumise süsteemid jmt.

## **V. Suurem tugi omasteholdajatele**

Pereliikmete roll oma lähedaste hooldamisel on suur nii Eestis kui ka mujal maailmas. Euroopa omasteholdajate ühenduse EuroCarers hinnangul on ligi 80% hoolduskoormusest ELi omaste ehk abikaasade, sugulaste ja sõprade kanda ning see töö on harilikult tasustamata. Nagu eespool esile toodud, on Eesti pikaajalise hoolduse korralduse puuduseks avaliku sektori vähenenud roll teenuste ja toetuste rahastamisel, arendamisel ning kättesaadavaks tegemisel, mistõttu lasub hoolduskoormus suuresti pereliikmetel. Selline olukord ei taga hooldusvajadusega inimeste võimalikult iseseisvat toimetulekut ega abivajajate ja nende pereliikmete inimväärset elu.

Tööjõu-uuringu (2015) andmetel ei saa Eestis ligikaudu 13 000 inimest kas täielikult või osaliselt tööhõives osaleda oma lähedase hooldamise tõttu, mis tähendab riigile saamata jäänud maksutulu ning lisakulutusi nende inimeste majandusliku toimetuleku toetamisel. Omasteholdusega kaasnevad suured riskid hooldaja enda heaolule ja tervisele, seda ka siis, kui hoolduskoormus ei mõjuta otseselt inimese sissetulekuid. 51% Eesti omasteholdajatest on pensionärid<sup>47</sup> ning 63% hooldajatest väidab, et neil on mõni pikaajaline haigus või terviseprobleem<sup>48</sup>. Euroopa Komisjon on viidanud, et vaimse tervise probleemid on omasteholdajatel 20% suuremad kui neil, kes oma lähedaste hooldamisega ei tegele, ja veelgi suuremad probleemid on inimestel, kes hooldavad väga intensiivselt (rohkem kui 20 tundi nädalas).<sup>49</sup> Ka Maailmapank viitab oma 2017. aasta uuringus, et suurel hoolduskoormusel on negatiivsed mõjud inimeste osalemisele tööhõives, nende heaolule ja tervisele.

<sup>46</sup> Näiteks on Valga linn valmistanud 2016. aastal ette selliste teemadega tegeleva kompetentsikeskuse ülesehitamise. EAS kompetentsikeskuste voorust rahastust ei saadud, kuid juriidiline keha ja koostöövalmidus on olemas. Plaanitud on nutilaborite loomist uute tehnoloogiate leidmiseks, kasutades leiutamise viise, nt Garage48; kodude ja hooldekodude keskkonna ja tööstruktuuris leiutisi; lahendusi linnaplaneeringus ja kortermajades universaalse disaini põhimõtetest lähtuvalt.

<sup>47</sup> Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring 2009. (Saar Poll OÜ, Tartu Ülikool (Kadri Soo, RAKE).

<sup>48</sup> [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium\\_kontaktid/Uuringu\\_ja\\_analuusid/Sotsiaalvaldkond/piu2009\\_loppraport.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/piu2009_loppraport.pdf).

<sup>49</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ageing/docs/ev\\_20140618\\_co04\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ageing/docs/ev_20140618_co04_en.pdf), lk 23.

Hooldusvajadusega inimeste paremaks abistamiseks ja pereliikmete koormuse vähendamiseks on esmatähtis tegeleda pikaajalise hoolduse teenuste kättesaadavuse parandamisega, et inimesed ei peaks oma lähedaste hooldamise tõttu jääma aktiivsest tööelust eemale. Pikaajalise hoolduse pakkumine Eestis jääb lähiaastatel ilmselt veel üsna suurel määral sõltuma omastehooldusest ja hooldust vajava inimese enda või ta pere rahalisest panusest, sest avaliku sektori panuse märkimisväärne suurendamine on kulukas ja võtab aega. Seetõttu on tarvis teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamise kõrval pakkuda omastehooldajatele senisest rohkem tuge.

Rakkerühm pidas probleemiks omastehooldaja mõiste legaalse definitsiooni puudumist ning hooldajaks määramise ja hooldajatoetuse maksmise suuri erinevusi KOVIDes<sup>50</sup>, mis on tingitud õigusaktide ebaselgusest ja konkreetsete kriteeriumide puudumisest. Maailmapank viitab, et enamik riike, mis maksavad omastehooldajatele hooldamise eest hüvitist, rahastavad seda riigieelarvest ühtsete kriteeriumide alusel riigi poolt pakutava sotsiaalse garantiina. Selleks, et saada hüvitist, peavad hooldaja või hooldatav vastama teatud kriteeriumidele, milleks on näiteks puude aste või minimaalne hooldamise tundide arv.<sup>51</sup> Sisuliselt on suures mahus hooldamise (kui pereliige või lähedane peab hooldamise tõttu osaliselt või täielikult töölt eemale jääma) puhul tegemist omastehooldajate poolt hooldusteenuse asendamisega, mis on tingitud ühelt poolt inimeste ebapiisavatest rahalistest võimalustest teenuseid osta ja teiselt poolt avaliku sektori vähesest panusest pikaajalisse hooldusesse. Omastehooldaja määramine oma lähedase ametlikuks hooldajaks võiks kõne alla tulla juhtudel, kui selline lahendus on nii hooldusvajadusega inimesele kui ka tema pereliikmele kõige parem ning sellele on eelnenud KOVi poolt hooldusvajaduse põhjalik hindamine ning on proovitud leida lahendusi inimese vajadustele vastavate teenuste pakkumiseks.

Rakkerühma aruteludes viidati ka õigusaktide ebaselgusele, mis võimaldab erinevalt tõlgendada pereliikmete ülalpidamiskohustuse sisu. Seetõttu on tarvis täpsustada pereliikmete hooldamise ja ülalpidamiskohustusega seotud õigusakte ning jõuda nende samataolise tõlgendamiseni, milleks telliti rakkerühma töö raames advokaadibüroolt Lextal analüüs ja juhend ülalpidamiskohustuse täitmise hindamiseks.

