

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Marin Truman-Puustusmaa

**PIKAAJALISE HOOLDUSE VÄLJAKUTSED
JA HOOLDUSKINDLUSTUSE
VÕIMALIKKUS EESTIS**

Lõputöö

Juhendaja: Anne Rähn, MA

Pärnu 2024

Soovitan suunata kaitsmisele

(allkirjastatud digitaalselt)

Anne Rähn

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

(allkirjastatud digitaalselt)

Monika Kumm

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

(allkirjastatud digitaalselt)

Marin Truman-Puustusmaa

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Pikaajalise hoolduse ja hoolduskindlustuse teoreetiline käsitlus	6
1.1. Pikaajalise hoolduse mudel ja rahastamine Eestis	6
1.2. Hoolduskindlustuse olemus ja mõiste	10
1.3. Pikaajalise hoolduse rahastamine läbi hoolduskindlustuse teistes riikides	12
2. Uuring pikaajalise hoolduse rahastamisest.....	16
2.1. Uurimismeetod ja valim	16
2.2. Uuringu tulemus ja analüüs.....	19
2.2.1. Pikaajalise hoolduse kättesaadavus ja kvaliteet	19
2.2.2. Kaasav lähenemine vananeva elanikkonna hooldusele.....	24
2.2.3. Pikaajalise hoolduse rahastamine Eestis ja teistes riikides	26
2.2.4. Hoolduskindlustuse võimalikkus Eestis.....	29
2.3. Järeldused ja ettepanekud.....	32
Kokkuvõte	35
Viidatud allikad.....	37
Lisad.....	41
Lisa 1. Uurimisinstrument.....	41
Lisa 2. Uurimusküsimused.....	43
Summary	44

SISSEJUHATUS

Mida kauem inimesed elavad, seda suurem on tõenäosus, et nad vajavad täiendavat abi igapäevaste tegevuste puhul nagu pesemine, riietumine, söömine ja ruumis ümberpaigutamine (toolist või voodisse või toolilt või voodisse). Kognitiivse langusega kaasnevad mäluhäired on samuti suur põhjus, miks inimesed vajavad enesehooldusel ning igapäevaeltu hakkamasaamisel kõrvalist abi.

Kupper ja Tarum (2019, lk 8) on tuginedes Maailmapanga poolt välja pakutud sõnastusele leidnud, et pikaajaline hooldus on tervishoiuteenuseid, isikuhooldust ja igapäevast toimetulekut toetavaid teenuseid pikema aja vältel vajavate inimeste hooldus. Hooldusvajadus võib avalduda kogu elukaare jooksul, seetõttu hõlmabki pikaajalise hoolduse süsteem nii lapsi, tööealisi kui ka eakaid. (Kupper & Tarum, 2019, lk 8). 8. maist 2022 jõustus Sotsiaalhoolekande seaduse (2015) § 9 muudatus, millega lisati lõige 1¹, milles on lahti selgitatud pikaajalise hoolduse mõiste.

Käesoleva lõputöö teema on aktuaalne, sest Eestis kehtiva seadusandluse kohaselt peavad pikaajalist hooldust vajavad inimesed lootma hoolduse saamiseks piisavate omavahendite olemasolule, lähedaste toele või maksevõime puudumisel kohalikule omavalitsusele. Samuti on teenuste kättesaadavus killustunud ning teenuste osutamise sisu võib üle Eesti olla väga erineva kvaliteediga.

Suur osa pikaajalisest hooldusest teostatakse mitteametlikult pereliikmete ja lähedaste poolt, ning see toob kaasa nende tööturult kõrvalejäämise, millega kaasnevad täiendavad kulud ja kaotatud tulu riigile. Täna rahastab Eestis pikaajalist hooldust riik läbi sotsiaalkindlustusmaksete, sh tervisekindlustuse, riigieelarve eraldiste, Euroopa Liidu ühtekuuluvusfondi vahenditest ja üldistest sotsiaalkaitse tuludest (Masso *et al.*, 2021, lk 10). Vaid väike osa sotsiaalkaitse kuludest kulub pikaajalisele hooldusele, kuivõrd Eesti on alahinnanud tegelikku kulumäära (Mueller *et al.*, 2020, lk 28).

Probleemiks on Eesti elanikkonna vananemine ja pensioniealiste suhteline vaesus, mille tulemusena ei saa hooldust vajavad inimesed kohast teenust, sest neil puuduvad omaosalustasu maksmiseks vajalikud vahendid.

Lõputöö eesmärk on välja selgitada võimalused ja väljakutsed hoolduskindlustuse loomiseks pikaajalise hooldusega seotud kulutuste katteallikana ning teha uuringust tulenevad ettepanekud Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonnale.

Lõputöö läbiviimiseks on püstitatud alljärgnev uurimisküsimus:

1. Kuidas võiks hoolduskindlustus leevendada pikaajalise hooldusega seonduvaid finantsriske, tagada väärrika vananemise ja vähendada perekondlikku hoolduskoormust?

Töö koosneb kahest osast. Esimeses osas analüüsib autor pikaajalise hoolduse ja hoolduskindlustuse üldisi põhimõtteid, erinevates riikides kasutusel olevate pikaajalise hoolduse rahastussüsteemide mitmekesisust ja Eestis kasutusel olevat pikaajalise hoolduse rahastusmudelit.

Töö teine osa koosneb kvalitatiivsest uuringust, mis on koostatud lähtuvalt lõputöö eesmärgist ning käsitleb andmekogumis- ja uuringumeetodit ning uuringu tulemusi. Uuringu eesmärk on kaardistada pikaajalise hooldusega seotud sotsiaalpoliitikat kujundavate ja rakendavate asutuste juhtivtöötajate arvamused ning välja tuua nende soovitusel ja perspektiivid, mis võiksid aidata kujundada tõhusat ja jätkusuutlikku pikaajalise hoolduse rahastust. Lähtuvalt uuringu tulemustest tehakse järeldused ja esitatakse ettepanekud Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonnale.

Lõputöös käsitletakse pikaajalise hooldusena koduteenust, väljaspool kodu osutatavat üldhooldusteenust, eakatele mõeldud päevakeskuste teenust ning formaalset ja informaalset hooldust. Kuigi erihoolekande- ja tervishoiuteenused võivad samuti olla pikaajalise hoolduse osaks, siis nendel teemadel antud lõputöös ei arutleta.

1. PIKAAJALISE HOOLDUSE JA HOOLDUSKINDLUSTUSE TEOREETILINE KÄSITLUS

1.1. Pikaajalise hoolduse mudel ja rahastamine Eestis

Eesti elanikkonna vananemine mõjutab tulevasi avalikke kulutusi pikaajalisele hooldusele, mis kasvavad oluliselt järgnevatel aastakümnetel. Vanade ja väga vanade inimeste arvu suurenemine koos füüsiliste ja vaimsete puuetega kaasneva kasvava levimusega suurendab pikaajalise hoolduse nõudlust. Pikaajalise hoolduse teenuse osutamine on rahaliselt ressursimahukas.

Statistikandmetest selgub, et 2023. aastal on Eestis 309 034 vanaduspensionäri, see moodustab rahvastiku arvust 23,8% (Statistikaamet, *s. a.*). 2021. aastal läbiviidud uuringus on esile toodud, et Eestis on 2050. aastal üle 28% elanikkonnast 65 aastat ja vanemad ning 15% elanikkonnast vanuses 75 aastat ja vanemad (Masso *et al.*, 2021, lk 8). See tähendab, et Eesti elanikkond vananeb väga kiiresti ja vajadus pikaajalise hoolduse järele suureneb.

Sotsiaalhoolekandeseadus (2015) § 9 lõige 1¹ sätte kohaselt

tähendab pikaajaline hooldus hoolduse tagamist isikule, kes vajab igapäevaelu korraldamisel abi pikema aja jooksul, kuna tema füüsilised või vaimsed võimed või töövõime on vähenenud. Pikaajaline hooldus sisaldab tervishoiuteenuseid, hooldust ja isiku igapäevast toimetulekut toetavaid teenuseid, mida pakutakse eesmärgiga leevendada ja vähendada valu, juhtida terviseseisundi kulgu, pidurdada ja vältida selle halvenemist, hooldada isikut ning abistada teda iseseisva toimetuleku võimaldamiseks igapäevaelu toimingutes.

Sotsiaalhoolekande seadus määratleb ära teenuste liigid, mida inimene vajab pikaajalise hooldusena sotsiaalhoolekande kontekstis ja mida korraldavad kohalikud omavalitsused:

- koduteenus
- väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus
- täisealise isiku hooldus (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015, § 17, 20, 26).

Pikaajalist hooldust võib määratleda kui tasulist hooldust inimestele, kes vajavad toetust igapäeva elu korraldamisel ja mida ei osuta arst. Pikaajaline hooldus võib olla vajalik puude, kroonilise haiguse või trauma tõttu ning selle eesmärk ei ole tervisliku seisundi parandamine vaid käesoleva olukorra talutavamaks muutmine (OECD, 2020, lk 6).

Olle (2019, lk 30) on rõhutanud, et riik peab tagama puudust kannatavate inimeste esmavajaduste rahuldamise, sest see on inimväärikuse aluspõhimõte, see on sotsiaalriigi põhimõte.

Eesti Vabariigi põhiseaduse (1992) § 28 kohaselt on inimesel õigus riigi abile vanaduses ja puuduse korral ning § 14 on õiguste ja vabaduste tagamine seadusandliku, täidesaatva ja kohtuvõimu ning kohalike omavalitsuste kohustus. Nende mõlema paragrahvi koosmõjus on riigi ülesanna kehtestada kogu riigi territooriumil ühtne õiguslik raamistik, kuidas tagada inimestele kohane abi ja kaitse vanaduses. Sotsiaalhoolekande seaduse (2015) § 22¹ lõikes 1 on reguleeritud ööpäevaringse üldhooldusteenuse osaline rahastamine, ehk teenuskoha maksumuse hoolduskomponendi osa kehtestatud piirmäära ulatuses rahastab teenuse saaja rahvastikuregistrisse kantud elukohajärgne kohalik omavalitsus oma eelarvest. Ülejäänud osa rahastusest tuleb leida inimesel endal. Kohaliku omavalitsuse korralduse seaduse (1993) § 6 lõige 1 sätestab, et omavalitsusüksuse ülesanne on korraldada vallas või linnas sotsiaalteenuste osutamist, sotsiaaltoetuste ja muu sotsiaalabi andmist, eakate hoolekanne jms. Seejuures kuulub volikogu ainupädevusse toetuste andmise ja valla või linna eelarvest finantseeritavate teenuste osutamise korra kehtestamine (Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus, 1993, § 22 lg 1 p 5). Tulumaksu seaduse (1999, § 5 lg 1) kohaselt eraldatakse kohalikule omavalitsusele residendist füüsilise isiku riiklikust pensionist 2,5% ja füüsilise isiku muust maksustatavast tulust 11,89%. Riigieelarve seaduse (2014, §-d 46–51) kohaselt antakse kohalikele omavalitsuste üksustele toetust üksusele seadusega pandud riiklike ülesannete kulude katmiseks, seejuures võidakse eraldi teha veel tasandusfondist ja toetusfondist. Eraldised ja toetused sõltuvad kohaliku omavalitsuse elanike arvust ja

jaotatakse ainult sõltuvalt arvnäitajatest. Eakate hoolekanne ehk pikaajaline hooldus on kohalike omavalitsuste (KOV) eelarvest rahastatav, seega oleneb kogu hoolekandele kulutatav summa KOV elanike arvust ja nende sissetulekutest. Rikkamatel KOV-idel on rohkem võimalusi pikaajalise hoolduse rahastuseks, kui piirialadel asuvatel väiksematel KOV-idel.

Eestis moodustavad pikaajalise hoolduse kulud nii otseseid kulusid, mis tulenevad riiklikest kulutustest tervishoiu- ja sotsiaalhooldusteenustele, kui ka kaudseid kulusid, mis tulenevad peamiselt hoolduskoormuse mõjust tööjõu pakkumisele ja tööhõivele (Paat-Ahi & Masso, 2018, lk 8). Praxisel poolt 2021. aastal läbiviidud uuringu tulemuse ühe lähtekohana esitleti hoolduskindlustuse mudelit, mis oleks osa riiklikust ravikindlustusest (Haljasmets *et al.*, 2021, lk 62).

Eestis on arutatud hoolduskindlustuse kehtestamise võimalikkust läbi samatasandiliste rahastamise süsteemide, milleks on sotsiaal- ja tervishoiusektori koosrahastus (Riigikantselei, 2017, lk 41), mida on võimalik rahastada kas kohustusliku kindlustusmaks, riikliku makse või nende kahe kombinatsioonina (Kupper & Tarum, 2019, lk 8). Eestis toimub pikaajalise hoolduse avalike kulutuste finantseerimine jooksva süsteemi alusel. Suur osa pikaajalise hoolduse rahastamisest saadakse ravikindlustuse kaudu, kuid Eesti solidaarsusele rajatud tervishoiu rahastamissüsteem ei kasuta eelarvastamise mudelit. On märgitud, et tervishoiu rahastamise praegusel viisil võib olla oht pikaajalisele finantsilisele jätkusuutlikkusele, nagu on välja toodud Masso jt (2021, lk 19, 20, 24) uuringus. Eesti praegune süsteem rahastab hooldust vajavate inimeste kulud olemasolevatest maksudest ja maksetest. Kui Eesti suurendab oma avaliku sektori kulutusi pikaajalisele hooldusele, et jõuda OECD või EL riikide keskmise tasemeni, või kui kulud kasvavad seoses rahvastiku vananemise ning hoolekandeteenuste suurema pakkumisega, jäävad Eesti sotsiaalkaitsekulud SKP suhtes siiski EL riikidega võrreldes tagasihoidlikumaks (Masso *et al.*, 2021).