## **Poliitikasuunised**

### ***14. Luua selged ja üheselt tõlgendatavad põhimõtted hooldusvajadusega inimese pereliikmete ülalpidamiskohustuse kohta***

- Korrastada õigusruum ja teha vajalikud muudatused tulenevalt ülalpidamiskohustuse õigusselguse analüüsi tulemustest<sup>52</sup>.
  - Muudatuste tegemisel lähtuda põhimõttest, et igal täisealisel inimesel on õigus elada iseseisvat elu ning inimene ei peaks sõltuma oma lähedaste majanduslikust olukorrast.
  - Ülalpidamiskohustuse täitmise ulatuse hindamisel arvestada pereliikmete ja lähedaste poolt oma lähedase hooldamisse panustatud aega ja hooldamise eeldatavat kestust (nt kas lähedase hooldusvajadus on eluaegne).
- Pakkuda koolitusi KOVidele hooldusvajadusega inimese ja ülalpidamiskohustusega pereliikmete majandusliku võimekuse hindamiseks, mis on teenuste rahastamise otsuste tegemise aluseks.

<sup>50</sup> Andmestik KOV erinevuste kohta vt Maailmapanga uuring "Hoolduskoormuse vähendamine Eestis" (2017).

<sup>51</sup> Ibid (Annex 3).

<sup>52</sup> Riigikantselei poolt rakkerühma tegevuse raames tellitud ja advokaadibüroo Lextal poolt koostatud analüüs (2017).



### **15. Töötada välja ühtsed õiguslikud alused pereliikmete või lähedaste ametlikuks hooldajaks määramise kohta**

- Pereliikme või lähedase hooldajaks määramise esmaseks eelduseks on abivajaja hooldusvajaduse hindamine ning sellest tulenevalt inimese vajadustele vastavate teenuste tuvastamine. Hooldusvajadusega isiku pereliikme või lähedase saab määrata ametlikuks hooldajaks vaid nende soovil ning juhul, kui professionaalsete hooldusteenuste pakkumine ei ole mingil põhjusel võimalik või pereliikme ametlikuks hooldajaks määramine on selles olukorras parim lahendus.
- Määrata õigusaktides kindlaks oma pereliikme või lähedase ametlikuks hooldajaks määramise täpsed kriteeriumid.
  - Määrata kindlaks pereliikme või lähedase pakutava tavapärase hooldamise ja intensiivse hooldamise ajaline piir. Näiteks võiks intensiivse hooldamisena käsitada hooldamist rohkemal määral kui 20 tundi nädalas (20 tunnile viitab ka näiteks OECD<sup>53</sup>).
  - Ametlikuks hooldajaks on võimalik määrata pereliikmeid ja lähedasi, kes hooldavad intensiivselt ehk rohkem kui seadusandja määratud ajaline piir. Seega alla 20 tunni nädalas hooldamist on ennekõike tavapärase hoole kandmine ja seda ei pea tasustama.
  - Pereliige või lähedane peab olema sobiv täitma hooldusvajadusega seotud ülesandeid.
- Uuendada ja teha KOVidele kättesaadavaks juhised pereliikme või lähedase hooldajaks määramise sobilikkuse hindamiseks.

### **16. Luua ühtsed alused hooldushüvitise kohta, tõsta hüvitise suurst ning tagada selle täpsem määramine**

- Pereliikme või lähedase ametlikuks hooldajaks määramisega peab kaasnema automaatne õigus hooldushüvitisele, et hüvitada osaliselt hooldamise tõttu saamata jäänud tulu.
- Kehtestada õigusaktides hooldushüvitise maksmise kohustuslikud kriteeriumid ja määrata ühtne hooldajatoetuse miinimum koos 2–3astmelise diferentseerimisega tulenevalt hooldusvajadusega isiku tegevuspiirangutest ja iseseisva toimetuleku tasemest.<sup>54</sup>
  - Hüvitise miinimum võiks soovitavalt olla seotud töötasu alammääraga, nt aastatega kasvav koefitsient miinimumpalgast.
  - Hüvitist võiks olla võimalik maksta nii täismahus kui ka osaliselt tulenevalt olukorra hindamisel selgunud vajadusest.
- Hooldushüvitise maksmiseks tuleb tagada lisaraha.

### **17. Pakkuda tugimeetmeid ja sotsiaalseid garantiisid oma pereliikmeid või lähedasi suures mahus hooldavatele inimestele**

- Tagada hooldajaks määratud isikute kaetus sotsiaalkindlustusega.

<sup>53</sup> <http://www.oecd.org/els/health-systems/47884865.pdf>, lk 101. Intensiivsed hooldajad on inimesed, kes hooldavad oma lähedasi rohkem kui 20 tundi nädalas ja kellel on sellest tulenevalt suurem tõenäosus jääda eemale tööhõivest, omada rohkem vaimse tervise probleeme.

<sup>54</sup> Analüüsi aluseks võtta näiteks Maailmapanga uuringus (2017) toodud näited Inglismaa ja Iirimaa praktikast (Annex 3).



- Üks võimalus on eraldada KOVidele sihtotstarbeliselt täiendavaid riigieelarvelisi vahendeid minimaalse sotsiaalmaksu tasumiseks nende inimeste eest, kes on määratud oma pereliikme või lähedase ametlikuks hooldajaks ning ei tööta.
- Teiseks võimaluseks on lugeda hooldajaks määratud ja mittetöötavad isikud sotsiaalkindlustuskaetusega võrdsustatuks sarnaselt laste ja pensionäridega, st tegelikkuses nende eest sotsiaalmaksu ei maksta, aga nad on sotsiaalkindlustusega kaetud ja nende tegevus loetakse hõivatud aastateks.
- Töötada välja meetmed ja nende rakendamise alused omaste hooldamisega suurel määral koormatud pereliikmetele ja lähedastele<sup>55</sup> puhkuse võimaldamiseks, sh puhkusehüvitised, õiguslikud alused puhkuse saamiseks ja asendushooldusteenuse kasutamiseks.
- Analüüsida tasustatud või tasustamata eripuhkuse võimalusi ning luua meetmed, mis võimaldavad töötajal olla töölt eemal, et organiseerida oma lähedase hooldust või pakkuda lühiajalist hooldust.<sup>56</sup>

### 18. Pakkuda hooldusvajadusega inimestele ning nende pereliikmete infot ja nõustamist

- Tagada pikaajalise hoolduse korralduse ja teenuste kohta kvaliteetse info kättesaadavus Sotsiaalministeeriumi ja sihtrühmade esindusorganisatsioonide vahelise strateegilise partnerluse lepingu kaudu.
- Luua võimalused omastehooldajatele koolituste ja nõustamise, sh kogemusnõustamise pakkumiseks Sotsiaalministeeriumi ja sihtrühmade esindusorganisatsioonide vahelise strateegilise partnerluse lepingu kaudu.