Statistikaameti andmete kohaselt olid 2022. aastal Eesti sotsiaalkaitse kogukulud 5,74 miljardit eurot ning need kasvavad iga aastaga. Vanemaeliste seas, kes on 65-aastased ja vanemad ning elavad üksi, täheldati suhtelist vaesust 81,7% ulatuses, mis on 3,6 protsendipunkti võrra kõrgem võrreldes eelmise aastaga. Peamiseks põhjuseks on asjaolu, et keskmine vanaduspension jääb alla suhtelise vaesuse läve (Statistikaamet, *s. a.*).

Eesti kulutab avaliku sektori vahendeid pikaajalisele hooldusele suhteliselt vähe, investeerides sellesse valdkonda ainult 0,4% oma SKP-st, mis teeb aastas pisut alla 100 miljoni euro. See summa on neljakordselt väiksem võrreldes Euroopa Liidu keskmisega (Arenguseire Keskus, 2021, 7).

Pikaajalise hoolduse rakkerühm toob oma 2017. aasta aruandes esile, et pikaajalise hoolduse valdkonnas on Eestis märgatav töötajate puudus, mis mõjutab hooldusteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust. Kuna hooldustöö on füüsiliselt ja emotsionaalselt nõudlik, on oluline tagada töötajatele õiglane tasustamine. Pikaajalise hoolduse valdkonnas on vaja kvalifitseeritud ja kogunud personali, kuid sageli võib olla raske leida piisavalt kvalifitseeritud töötajaid. Hooldustöötajate töötingimused võivad olla keerulised ja stressirohked, mis võib omakorda mõjutada töötajate töörahulolu ja soovi selles valdkonnas töötada. Hooldustöö võib olla alahinnatud ja alaväärtustatud, mis võib vähendada inimeste huvi selles valdkonnas töötada. Töötajate puudus pikaajalise hoolduse valdkonnas on oluline probleem, mis vajab lahendamist, et tagada hooldusteenuste jätkusuutlikkus ja kvaliteet. Selleks võivad olla vajalikud meetmed nagu palgatõus, paremad töötingimused, koolituste pakkumine ja kutsemaine tõstmine, et suurendada töötajate motivatsiooni ja valmidust selles valdkonnas töötada (Riigikantselei, 2017, 30-35).

Pikaajalise hoolduse valdkonnas on oluline kaasamine nii omastehooldajate kui ka kogukonna tasandil. Omastehooldajate kaasamine tähendab nende osalemist hooldusteenuste arendamisel ja planeerimisel, arvestades nende vajadusi ja väljakutseid. Samuti on oluline kaasata kogukonda, et luua toetav keskkond hooldust vajavatele inimestele. Poliitiline kaasamine on samuti oluline, et tagada reformide elluviimine ja toetuse laialdane kättesaadavus. Seega on kaasamine oluline tegur pikaajalise hoolduse kvaliteedi ja tõhususe tagamisel (Riigikantselei, 2017., lk 5, 18, 31). Hoolduskoormuse leevendamiseks on väga oluline suurendada rahalisi vahendeid pikaajalise hoolduse sektoris ning pakkuda kodus elamist toetavaid teenuseid kasutavatele omastehooldajatele tuge. Samuti on tähtis otsida võimalusi, kuidas katta suurem osa teenuste ja abivahendite kuludest riikliku rahastuse abil, et toetada neid, kelle jaoks isikliku panuse tasumine on keeruline (Sotsiaalministeerium & Turu-Uuringute AS, 2020, lk 133, 135).

Seega asetab Eesti pikaajalise hoolduse süsteem suure hoolduskoormuse inimesele ja tema pereliikmetele, see on abivajaja suhtes ebaõiglane ning abi osutamine on erinevate sektorite vahel killustunud. Pikaajalise hooldusega seotud otsuste tegemisse on vaja kaasata erinevad huvigrupid. Eesti avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele on võrreldes teiste arenenud riikidega väikesed, mis toob kaasa teenuste ebapiisava rahastuse ning suurenenud koormuse omastehooldajatele, kellel kaasnevad intensiivse hoolduse korral riskid hooldaja enda heaolule ja tervisele. See toob kaasa olukorra, kus võib olla takistatud hooldusvajadusega inimeste ja omastehooldajate inimväärne elu ning otsene kahju Eesti riigikassale, kuivõrd tööeline elanikkond on tööturult välja langenud.

1.2. Hoolduskindlustuse olemus ja mõiste

Inimesed võivad hooldust vajada igas vanuses, kuid selle vajaduse tõenäosus suureneb koos vanusega. Eestis ei ole olemas hoolduskindlustust sellisel kujul nagu näiteks tervisekindlustus või sõidukikindlustus.

Pikaajalise hoolduse korraldamine ja rahastamine on kahtlemata 20-nda sajandi üks suurimaid väljakutseid (Eling & Ghavibazoo, 2018, lk 304). Pikaajalise hoolduse süsteemi all mõistetakse sotsiaal- ja hoolduseteenuste osutamise integreerumist, kuid samuti rahaliste hüvitiste andmist, mille täielik või osaline rahastus tuleneb seadusega kehtestatud sotsiaalkaitsesüsteemist (Spasova *et al.*, 2018, lk 66). Maailma Terviseorganisatsiooni (ingl World Health Organisation, WHO) jaoks koostatud pikaajalise hoolduse rahastamise ülevaates on leitud, et erinevalt tervise- ja erivajadusega inimestele suunatud programmidest, mis viitavad tööelisele elanikkonnale, on pikaajalist hooldust vaja vanemas eas. Minevikus osutasid pikaajalise hoolduse teenust tavaliselt tasustamata hooldajad, kes valiti perekonna keskel ja seetõttu ei lülitanud enamik sotsiaalkindlustusskeeme pikaajalist hooldust oma avalikku ravikindlustussüsteemi (Costa-Font & Raut, 2022, lk 6).

Rahvastiku vananemine seab aga pikaajalise hoolduse toetuste süsteemile mitmeid väljakutseid. Siiani traditsioonilise hooldaja kasvav trend tööturul osalemine või naasmine (Õunapuu, Raun, Uisk & Noorkõiv, 2022, lk 12, 57) on vähendanud mitteametliku hoolduse kättesaadavust peredes, kus kasvab pikaajalise hoolduse osutamise vajadus.

Maailma Terviseorganisatsiooni raportist selgub, et kui 20. sajandi alguses ja keskel loodi esimesed tervishoiusüsteemid, ei kuulunud pikaajaline hooldus tavaliselt pakutavate teenuste paketti. Kuid sellel ajal olid nii sotsiaalsed normid kui ka hooldusvajadus tänapäevasest erinevad, sest vaid väike osa elanikkonnast elas sellise vanuseni, kus inimene oleks tõenäoliselt vajanud hooldust (Costa-Font & Raut, 2022, lk 8). Rahvastiku vananemine ja sotsiaalsete normide muutumine (Chen *et al*, 2020, lk 13, 19) on kaasa toonud soolise leibkonna ebavõrdsuse tasakaalustamise, suurendanud nõudlust hoolduse järele ning sellest tingituna peab avalik sektor ümber hindama senised sotsiaalkindlustuse mudelid ning tagama taskukohase juurdepääsu pikaajalise hoolduse teenustele. Valitsused on asunud investeerima pikaajalisse hooldusesse, et võimaldada teenustele juurdepääsu ka inimestele, kes ei suuda seda ise endale tagada ning kelle vajadused jääksid vastasel juhul rahuldamata (Costa-Font & Raut, 2022, lk 8).