## VI. Paremad eeldused vabatahtlike ja kogukonna kaasamiseks

Pikaajalise hoolduse korralduse ja rahastamise kõrval on olulised ka lahendused omastehooldaja sotsiaalse võrgustiku toetamiseks ning kogukondlike sidemete alalhoidmiseks või taasloomiseks.

Maailmapanga uuringust selgus, et omastehooldajate sagedaseks probleemiks on sotsiaalne isoleeritus. Hoolduskoormuse tõttu eemalduetakse sõpradest ja lähedastest ning kohalikust kogukonnast ehk sellest võrgustikust, millele hooldaja saab oma elukorralduses lisaabi saamiseks toetuda. Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring näitas, et 38% omastehooldajate esmane huvi ja vajadus on vähendada teenuste abiga hooldusega seotud koormust ning saada lisaks vaba aega.<sup>57</sup> See on üks konkreetne nišš, kus kogukonna ja vabatahtlike koordineeritud panus võiks anda juba lühikeses perspektiivis olulise muutuse, sest asendushoolduse ning intervallhoolduse teenuste pakkujad sisuliselt puuduvad ning need teenused on rahaliselt kulukad nii teenusepakkujale kui ka kliendile.

<sup>55</sup> Näiteks sellise abivajaja, kelle osas on läbi viidud abivajaduse hindamine ja kelle hooldusplaanis on kirjeldatud teda toetavad tegevused, pereliige või lähedane võiks olla õigustatud saama puhkust. See pereliige või lähedane ei pea olema määratud hooldajaks, kuid ta teostab abivajaduse hindamisega välja toodud ja hooldusplaanis sisalduvaid toetavaid tegevusi.

<sup>56</sup> Omastehooldajate tugimeetmete väljatöötamisel on soovitatav võtta aluseks teiste riikide praktika, Maailmapanga uuringu raport Box 5. *Benefits for informal caregivers in selected European countries* (lk 91-92).

<sup>57</sup> "Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring 2009" (Saar Poll OÜ, Tartu Ülikool (Kadri Soo, RAKE).

Eestis vabatahtlikku tööd teinud inimeste osakaal võib Praxise hinnangu<sup>58</sup> olla kuni 30% rahvastikust, kuid Külaliikumise Kodukant arvamuse kohaselt on see protsent tõenäoliselt suuremgi, sest inimesed sageli ei teadvusta enda vabatahtlikku panust näiteks kogukonna elu korraldamisel. Vaid 16% vabatahtlikust tegevusest on seejuures seotud sotsiaalvaldkonnaga. Eri piirkondades on üksikuid häid näiteid ning erinevaid sotsiaalset ettevõtlust ja vabatahtlikutööd ühendavaid mudeleid, kuid nii riigi kui ka KOVi tasandil terviklik arusaam kogukonna ja vabatahtlike rollist sotsiaalvaldkonnas seni puudub.

Mõjusa kogukonnapõhise sotsiaalkaitse koordineerimiseks, korraldamiseks ja tagamiseks on oluline KOVi ja vabatahtlike ja/või vabatahtlike kaasavate ühingute koostöö. Paindlik ja aktiivne kohalik kogukonnas tegutsev vabatahtlike võrgustik saab oma tegevuse sisu ja mahtu reguleerida vastavalt vajadusele ja pakkuda abi just seal ja nendele, kes seda hetkel kõige rohkem vajavad. Asjakohane kogukonna abi vähendab perspektiivis sotsiaaltöötaja koormust, jättes talle rohkem aega ja võimalust tegeleda professionaalset sekkumist vajavate ülesannetega.

Järjest enam otsivad vabatahtlike tuge ka õendushaiglad ja haiglate õendusosakonnad.

Kogukonnapõhise sotsiaalkaitse kujundamiseks ja vabatahtlike kaasamiseks ja koordineerimiseks on hoolekandes mitmeid võimalusi. **Üheks võimaluseks** on töötada välja kogukonnatöö ja vabatahtlike kaasamise mudel sotsiaalkaitstes, mida saab eri piirkondades katsetada ja kasutusele võtta. Seda võib teha riik ise (nt nagu see on toimunud siseturvalisuse valdkonnas), kuid selle mudeli kujundamiseks ning edasiseks juurutamiseks võib riik kaasata ka strateegilise partneri või partnerid vabakonnast<sup>59</sup>, kus kogukonnatöö ja vabatahtlike kaasamise kompetents on suurem võrreldes riigi või KOViga. Sellise lähenemise eeliseks on ühtne visioon ning võimalus kujundada seotud poliitikavaldkondi riigi kui terviku tasandil. **Teiseks võimaluseks** on toetada KOVi ning vabatahtlike võrgustike koostöövormide kujunemist ja kujundamist eri arenguprogrammide jt koosloome projektide kaudu. Soovitame pöörata eraldi tähelepanu sotsiaalse ettevõtluse mudelite loomisele ja käivitamisele, et 1) algatada kogukonnapõhiseid teenuseid piirkondades, kus turg ei ole valmis lahendusi pakkuma; 2) luua vajalikud eeldused selleks, et lahendused oleks pikas perspektiivis majanduslikult jätkusuutlikud ning lahenduste mõju pikaajaline. Selle lähenemise eeliseks on lähtumine lahendustes kohaliku kogukonna oludest, vajadustest ja võimalustest.

Need kaks võimalust aga ei välista üksteist. Riikliku kogukonnapõhise sotsiaalkaitse strateegia ning tegevusraamistiku loomine ei välista kohalike kogukonnapõhiste algatuste ja vabatahtliku tegevuse toetamist ja võimendamist. Pigem võiks olla eesmärk olukord, kus üks toetab teist ning selleks on oluline kindlaks määrata ka see, kust tulevad vahendid vabatahtlike koordinatsiooniks. Siia kõrvale võib tuua näite siseturvalisuse valdkonnast, kus riik on seadnud eesmärgiks kogukonnakeskse turvalisuse mudeli väljatöötamise ja rakendamise – inimestele endale on antud kaalukas roll oma kogukonna ning laiemalt kogu ühiskonna turvalisuse tagamisel. Selle juurutamiseks on loodud üle kogu riigi ulatuvad vabatahtliku pääste, abipolitseinike ning vabatahtliku merepääste struktuurid koos vastavate õigusaktide, koordinatsiooni ning rahastusmudelitega. Arengukava eesmärkide saavutamiseks tehakse seejuures aktiivset kogukonnatööd.

---

<sup>58</sup> [http://www.vabatahtlikud.ee/UserFiles/uuringud/vabatahtlikus\\_tegevuses\\_osalemine\\_2013.pdf](http://www.vabatahtlikud.ee/UserFiles/uuringud/vabatahtlikus_tegevuses_osalemine_2013.pdf).

<sup>59</sup> Vabakond on ühiskonna osa, mis ei kuulu ei avalikku ega ärisektorisse, hõlmates mittetulundusühinguid, sihtasutusi, seltsinguid ja muid eraalgatusel põhinevaid ühendusi.

## **Poliitikasuunised:**

### ***19. Vabatahtlike ja kogukonna kaasamise tööühma ettepanekud, et toetada süsteemsemalt ja koordineeritumalt kogukonnast lähtuvaid lahendusi hoolduskoormuse vähendamiseks.<sup>60</sup>***

- Töötada välja kogukonnapõhise sotsiaalkaitse strateegia ning vastav tegevuskava, et toetada kogukonna ja/või mõne organisatsiooni ümber koondunud vabatahtlike panustamist pikaajalises hoolduses ning sotsiaalkaitstes laiemalt.
- Töötada välja sotsiaalvaldkonna vabatahtlike koordinatsiooni ja vabatahtliku tegevuse rahastamise põhimõtted. Toetada koolitusi ja arenguprogramme vabatahtlike kaasamise oskuste parandamiseks.
- Töötada välja vabatahtlike kaasamise mudel pikaajalises hoolduses. Vajaduse korral piiritleda vabatahtlike roll riigi ja KOVi osutatavate hoolekandeteenuste kontekstis, sh kas ja mis tingimustel saab vabatahtlikke kaasata hoolekandeteenuste osutamisel.
- Vähendada õigusaktides vabatahtlike kaasamisele seatud piiranguid.
- Toetada KOVide ning vabatahtlike võrgustike koostöövormide kujunemist ja kujundamist eri arenguprogrammide jt koosloome projektide kaudu.

Toetada kogukonnapõhiseid inimeselt inimesele lahendusi, mis toetavad omastehooldajate aktiivset osalust kogukonna elus, ja toetada omastehooldajate juba eksisteerivaid kogukondi. Selgitada välja info paremaks liikumiseks kogukonnas ning omastehooldajate formaalsetes ja mitteformaalsetes võrgustikes nn *gatekeeper*'id. Vabatahtlike ja kogukonna kaasamise tööühma poliitikasoovitusi on põhjalikumalt selgitatud ülevaates "*Vabatahtlike ja kogukonna roll pikaajalises hoolduses. Olukorra kirjeldus ja poliitikasuunised.*" (koostajaks Kaie Kotov, Sotsiaalsete Ettevõtete Võrgustik, tööühma juht).