Sündimuse languse ja pikenenud eluea tõttu, on paljud keskmise sissetulekuga riigid probleemi ees, mille on tinginud demograafiline muutus. Paarikümne järgneva aasta jooksul suureneb drastiliselt inimeste arv, kes vajavad pikaajalist hooldust ning riigid on ülesande ees, kuidas leida rahaliselt jätkusuutlikud viisid vananeva elanikkonna hooldamise toetamiseks (Rhee *et al.*, 2015, lk 1319).

Hoolduskindlustus (ingl *Long-Term Care Insurance*, LTCI) on uuenduslik toode, mis loodi spetsiaalselt pikaajalise hooldusega seotud lahenduste rahastamiseks. Hoolduskindlustus loodi täitmaks vajadust, mida ei katnud era -või riiklik tervisekindlustus ja selle struktuur on püsinud suures osas muutumatuna alates kindlustuse esmakordsest kasutuselevõtust 1980-ndatel aastatel (Eaton *et al.*, 2020, lk 5). Holland oli esimene riik, kes võttis 1968 kasutusele universaalse kohustusliku sotsiaalravikindlustusskeemi (holl *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, AWBZ – Erakorraliste ravikulude seadus), mis katab laia valikut pikaajalise hoolduse teenustest, mida osutatakse erinevates hooldusasutustes (Barber *et al.*, 2021, lk 222) .

Kokkuvõtvalt saab ütelda, et hoolduskindlustus on riiklikult või eraviisiliselt pakutav kindlustus, mis katab pikaajalise hoolduse kulud. See võib hõlmata hooldust kodus, hooldekodus või muudes asendushooldusasutustes.

1.3. Pikaajalise hoolduse rahastamine läbi hoolduskindlustuse teistes riikides

Erinevad riigid kasutavad erinevaid rahastamisallikaid pikaajalise hoolduse katmiseks, sealhulgas avalikku tervisekindlustust, erakindlustust ja kohustuslikku pikaajalise hoolduse kindlustust, tabel 1. Alates 1990. aastatest on pikaajalise hoolduse rahastamine olnud poliitiline võtmeküsimus Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni (Barbel *et al*, 2021, lk 27) kuuluvates riikides. Hiljem on paljud riigid, sealhulgas OECD riigid, suunanud oma pikaajalise hoolduse poliitika keskmesse kodu- ja kogukonnapõhise hoolduse, et võimaldada inimestel vananeda kodus ja säilitada valikuvõimalusi ning iseseisvust (Veghte, 2021, lk. 30).

Tabel 1. Pikaajalise hoolduse rahastussüsteemi kirjeldus erinevates riikides

	Kirjeldus
Belgia	Konkreetsed riiklikud pikaajalise hoolduse-alased õigusaktid puuduvad. Tervishoiusüsteemis universaalne tervishoiuteenus (kodus ja elukohas). Toetab valdavalt põhinevat süsteemi rahaliste toetustega föderaalset ja piirkondlikul tasandil.
Prantsusmaa	Riikliku ja erakindlustuse segasüsteem. Hooldusraha on alates 2002. aastast kättesaadav kõigile nõrkadele eakatele; sularahatoetused on järsult seotud sissetulekuga ja piiratud.
Saksamaa	Riiklik sotsiaalkindlustus. 1994. aasta pikaajalise hoolduse seadusega kehtestati kohustuslik, peaaegu universaalne avalik süsteem. Sellega ei pea liituma inimesed, kellel on erasektorist ostetud hoolduskindlustus.
Iisrael	Riikliku ja erakindlustuse segasüsteem, mida turustatakse tervisekindlustuse kaudu.
Jaapan	Universaalne kohustuslik kindlustus eakatele riikliku pikaajalise hoolduse kindlustusmudeli alusel.
Holland	Universaalne kohustuslik pikaajalise hoolduse kindlustussüsteem – AWBZ – loodud 1968. aastal. Piirkondlikud ostuagendid ostavad hooldust (va koduabi), mis on seotud tervishoiusüsteemiga ja mida haldavad erakindlustusseltsid.
Rootsi	Universaalne maksupõhine ühtne süsteem: 1982. aasta sotsiaalteenuste seadus, mida juhivad omavalitsused.
Ühendkuningriik	Tähendab testitud süsteemi Inglismaal ja Walesis, mida rahastatakse kohalikest maksudest ja maksudest rahastatavatest Šotimaa universaalsüsteemidest.

Allikas: Costa-Font & Raut, 2022

Ajalooliselt on Euroopas eristatud kahte pikaajalise hoolduse mudelit: universaalne mudel (katvus üle 20%), näiteks Skandinaavias (ja Hollandis) ja jääkmudel, kus teenuse vajaduse katvus oli üldiselt tunduvalt madalam (alla 10%) ning hooldusel tugineti pigem perehooldusele (Costa-Font & Raut, 2022, lk 49). Mõned riigid tutvustasid avalikkusele

pikaajalise hoolduse kulutuste katteks planeeritavaid suuri reforme suurendamaks avalikku vastutust – näiteks Austria, Saksamaa, Jaapan, Prantsusmaa, Hispaania, ja Lõuna-Korea–kuid nii mõnelgi juhul osutusid reformid planeeritust tagasihoidlikemaks (Gori, 2020, lk 77).

1995. aastast kehtib Saksamaal kohustuslik hoolduskindlustus, mis tuleb sõlmida ravikindlustusega koos ja hõlmab nii kodu- kui institutsionaalset hooldust (OECD, 2020, lk 52,153). Kehtib kaks olulist põhimõtet: „kodus hooldamise prioriteet“ ja „ennetamise ning taastusravi prioriteet“. Kõik meditsiinikindlustuse poliisid peavad osalema pikaajalise hoolduse kindlustuses, olenemata inimese tervisest ja vanusest. Inimese enda maksekohustuse määr sõltub individuaalsest sissetulekutasemest (Chen *et al*, 2020, lk 19, 20). Sotsiaalkindlustust finantseeritakse eelkõige töövõtja ja tööandja maksetest, mille suurus sõltub töötaja palga suuruselt. Kohustusliku pikaajalise hoolduse kindlustuse taga on ravikindlustuse sotsiaalkindlustusprogramm. Seega on iga riikliku terviseplani või erakindlustusplaani liitunud isik automaatselt seotud tema sotsiaalkindlustusega. Hooldusvajaduse korral saab toetust välja võtta rahas, kuid ka teenustena, kusjuures teenuseid saab sel juhul suurema summa väärtuses (Barber *et al.*, 2021, lk 138, 141). Praeguse süsteemi kitsaskohaks on vähene erakindlustuse kasutamine, ebavõrdne ressursi jaotumine eaka elanikkonna vahel, sissetulekute ja jõukuse erinevused põhinevad igapäevaste tegevuste ja üldise heaolu piirangutel. See toob esile võimalikud erinevused hooldusteenuste kättesaadavuses (Geyer *et al.*, 2023, lk 44). Ettepanekutena süsteemi parandamiseks on soovitatud kohustusliku erakindlustuse kehtestamist, et suurendada Saksamaa sotsiaalkindlustussüsteemi finantsstabiilsust, vajalike töötajate immigratsiooni ja suurendada mitteformaalsete hooldajate osatähtsust (Geyer *et al.*, 2023, lk 47).