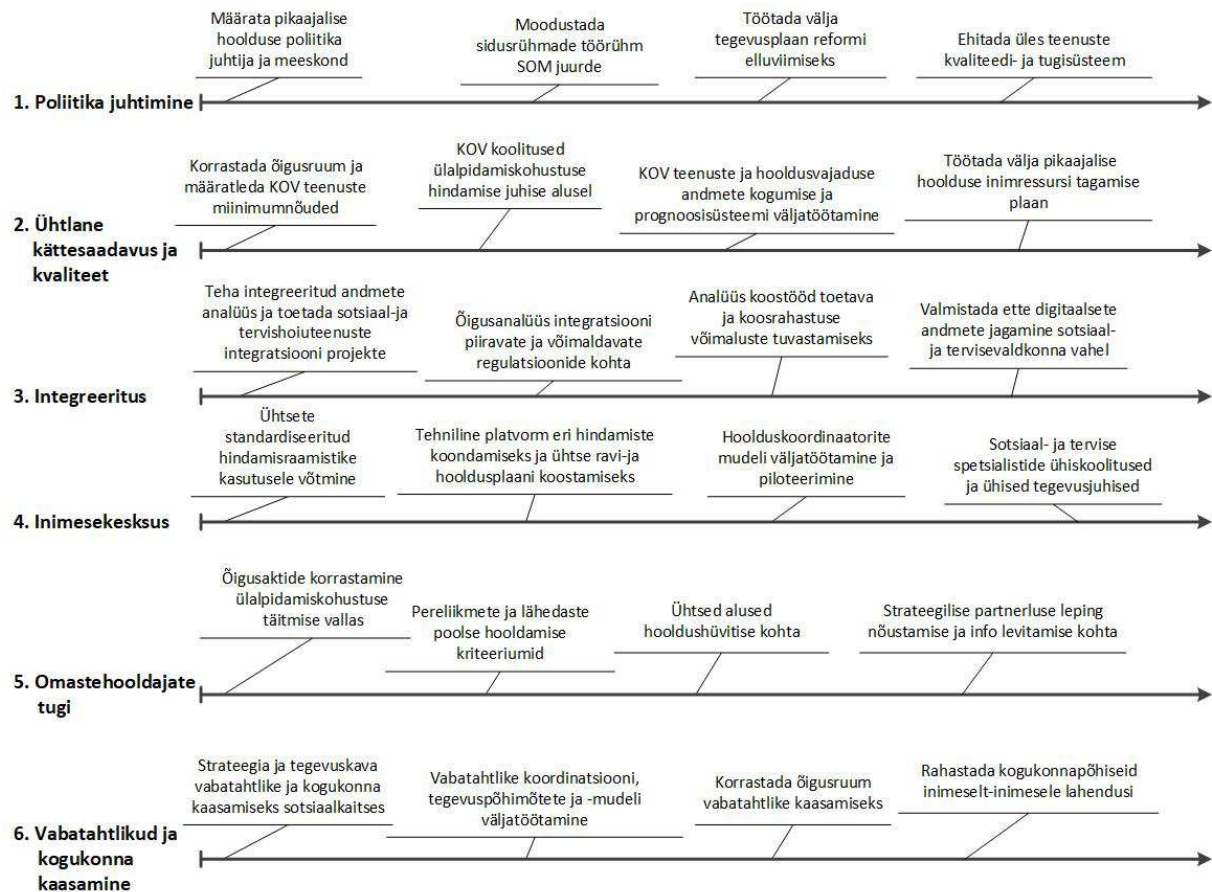
---

<sup>60</sup> Vabatahtlike ja kogukonna kaasamise tööühma poliitikasoovitusi on põhjalikumalt selgitatud ülevaates "*Vabatahtlike ja kogukonna roll pikaajalises hoolduses. Olukorra kirjeldus ja poliitikasuunised.*" (koostajaks Kaie Kotov, Sotsiaalsete Ettevõtete Võrgustik, tööühma juht).

## Ettepanekud järgnevateks sammudeks

Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma töö tulemused on peamiselt mõeldud valdkonna poliitikakujundajatele, et abistada neid pikaajalise hoolduse süsteemi reformi kavandamisel ja edasiste valikute tegemisel. Rakkerühma eesmärk oli pakkuda välja lahendused pikaajalise hoolduse süsteemi terviklikuks arendamiseks, seega tuleb poliitikasuuniseid ja järgnevate sammude ettepanekuid käsitleda reformi elluviimiseks vajalike tegevuste paketina.

**Joonis 5.** Pikaajalise hoolduse süsteemi edasiarendamiseks vajalikud tegevused



Järgnevalt on kirjeldatud joonisel 5 kujutatud ettepanekud pikaajalise hoolduse süsteemi arenduste kavandamiseks.

### 1. Pikaajalise hoolduse poliitika juhtimine

- Sotsiaalministeeriumil määrata pikaajalise hoolduse poliitika reformi eest vastutaja koos mandaadiga koordineerida tegevust sotsiaal- ja tervisevaldkonna üleselt ning moodustada meeskond reformi ettevalmistamiseks ja elluviimiseks.
- Moodustada Sotsiaalministeeriumi juurde sidusrühmade esindajatest koosnev töörühm, kes jälgib reformi elluviimist ja pakub poliitikakujundajatele nõu.
- Koostada täpsem tegevus- ja ajakava reformi elluviimiseks ja see töörühmaga kooskõlastada.

- Luua riiklik kvaliteedi- ja tugisüsteem esmatasandi toetamiseks pikaajalise hoolduse ja teiste sotsiaalteenuste planeerimisel, arendamisel, korraldamisel, hoolduse koordineerimisel ja juhtumitega tegelemiseks.

## 2. Pikaajalise hoolduse teenuste ühtlane kättesaadavus ja kvaliteet

- Korrastada õigusruum määratledes pikaajalise hoolduse põhimõisted ning määrates kindlaks KOVi teenuste miinimumnõuded, et ühtlustada teenuste kvaliteeti ja parandada kättesaadavust:
  - pikaajalise hoolduse mõiste (vt rakkerühma väljapakutud sõnastus) ja täisealise isiku hooldusteenuste kriteeriumid (vt poliitikasuunis 4);
  - pereliikme või lähedase hooldajaks määramise alused (vt suunis 15);
  - hooldushüvitise maksmise kriteeriumid (vt suunis 16);
  - hooldustöötajate ülesanded ja kvalifikatsioon;
  - ühtsed nõuded ja kriteeriumid üldhooldekodu teenusele, sh tervishoiuteenuste osutamiseks üldhooldekodudes (vt suunis 12).
- Töötada välja ühtne KOVi sotsiaalteenuste ja -toetuste andmekogumise, aruandluse ja prognoosimise raamistik ning digitaliseerida pikaajalise hooldusega seotud andmed. See võimaldab hinnata teenuse vajadust ja mahtu ning jälgida teenuse osutamist ja kvaliteeti kohalikes omavalitsustes (vt suunis 3).
- Korraldada KOVidele koolitusi ülalpidamiskohustuse hindamise juhise tutvustamiseks, et tagada üleriigiliselt ühtlane praktika.
- Töötada välja pikaajalise hoolduse inimressursi tagamise plaan, et vastata suurenevale nõudlusele hooldusteenuste järele, ja arendada õppekavasid (vt suunis 6).

## 3. Integreeritud pikaajaline hooldus

- Leppida kokku ühised eesmärgid ja väärtused tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande teenuste korraldamisel ja osutamisel ning ühtlustada valdkondlikud arengusuunad.
- Teha sotsiaalteenuste andmeregistri, sotsiaalkindlustusameti ja haigekassa integreeritud andmete analüüs,<sup>61</sup> et saada esmakordselt terviklik pilt teenuste kasutamisest ja inimeste liikumisest teenuste ja sektorite vahel ning tuvastada võimalikke puudusi teenuste järjepidevuses, nagu ka võimalikke dubleerimisi.
- Teha õigusanalüüs teenuste integratsiooni piiravate ja võimaldavate sätete kohta. Samuti analüüsida sotsiaal- ja tervishoiu valdkonna organisatsioonikäitumist ja protseduurilist raamistikku. Analüüs võimaldab eemaldada integratsiooni takistused organisatsioonide tasemel ning vähendada dubleerimist.
- Analüüsida sotsiaal- ja tervisevaldkonna pikaajalise hoolduse teenuste koostööd toetava rahastamise ja koosrahastamise variante ning leida Eestile sobivaim lahendus (vt ka lisa 2, ideid rahastamise lõimimise võimaluste edasiarendamiseks).
  - Teha ülevaade koostööd toetava rahastamise ja koosrahastamise eri lahendustest pikaajalise hoolduse teenuste puhul, sh hinnates eri lahenduste edufaktoreid ja riskifaktoreid.

---

<sup>61</sup> Maailmapank on teinud nimetatud osalistelt saadud isikupõhiste andmete linkimise, mis puudutab saadud teenuseid ja toetusi. Andmed on Riigikantselei käsutuses

- Kirjeldada Eesti olukorda – mis on juba olemas ehk lähtepunkt, millised lahendused on välistatud (nt KOV ei taha mingitest ülesannetest koos ressursiga loobuda või ei ole neil võimekust ise koosrahastamise ja koostööd toetava rahastamise skeeme juhtida jne).
  - Hinnates kirjanduse ülevaadet ning Eesti olukorda ja võimalusi valitakse välja 3–4 lahendusvarianti, mille rakendamine võiks Eestile sobida. Iga variandi puhul kirjeldatakse, miks see võiks sobida ja miks mitte.
  - Koostööd toetava ja koosrahastamise skeemi suhtes lõpliku valiku tegemine on poliitiline otsus.
- Valmistada ette digitaalsete andmete jagamine sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna vahel (vt suunis 8).

#### 4. Inimesekeskne pikaajaline hooldus

- Võtta üle riigi kasutusele standardiseeritud hindamisraamistikud (InterRAI, RFK jt.) pikaajalise hoolduse vajaduse hindamiseks nii tervishoiusüsteemis kui ka riikliku ja KOV tasandi sotsiaalhoolekande süsteemis ning luua nende kasutamiseks vajalikud tehnilised platvormid.
- Pakkuda ühiskoolitusi nii sotsiaal- kui ka tervishoiusüsteemi spetsialistidele standardiseeritud hindamisvahendite kasutamiseks.
- Võtta üle riigi kasutusele ühtne hooldus- ja raviplaan ja tuua IKT lahenduste abil kokku erinevad hindamissüsteemid (sh rehabilitatsioonivajaduse hindamine, töövõime hindamine, hooldusvajaduse hindamine jt).
- Töötada välja hoolduskoordinatsiooni mudel ning katsetada mudelit valdkondade vahelise koordinatsiooni parandamisel, et tagada inimesekeskse hoolduse korraldamine. Mudeli edukuse korral laiendada hoolduse koordinatsiooni üleriigiliselt (vt suunis 10).
- Arendada välja õppemoodulid ja korraldada arstide, õdede, sotsiaaltöötajate jt hooldusega seotud spetsialistide ühiseid koolitusi baas- ja täiendusõppes.
- Töötada välja tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande spetsialistidele ühised pikaajalist hooldust puudutavad juhised inimese teenuste vahel liikumise paremaks juhtimiseks, dubleerimise vähendamiseks ja inimese vajadustele vastavate teenuste järjepidevuse tagamiseks.
- Toetada pilootprojekte, mis on suunatud sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamise terviklikule integratsioonile kohalikul tasandil eesmärgiga leida Eestile sobilik lahendus suurenenud hoolduskoormusega inimeste käsitlemisele.

#### 5. Omastehooldajatele suurem tugi

- Korrastada õigusaktid pereliikmete ülalpidamiskohustuse täitmise vallas hooldusteenuste rahastamisel, tuginedes rakkerühma tellitud ülalpidamiskohustuse õigusselguse analüüsile.
- Töötada välja ühtsed kriteeriumid pereliikmete hooldamise ja hooldushüvitise maksmise kohta ning vajalikud regulatsioonid (vt suunised 15 ja 16), et tagada üleriigiliselt ühtlustatud lähenemine.
- Uuendada juhiseid KOVidele pereliikmete pakutava hoolduse hindamiseks ning hooldushüvitise määramise aluste kohta.
- Analüüsida pereliikmete hooldajate puhkuste võimaldamist ja paindliku töötamise meetmete võimalusi, hinnates teiste riikide kogemusi (vt näiteks Maailmapanga uuring, Box 5) ja nende sobivust Eesti süsteemi.

- Rahastada strateegilise partnerluse formaadi kaudu omastehoolajate või hooldusvajadusega inimeste esindusorganisatsiooni(e), kes korraldaks ühtse ja kvaliteetse info edastamise pikaajalise hoolduse korralduse, teenuste ja muu abi kohta ning nii hooldusvajadusega inimeste kui ka nende lähedaste nõustamise.
- Tagada vahendid hooldushüvitise tasumiseks ametlikult pereliikme või lähedase hooldajaks määratud inimestele ning sotsiaalmaksu maksmiseks neile ametlikult hooldajaks määratud pereliikmetele, kes ei tööta.

## 6. Paremad eeldused vabatahtlike ja kogukonna kaasamiseks

- Töötada välja kogukonnapõhise sotsiaalkaitse strateegia ning vastav tegevuskava, et toetada kogukonna ja/või mõne organisatsiooni ümber koondunud vabatahtlike panustamist pikaajalises hoolduses ning sotsiaalkaitses laiemalt.
- Töötada välja sotsiaalvaldkonna vabatahtlike koordineerimise ja vabatahtliku tegevuse rahastamise põhimõtted ning vabatahtlike kaasamise mudel pikaajalises hoolduses. Toetada koolitusi ja arenguprogramme vabatahtlike kaasamise oskuste parandamiseks.
- Vähendada õigusaktides vabatahtlike kaasamisele seatud piiranguid.<sup>62</sup>
- Toetada KOVide ning vabatahtlike võrgustike koostöövormide kujunemist ja kujundamist eri arenguprogrammide jt koosloome projektide kaudu.
- Toetada kogukonnapõhiseid inimeselt inimesele lahendusi, mis toetavad omastehoolajate aktiivset osalust kogukonna elus, ja toetada omastehoolajate juba eksisteerivaid kogukondi. Selgitada välja info paremaks liikumiseks kogukonnas ning omastehoolajate formaalsetes ja mitteformaalsetes võrgustikes nn *gatekeeper*'id.