Hollandis viidi pikaajalise hoolduse reform läbi aastatel 2013–2015. Selle reformi eesmärk oli muuta pikaajalise hoolduse süsteemi jätkusuutlikumaks ja tõhusamaks, suunates rohkem ressursse koduhooldusele ning vähendades institutsionaalse hoolduse osakaalu (Krabbe-Alkemade *et al.*, 2020, lk 259, 260). Hollandi süsteemis on pikaajalise hoolduse rahastamisel oluline roll nii riigil kui ka kindlustusseltsidel. Hollandi tervishoiusüsteemis on tervisekindlustus kohustuslik ja see hõlmab ka pikaajalist hooldust. Hooldusteenuste rahastamine toimub kindlustusseltside ja teenuseosutajate vahel sõlmitud lepingute kaudu. Hollandis on pikaajalise hoolduse rahastamisel keskne

roll ka omavalitsustel. Omavalitsused vastutavad hooldusteenuste osutamise eest ning neil on vabadus valida, kuidas teenuseid pakutakse, kuid omavalitsuse eelarved on riiklikult määratud. (Costa-Font & Raut, 2022, lk 55). Hollandis läbiviidud reformi kokkuvõtteks saab ütelda, et see osutus edukaks, sest suudeti tõhusalt ümber jaotada hooldusteenused ning vähendati institutsionaalse hoolduse kulusid, mis aitas kaasa tervisekulutuste kontrollimisele vananeva elanikkonna seas (Krabbe-Alkemade *et al.*, 2020, lk 259).

Lisaks Euroopa riikidele on ka teised riigid, näiteks Jaapan, kehtestanud universaalse kattega kohustusliku pikaajalise hoolduse kindlustuse, et jagada eakatele osutatavat pikaajalise hoolduse vastutust. (Costa-Font & Raut, 2022, lk 13).

Jaapani pikaajalise hoolduse kindlustuse süsteem kehtestati aastal 2000, et vastata riigi kiirele elanikkonna vananemisele ja tagada, et elanikud saaksid võrdse juurdepääsu pikaajalise hoolduse teenustele (Tamiya *et al.*, 2020, lk 10). See süsteem on olnud oluline Jaapani sotsiaalpoliitika osa ning on mõeldud tagama, et vananeva elanikkonnaga riigis saavad kõik vajalikku hooldust vastavalt nende individuaalsetele vajadustele. Jaapanis kohustuslik pikaajalise hoolduse kindlustuse süsteem, mis katab vanematele inimestele erinevad vajalikud hooldusteenused, seal hulgas koduteenused ja institutsionaalse hoolduse. Süsteem on rahastatud 40-aastaste ja vanemate isikute poolt makstavate preemiate ning valitsuse toetuste kaudu (Barber *et al.*, 2021, lk 26, 52). Jaapani pikaajalise hoolduse kindlustuse süsteem püüab tagada, et teenused oleksid kättesaadavad kõigile, kellel on vajadus, kuid teenuste täpne ulatus ja kättesaadavus võivad varieeruda olenevalt individuaalsetest tingimustest ja piirkondlikest erinevustest (Tamiya *et al.*, 2020, lk 10).

Hiina alustas avaliku pikaajalise hoolduse kindlustussüsteem ametlikku pilootprojekti 2016. aastal võttes kindlustusmodelina eeskujuks Saksamaa. Hiina on maailma suurima eakate populatsiooniga riik ning seetõttu on avaliku pikaajalise hoolduse arendamine oluline teema (Chen *et al.*, 2020, lk 1, 4). Hiina Rahvusringhäälingu andmetel suurenes 1982. aastast kuni 2020. aastani 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal 5,5% -lt 13,5% -ni. Praegu elab Hiinas umbes 191 miljonit eakat inimest vanuses 65 aastat ja vanemad (Costa-Font & Raut, 2022, lk 13). Hiina suurimaks väljakutseks on pikaajalise hoolduse kindlustuse katvuse laiendamine, maapiirkondade ja linnade vaheliste erinevuste vähendamine teenustele juurdepääsus ning traditsiooniliste kultuuriliste ja sotsiaalsete

tavade muutmine (Chen *et al.*, 2020, lk 4), lisaks on oluline arvestada traditsiooniliste perekondlike hooldusvõrgustike nõrgenemisega ning tagada, et hooldusteenused oleksid kättesaadavad ja taskukohased kõigile neile, kes neid vajavad. Pikaajalise hoolduse rahastusallikateks on riigieelarve, kindlustussüsteemid ja omavalitsuste eelarved, tagamaks vanuritele vajalikud teenused ja toetused ning lahendades sellega vananemisega seotud väljakutsed (Costa-Font & Raut 2022, lk 10, 14).

Pikaaegse hoolduse teenuste kõrged kulud võivad olla vanematele inimestele suureks koormaks, eriti kui neil puuduvad piisavad säästud või kindlustuskaitse. Pikaegse hoolduse kindlustuspoliis võib aidata leevendada finantsraskusi seoses hooldusteenuste maksumusega (Arshad & Yusuf, 2021, lk 74). Euroopas on erinevad institutsionaalsed pikaajalise hoolduse korraldused, mis loovad erinevaid stiimuleid eraviisilise kindlustuse nõudmiseks. Näiteks Prantsusmaal ja Iisraelis on välja kujunenud üsna arenenud turud sellistele kindlustuspoliisidele, samas kui teistes Euroopa riikides on vaid väike osa inimestest eraviisiliselt kindlustatud pikaajalise hoolduse riskide vastu (Bucher-Koenen *et al.*, 2015, lk 353).

Ühtset pikaajalise hoolduse rahastuse skeemi ei eksisteeri, iga riik kohandab seda vastavalt oma võimalustele ning vajadustele.