---

<sup>62</sup> Täpsem ülevaade piirangutest on samuti ülevaates "Vabatahtlike ja kogukonna roll pikaajalises hoolduses. Olukorra kirjeldus ja poliitika-suunised"



## Lisad

### Lisa 1. Rakkerühma töö käigus loodud materjalid

- Maailmapanga uuring "Hoolduskoormuse vähendamine Eestis"  
[https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/estonia\\_ltc\\_report\\_final.pdf](https://riigikantselei.ee/sites/default/files/content-editors/Failid/hoolduskoormus/estonia_ltc_report_final.pdf)
- Ülevaade: "Vabatahtlike ja kogukonna roll pikaajalises hoolduses. Olukorra kirjeldus ja poliitikasuunised"
- Ülalpidamiskohustuse õigusselguse analüüs ja juhendmaterjal kohalikele omavalitsustele ülalpidamiskohustuse täitmise võimekuse hindamiseks
- Juhtumianalüüs: Eesti Haigekassa, Sotsiaalkindlustusameti, Sotsiaalministeeriumi STAR andmebaasi ja Eesti Töötukassa andmete isikupõhine ühendamine.

### Lisa 2. Ideid koostööd toetava rahastamise ja koosrahastamise võimaluste edasiarendamiseks

Poliitikasuunises 7 on soovitatud töötada välja tervishoiu- ja sotsiaalsektori teenuste integreeritud osutamisel koostööd toetava ja koosrahastamise ning ühtse hoolduskorralduse mehhanismid, et tagada koostöö ning koordinatsioon teenuste osutamisel. Alljärgnevalt pakutakse välja mõned pidepunktid sellise süsteemi arenduse kavandamisel. Ideed tulevad Maailmapanga analüüsist ning rakkerühma aruteludest.

Eraldiseisvad tervise- ja sotsiaalvaldkonna eelarved motiveerivad mõlema sektori teenusepakkujaid saavutama võimalikult madalaid kulusid oma sektori sees arvestamata seetõttu teises sektoris tekkivaid lisakulusid. See põhjustab pikemas perspektiivis kulude suurenemise mõlemas sektoris ning soovimatuid tagajärgi teenuse saajatel. Selliste tagajärgede ennetamiseks on näiteks Inglismaal kasutatud tervishoiusüsteemi ning KOVi rahade koondamist ühiskassasse, kust teenuseid rahastatakse, ning USAs samal eesmärgil eri kindlustusfirmade rahade koondamist ühiskassasse.

Samuti ei soodusta klassikalised teenuste rahastamise mehhanismid (nt teenusepõhine rahastamine nagu see on kasutusel Eesti tervishoiusüsteemis eriarstiabi ja haiglaravi eest tasumiseks) koostööd eri sektorite ja teenusepakkujate vahel. Teenuste koordinatsioon ei ole teenuseosutajatele sellisel juhul kasulik ning põhimõtteliselt on võimalikud ka olukorrad, kus kõige kasumlikumad on inimeste korduvpöördumised ning seega puudub motivatsioon inimeste olukorda lahendada koordineeritud tegevustega.

Üks võimalikke sektorite ja teenuseosutajate vahelist koordinatsiooni ning integreeritud teenuseosutamist soodustavaid rahastamise mehhanisme on näiteks **isiku ravi koordineerimiseks iga kuu tehtavad maksed** (*lump sum per member per-month (PMPM) payment*) lisaks tavalistele rahastamismehhanismidele või nende asemel. Teine võimalus on eri rahastamismehhanismid, mis võtavad arvesse isiku **seisundi raskust ja teenuste vajaduse riski/tõenäosust** (*risk based payments*). Siia rühma kuuluvad näiteks jagatud säästude mudel (*shared savings model*), põimitud maksed (*bundled payments*) ja mitterahuldava kvaliteediga teenuste eest maksete tegemata jätmise või juba tehtud maksete tagasimaksud (*quality withholds or clawbacks*).

Jagatud säästude mudeli puhul nõustub rühm teenuseosutajaid tegema koostööd ning kuigi neile võidakse maksta osutatud teenuste põhjal nagu tavaliselt, siis rahastamise lepinguga on sellele



teenuseosutajate rühmale seatud rahastamise maksimaalne maht vastav nende teenindatava rahvastiku eripäradele. Kui teenuseosutajate rühmal õnnestub hoida teenuste koordineerimise ja integratsiooniga kulutusi allpool seatud rahastuse ülempiiri, siis maksimaalsest eelarvest kasutamata jäänud raha jääb teenuseosutajate jagatud kasumiks. Selle meetodi puhul kasutatakse sageli ka kvaliteedi ja ravitulemuste indikaatoreid tagamaks, et inimesed ka tegelikult abi saavad ning teenuseosutajad neile ka tegelikult teenuseid pakuvad nende seisundi parandamiseks. Selliseid rahastusmehhanisme on kasutatud näiteks USAs.

Põimitud maksete mudel töötab sarnaselt jagatud säästude mudeliga, kuid seda ei rakendata mitte kõigi inimese probleemide lahendamise, vaid mingi konkreetse seisundi (nt puusaliigese proteesimine) parandamise eest tasumiseks. Ka siinkohal kasutatakse isiku seisundi paranemise mõõtmiseks indikaatoreid, mis katavad nii isiku tervislikku seisundit, toimetulekut igapäevaelu tegevustega kui ka sotsiaalsetes olukordades. Selliseid rahastusmehhanisme on kasutatud näiteks Rootsis ja Hollandis.

Mitterahuldava kvaliteediga teenuste eest maksete tegemata jätmist või juba tehtud maksete tagastamist saab kasutada teiste rahastusmehhanismide (nt igakuiste inimese kohta tehtavate koordineerimise (PMPM) maksete) täiendamiseks. Taas on olulisel kohal teenuste kvaliteedi, tervise- ja sotsiaalse seisundi indikaatorite kasutamine. Samuti on oluline, et maksete tegemata jätmise või raha tagastamine mõjutaks kõiki teenuste koordineeritud osutamisega seotud teenuseosutajaid (nt perearst, haigla, hooldusteenuse osutaja jne).