2. UURING PIKAAJALISE HOOLDUSE RAHASTAMISEST

2.1. Uurimismeetod ja valim

Käesolevas uuringus kasutatakse kvalitatiivset uurimismeetodit. Uurimusküsimusele leitakse vastus viies läbi juhtumiuuringu läbi induktiivse lähenemise ning andmete kogumise instrumendina kasutatakse intervjuerimist. Autor viis läbi uurimistöös püstitatud eesmärgi saavutamiseks poolstruktureeritud eksperdiintervjuud, sest kaasas teatud rühma esindajad, kes on valdkonna eksperdid (Laherand, 2008, lk 199). Tuginedes Dexterile (2006) leiab von Soest (2022, lk 278), et ekspert võib olla iga isik, kellel on spetsialiseeritud teave või kes on seotud huvipakkuva poliitilise või sotsiaalse protsessiga. Respondendid on autor oma eesmärgipärasesse valimisse valinud tulenevalt nende pikaajalisest kogemusest Eesti sotsiaalpoliitika kujundamisel ja rakendamisel nii kohalikul, kui ka riigi tasandil. Seitse respondenti on uuringusse kaasatud, kui Eesti sotsiaalpoliitika asjatundjad ja üks respondent on kaasatud, kui õigusekspert. Eesmärgipõhiseid valimeid kasutatakse sageli siis, kui on vaja uurida konkreetset teemat või rühma inimesi (Õunapuu, 2014, lk 144). Seitsmel intervjueritavatel on kogemus riigi ja kohaliku omavalitsuse tasandil sotsiaalpoliitikate väljatöötamisel ja rakendamisel.

Juhtumiuuring võimaldab süvitsi uurida konkreetset näidet või olukorda, samuti võimaldab see koguda mitmekülgset teavet ja arusaamu ekspertide kogemuste ja seisukohtade kohta (Laherand, 2008, lk 75). Induktiivne lähenemine võimaldab uurimistulemustel kerkida esile toorandmetes leiduvate sagedate, domineerivate või oluliste teemade põhjal. See võimaldab avastada uusi teadmisi ja mustrimõtteid ekspertide intervjuude analüüsimisel ning võimaldab uurimistulemustel kujuneda orgaaniliselt (Thomas, 2006, lk 238).

Poolstruktureeritud intervjuud on kvalitatiivse uurimuse üks populaarsemaid andmekogumismeetodeid. Seda kasutatakse siis, kui soovitakse saada põhjalikku ja detailset teavet uuritava teema kohta. Poolstruktureeritud intervjuudes on intervjuerijal ette valmistatud teatud küsimused, kuid ta võib neid vajadusel kohandada või täiendada. See võimaldab saada informatsiooni, mida ei oleks võimalik saada struktureeritud intervjuu abil (Palinka *et al.*, 2015, lk 533). Intervjuu on väärtuslik meetod teadusuuringutes, mis pakub paindlikku ja süvitsi uurimist võimaldavat lähenemist. See aitab kaasa usaldusväärse ja mitmetahulise teabe kogumisele (Laherand, 2008, lk 178). Küsimused on avatud lõpuga ning see võimaldab intervjueritavatel oma vastuseid vabalt väljendada.

Autor esitas respondentidele avatud küsimused, sest Õunapuu (2014, lk 162) kohaselt jätavad avatud lõpuga küsimused vastajale võimaluse avaldada oma seisukohti ning arutleda etteantud teemal. Küsimused asutuste juhtivtöötajatele on esitatud Lisas 1 ja küsimused eksperdile Lisas 2.

Autor viis kaks intervjuud läbi otse suhtluse teel, n-ö näost näkku ning salvestas intervjuud mobiiltelefoniga. Üks ühele intervjuude läbiviimise koha valikul arvestas autor intervjueritavate soove (DeCarlo, 2018, lk 377).

Kuus intervjuud viidi läbi *MS Teamsi* vahendusel, kuivõrd see on turvaline keskkond ning võimaldab vestluse salvestamist (Saarijärvi & Bratt, 2021, lk 393). Mõlemal juhul küsis autor intervjueritavatelt luba salvestamiseks, andes teada, et salvestised transkribeeritakse *MS Wordi* tekstiprogrammis ning seejärel kustutatakse.

Uurimismeetodina rakendab autor kvalitatiivset sisuanalüüsi, mis annab talle võimaluse tuvastada tekstides esinevaid korduvaid mustreid ja teemasid ning teha nende alusel järeldusi ja üldistusi (Õunapuu, 2014, lk 160).

Uuringu sihtrühmaks on Tallinna linna ametiasutuse, kohaliku omavalitsuse, Sotsiaalministeeriumi ning riigi asutuste juhtivametnikud, kellel on pikaajaline kogemus nii riigi kui kohaliku omavalitsuse tasandil töötamisel ning kes on osalenud sotsiaalpoliitikate väljatöötamisel ja rakendamisel. Ekspertina on kaasatud Õiguskantsleri Kantselei nõunik, kes annab õigusliku hinnangu sotsiaalpoliitikate

rakendamise õiguslikule poolele. Enne intervjuude läbiviimist täpsustas autor respondentidelt konfidentsiaalsuse olulisust. Kuus respondenti ei pidanud konfidentsiaalsust oluliseks ja kaks ei osanud sellele küsimusele vastata. Oma töökoha anonüümsuse tagamist ei soovinud ükski respondentidest. Valimini jõuti läbi isiklike ja töökontaktide. Tabelis 2 on kirjeldatud valimit läbi koodide, kus KO1–KO2 tähistavad Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuametit, KO3–KO4 tähistavad Saue valla ja Tartu linna sotsiaalhoolekande osakonda, SM1–SM2 tähistavad Sotsiaalministeeriumit, SM3 tähistab Sotsiaalkindlustusametit ja E tähistab eksperti Õiguskantsleri Kantseleist.

Tabel 2. Uuringu periood ja kestus

Kood	Intervjuu läbiviimise kuupäev	Intervjuu kestus
KO1	02.04.2024	55 minutit
KO2	27.03.2024	87 minuti
KO3	05.04.2024	76 minutit
KO4	23.04.2024	61 minutit
SM1	02.04.2024	73 minutit
SM2	28.03.2024	47 minutit
SM3	01.04.2024	61 minutit
E	05.04.2024	57 minuti

Autor planeeris intervjuud läbi viia perioodil 20.03.2023–04.04.2023. Intervjuude aeg ja läbiviimise keskkond lepidi kokku e-kirja teel ning kinnitati üle *Microsoft Outlook* kalendrikutsega. E-kirjas tutvustas autor ennast ja uurimistöö sisu ning küsis nõusolekut uuringus osalemiseks. Uuringu õigeaegse ja eduka läbiviimise riskina hindas autor asjaolu, et andmete kogumisel võib probleemiks osutuda respondentide suur hõivatus ja seetõttu võib intervjuu andmiseks aja leidmine osutuda keeruliseks. Antud risk ka realiseerus ning viis intervjuueeritavat lükkusid kohtumised mitmel korral edasi. Intervjuud toimusid perioodil 27.03.2024–23.04.2024, Tabel 2. Pikaajalise hooldusega seotud ametite juhtidele ja nõunikele ning eksperdile koostati erinevad intervjuukavad (vt lisa 1 ja lisa 2). Intervjuude alguses küsis autor sissejuhatava küsimusena igalt intervjuueeritavalt nende kogemuse kohta pikaajalise hoolduse valdkonnas. Intervjuude keskmine kestus oli 67 minutit, lühim intervjuu kestis 47 minuti ja pikima kestus oli 87 minutit. Intervjuude käigus kogutud andmed transkribeeriti *MS Word* tekstitöötlustarkvara abil ning seejärel intervjuu salvestis kustutati. Vastuste sisuteksti tuli

kokku 113 lehekülge, pärast tekstide puhastamist mitteolulistest sõnakordustest ja üleliigsetest sidesõnadest jäi sisuteksti alles 96 lehekülge. Sisutekstis esitatud andmed loeti korduvalt läbi ning seejärel kategoriseeriti vastavalt uurimuse eesmärkidele. Laherand toob esile, et teoreetilise kodeerimise eesmärk on tekstide järjekindel liigendamine, sest läbi selle saab erinevaid tekstilõike omavahel pidevalt võrrelda (Laherand, 2008, lk 287–288). Andmete analüüsimisel otsiti vastustest sarnasusi ning vastavust käesoleva lõputöö teooriaosaga.

Andmed grupeeriti lähtuvalt lõputöö eesmärgist ja uurimisküsimustest järgmistesse temaatilistesse kategooriatesse:

- pikaajalise hoolduse kättesaadavus ja kvaliteet;
- kaasav lähenemine vananeva elanikkonna hooldusele;
- pikaajalise hoolduse rahastamine teistes riikides ja Eestis;
- hoolduskindlustuse võimalikkus Eestis.

Uurimistulemuste andmeid analüüsi vastavalt sisu konteksti tähendusele (Laherand, 2008, lk 290) ning võrreldi teooria osas kirjeldatuga ning tehti kokkuvõtte, järeldused ja ettepanekud.

2.2. Uuringu tulemus ja analüüs

2.2.1. Pikaajalise hoolduse kättesaadavus ja kvaliteet

Selgitamaks välja, kuidas hindavad respondendid pikaajalise hoolduse kättesaadavust ja kvaliteeti, koostas autor kuus küsimust. Kõik respondendid täpsustasid enne vastamist üle, et kuigi pikaajaline hooldus võib olla elukaare ülene ja hõlmata tervishoiuteenuseid, siis tavapäraselt peetakse pikaajalise hoolduse all ennekõike silmas eakatele suunatud teenuseid.

Sotsiaalvaldkonna osas hõlmab see teenus eakate hoolekannet, üldhooldusteenuseid, koduteenuseid ja omastehooldajate toetamist, mis on kohaliku omavalitsuse ülesanded. Tervishoiuteenuste osas võib pikaajaline hooldus hõlmata õendusabiteenuseid ja muid meditsiinilisi teenuseid, mis on olulised hoolduse saajate tervise ja heaolu tagamiseks. Seega on pikaajaline hooldus tihedalt

seotud nii sotsiaalvaldkonna kui ka tervishoiuteenustega, et pakkuda terviklikku ja kvaliteetset hooldusteenust inimestele, kes seda vajavad. (SM1)

Pikaajalise hoolduse rahastamisega seonduv astutus peaks olema ideaalis jagatud inimese ja tema lähedaste, kohaliku omavalitsuse ja riigi vahel (SM1, SM2, KO1, KO2). Praegu langeb ebaproportsionaalselt suur vastutus inimesele endale (SM1), kui tal puuduvad materiaalsed vahendid teenuse eest maksmiseks, siis tema teenusele saamine on raskendatud (SM2). Sotsiaalseadustiku üldosa seadus ütleb, et kui inimesel puuduvad vajalikud vahendid teenuse eest tasumiseks, siis see ei tohi olla takistuseks teenuse saamisel ning kohalik omavalitsus peab maksmise kohustuse üle võtma (SM1). Kohalik omavalitsus peaks pakkuma mitmekesiseid hooldusteenuseid (SM1, SM2) ning tagama, et need vastaksid inimeste tegelikele vajadustele (KO1, KO2), riik peaks looma toetava õigusliku raamistiku ja rahastusmudeli (KO1, KO3, KO4), mis toetaks hooldusteenuste arendamist ja parandamist (SM1). Intervjuudest selgus, et käesoleval ajal on vastutus hajunud, inimeste vastutus on aina väiksem (KO1, KO2, KO3): „Absoluutselt inimesel endal peab ka vastutus olema. Meil on võib-olla selline põlvkondade vahe, et tänased eakad on üles kasvanud sellises ühiskonnas, kus ei pidanud oma tulevikku planeerima“. (SM2)

Vajadus on tugevdada koordineerimist ja suhtlust erinevate osapoolte vahel (KO3), et tagada terviklik ja efektiivne hooldusteenuste süsteem ning keskvalitsuse poolt oleks vaja selgemaid juhiseid (KO1, KO3). Samas tuleb intervjuust välja, et seadusi ja juhiseid pikaajalise hoolduse tõhususe tõstmiseks on järjepidevalt tehtud (SM1).

Eestis on kokku 79 kohalikku omavalitsust. Need omavalitsused vastutavad iseseisvalt kohalike elu ülesannete korraldamise (KO3, KO4) ja otsuste tegemise eest. Olenemata nende suurusest, on neil kohustus täita kõikjal Eestis ühtseid ülesandeid ning tagada elanikele ühtlased teenused. Paljud piirkonnad on hajaasustusega ja tekib küsimus, kuidas tagada üle terve Eesti ühtlane teenuste kvaliteet ja kättesaadavus vähemalt baasvajaduse ulatuses.

Lihtne vastus oleks, et siis tuleb kõik ära riigi teenuseks teha ja siis oleks kõigile ühtemoodi. Aga seda me ometi ju ei taha. Subsidiarsuse printsiip peab ikkagi kehtima, mis me saame teha on ikkagi see, et läbi regulatsioonide siis kehtestada nõuded erinevatele sotsiaalteenustele. (SM1)

Tugev riiklik regulatsioon ja järelevalve (KO1, KO2, KO3) tagavad, et hooldusteenused vastavad kindlatele standarditele. Oluline on tagada piisavad ressursid (SM, SM3, KO1, KO2, KO3) pikaajalise hoolduse teenuste osutamiseks kõikides piirkondades. Ressursse tuleks jaotada vastavalt tegelikule vajadusele (KO2) ja tagada, et teenused oleksid kättesaadavad (E) kõigile abivajajatele. “Uute teenuste ja süsteemide katsetamine ning pidev analüüs aitavad paremini mõista, kuidas parandada teenuse kvaliteeti ja kättesaadavust“: (SM3). Kõik respondendid arvasid, et omastehooldajatel on oluline roll pikaajalise hoolduse tagamisel. Seetõttu on oluline pakkuda neile vajalikku koolitust, tuge ja ressursse nende ülesannete täitmiseks. Samas peame tagama piisavalt kvalifitseeritud tööjõudu sektoris. „Omastehooldajate hääl ei kõla kusagilt, kuid oleme loomas veebiplatvormi, mis oleks ka võrgustamise koht, planeerime 1. juuliks 2024“; (SM1). Tuleb tagada tõhus koostöö omavalitsuste, tervishoiuasutuste, sotsiaalteenuste pakkujate ja teiste osapoolte vahel (SM2, KO1, KO3), et oleks kindlustatud pikaajalise hoolduse terviklik ja kvaliteetne osutamine. Vajalik on suurendada teadlikkust pikaajalise hoolduse olulisusest (SM3) ning kaasata avalikkust ja huvirühmi otsustusprotsessidesse (KO1, KO3). „Ka täna kaasatakse, kuid kvaliteetse teenuse tagamiseks tuleb õpetada austust inimese vastu ning austust inimese eest hoolitsemise vastu. Ennetamist ja kaasamist tuleks alustada juba koolist“: (KO4).