Kolmas peamine koordineeritud teenuste osutamist toetav rahastusmehhanism on **kõiksed kogukonnapõhised pearahamaksed** (*global community health capitation budgets*), mille puhul rahastatakse kogukonda teenindavat teenuseosutajate rühma (nii tervise- kui ka sotsiaalvaldkonna teenuste osutajad) kui ühte teenuseosutajat. Sealjuures arvutatakse pearaha suurus kogukonna liikme kohta tulenevalt sealse elanikkonna demograafilistest, tervise, tervisekäitumise ja sotsiaalse olukorra näitajatest. Sellise rahastusmehhanismi puhul on teenuseosutajad suurel määral motiveeritud panustama ennetusse eri tasanditel ning teenuste koordineerimisele. Samas on ka selle rahastusmehhanismi puhul oluline eri näitajate (nt tervise seisund ja teenuste kvaliteet) pidev jälgimine tagamaks, et teenuseosutajatele makstud raha tõepoolest aitaks kogukonna liikmete tervist ning üldist heaolu parandada.

**Koosrahastust lihtsustavaks teguriks on süsteemi samatasandiline rahastamine sotsiaal- ja tervise sektorites**, näiteks kas riigi või KOVi tasandil nii sotsiaal- kui ka tervishoiuteenuste puhul. Koosrahastamise aluseks on ühtse hoolduskorralduse mehhanismi olemasolu – see tähendab nii poliitika, ressursside kui ka tegevuste integreeritud juhtimist. Koosrahastamise süsteemi puhul on tegemist ressursside juhtimisega, mitte raha kogumise mehhanismiga. Lisaressursside leidmine (näiteks kohustuslik hoolduskindlustusmaksed või täiendavad riigieelarvelised vahendid) on eraldiseisvat poliitilist otsust eeldav küsimus<sup>63</sup>.

Rakkerühmas toimunud arutelude põhjal võiks lahendusvariantide analüüsimisel kaaluda järgmisi võimalusi:

- Kui pikaajalise hoolduse süsteemi rahastus ühtlustada riiklikul tasandil, siis on mõistlik luua ühtne hoolduskorralduse süsteem sarnaselt praeguse tervisekindlustusega.

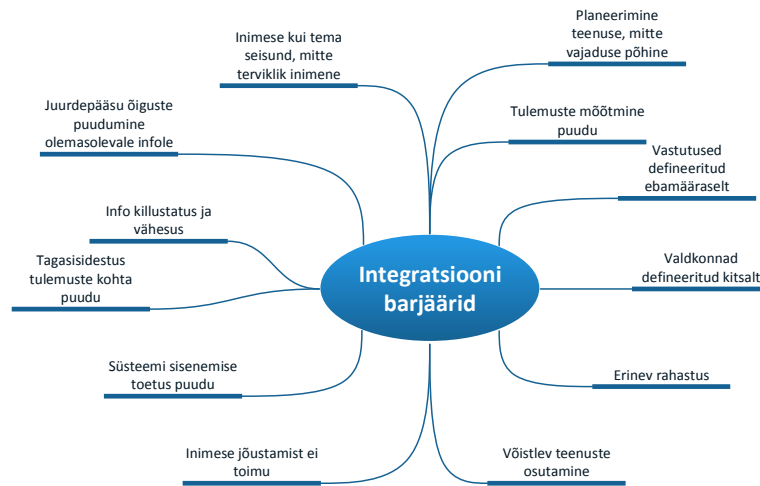
---

<sup>63</sup> Vt p 7 poliitikasoovitused, mis puudutavad avaliku sektori rahastuse suurendamist efektiivsema pikaajalise hoolduse süsteemi üllalpidamiseks.

Hoolduskorralduse süsteem võimaldab paremini juhtida ja kasutada pikaajalise hoolduse ressursse, vähendada regionaalset ebavõrdsust teenuste kättesaadavusel, maandada finants- ja muid riske ning osta integreeritult tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande teenuseid.

- Kui pikaajalise hoolduse süsteemi rahastus ühtlustada KOVi tasandil, siis tähendab see enamiku sotsiaal- ja tervisevaldkonna hooldusteenuste rahastamise (või selle juhtimise) andmist KOVidele koos vastava otsustusõigusega teenuste planeerimisel ja ostmisel. Riigi rolliks jääb eelkõige üldine poliitikakujundus, standardite ja teenuste arendus koos kohalikule tasandile tugisüsteemi loomisega, kuid siiski jäävad alles suured riskid teenuste kättesaadavusele, kvaliteedile ja finantskaitsele tulenevalt KOVide eri arusaamadest ja võimekusest neile delegeeritud ülesannete täitmisel.
- Võimalikud on ka koostööd toetava rahastamise mehhanismid, kus rahastamine toimub eri tasanditelt (nt riigi tasandilt tervisesektoris ja KOVi tasandilt sotsiaalsektoris). Sellisel juhul on lõimitud rahastamise loomisel eelduseks kolmepoolsete (või ka neljapoolsete) teenuste osutamise lepingute süsteemi loomine, kus nt Haigekassa, KOVi ja teenuseosutaja ning vajaduse korral Sotsiaalkindlustusamet sõlmivad teenuste osutamise lepingu, kus on sätestatud eri osaliste rollid, kohustused (eelkõige KOVi kui sotsiaalvaldkonna teenuseosutaja ja rahastaja ning eraõigusliku tervishoiu- või sotsiaalteenuste osutaja puhul) ning lepingu rahade kasutamise tingimused tulenevalt integreeritud teenuseosutamise ulatusest, tõhususest ja tulemuslikkusest. Selline lepingusüsteem on mõeldav nt tervisekeskustes paiknevate hoolduskoordinaatorite tegevuse rahastamisel, millega tagatakse teenuseosutaja (esmatasandi tervishoiu teenused) ja KOVi (hoolduskoordinaator ja sotsiaalteenused) koostöö ning tegevuste koordinatsioon.

### Lisa 3. Integratsiooni takistavad tegurid



Allikas: koostatud rakkerühma arutelude põhjal