Kõik need meetmed võivad aidata tagada pikaajalise hoolduse teenuste ühtlase kvaliteedi ja kättesaadavuse ning parandada hooldussüsteemi tervikuna. Üks respondentidest (SM2) tõi esile, et riik ja kohalikud omavalitsused saavad investeerida hooldusvõrgustiku arendamisse üle Eesti, luues erinevaid hooldusteenuste pakkumise võimalusi erinevates piirkondades.

Igas Eesti piirkonnas saab osutada kvaliteetset teenust, tuleb olla nutikas ja leida antud kohas kohaldatavaid võimalusi. Ega seadused ja juhendid ei loo kvaliteetset teenust, inimesed ja nende õige kohtlemine on hea teenuse taga. (KO4)

See hõlmab nii koduhooldusteenuseid kui ka hooldekodude võrgustiku laiendamist. Samuti tuleb leida võimalused, kuidas tagada hea transpordiühendus (SM3) erinevate piirkondade vahel, et inimestel oleks võimalik liikuda hooldusteenuste saamiseks vajalikesse kohtadesse. Tehnoloogia areng võimaldab kaughoolduse (E, SM2) ja

telemeditsiini teenuste laiemat kasutamist, mis võib aidata tagada hooldusteenuste kättesaadavust ka kaugemates piirkondades, kus spetsialiste võib olla vähem.

Praeguse süsteemi toimivuse suhtes olid kriitiliselt meelestatud kolm respondenti (KO1, KO2, KO3). Nad tõid välja, et järelevalve teenuste osutamise ja kvaliteedi kontrolli üle on puudulik (SM1), samuti on puudu nii rahalisest (KO1,KO2), kui ka inimressursist (KO3, KO4). Esile kerkivad seaduste rakendamise ja reformide ülemineku probleemid,

Muudatuste rakendamine võib tekitada ajutisi probleeme teenuse kättesaadavuses ja kvaliteedis, eriti kui süsteem on ebastabiilselt korraldatud ja rahastamine jagatud riigi ja kohalike omavalitsuste vahel. (KO3)

Inimestel peaks olema võimalus vananeda väärikalt (E, SM2) ning saada vajalikku hooldust ja toetust, et säilitada oma inimväärikus ja elukvaliteet.

Mis on inimväärikus ja teenuste baasvajadus? See on keeruline küsimus. Lamavale haigele on inimväärikas, et ta saaks kohast hooldust ja ta ei oleks valudes, kuid liikuvale, psüühilise häirega inimesele on vajalik kohane tegevus. (KO4)

Hetkel on olukord keeruline, kuna ressursid ja teenuste kättesaadavus võivad olla piiratud kohalike omavalitsuste alarahastuse (KO3) ning sotsiaaltöötajate ja hooldajate puuduse tõttu (KO4, SM3). See mõjutab inimeste võimalusi saada vajalikku hooldust ja toetust. Inimväärikuse tagamine pikaajalise hoolduse kontekstis on oluline aspekt (KO3, SM1), mis peaks olema kesksel (KO4) kohal hooldusteenuste arendamisel ja osutamisel.

Inimväärikus on oluline aspekt sotsiaalhoolekandes, mis tähendab hooldatavate inimeste õigust austusele, privaatsusele, enesemääramisele ja väärikale kohtlemisele. Hooldusteenuste pakkumisel tuleb tagada, et need toetaksid hooldatavate inimeste eneseväärikust ning võimaldaksid neil säilitada iseseisvust ja osaleda ühiskonnaelus. (E)

Inimeste õigus väärikale vananemisele ja vajalikule hooldusele peaks olema tagatud läbi tõhusa süsteemi, mis pakub kvaliteetseid ja kättesaadavaid hooldusteenuseid kõigile abivajajatele (SM3). Uuringusse kaasatud ekspert (E) tõi esile, et sotsiaalhoolekande seadus on loonud aluse hoolekandeteenuste reguleerimiseks ja hooldatavate ning hooldajatele kaitse tagamiseks, see on oluline sotsiaalkaitse tagamise seisukohast. Samuti on seadus loonud aluse hooldajatoetuste maksmisele (SM1), mis aitab toetada neid, kes

ei tööta ega saa riiklikku pensioni. Teisalt võib süsteemi toimivuses esile tuua ka kitsaskohti, nagu rahastamise probleemid ja tööjõu kvalifikatsiooni küsimused. Rahastamise küsimus võib mõjutada hoolekandeteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti, samuti võib tööjõu puudus tekitada väljakutseid hoolduse korraldamisel (KOKO4).

2023 aasta 1. juulist jõustus hooldereform, millega riik võttis üle kohustuse rahastada väljaspool kodu osutatava ööpäevaringse üldhooldusteenuse teenuskoha maksumusest hooldusteenust vahetult osutavate hooldustöötajate ja abihoidlustöötajate kulud. Kulude katteks kannab riik kohalikele omavalitsustele üle fikseeritud summa ning volikogudel on õigus kehtestada teenustasu ehk hoolduskulu rahastamise piirhind. Riigi esindajad leiavad, et hooldereformiga vähendati oluliselt omastehooldajate koormust (SM1, SM2), kuid samas suurenes kohalike omavalitsuste vastutus (SM3). “Pikaajalises perspektiivis on ilmselt tegemist hea reformiga“: (KO1), kuid kui vaadata hetkeseisu, siis on puudu teenuskohtadest,

teenuseosutajad tõstavad pidevalt hinda, toimub nõ „hooldekodu turism“, kus inimesed registreerivad oma elukoha rikkamas omavalitsus, et saada suuremat teenuskoha rahastust ja seadus ei keela sellist teguviisi (KO3).

Samuti on hooldekodud asunud omale teenusele valima väiksema hooldusvajadusega inimesi, sest nendega on kergem toimetada, kui dementsete vanainimestega või teenust vajavate alkohoolikutega (KO2). Hooldereformi tulemlikkusele lõplikku hinnangut anda on veel vara. Riigikohtu põhiseaduslikkuse järelevalve komisjonis on menetluses nelja kohaliku omavalitsuse kaebused riigi vastu (SM1, SM3, E).

Nagu Te ilmselt teate, siis on Tartu üks neljast, kes esitas riigi vastu kaebuse. On tänuväärne, et riik tahab inimestel vastutust vähemaks võtta ja luua võimaluse teenusele pääseda, kuid samas on riik selle täiendava kohustuse maksmise pannud kohalike omavalitsuste peale. Samas ei ole õige, et kõiki inimesi koheldakse võrdsetel alustel hoolduskomponendi maksmisel. Ära on unustatud maksevõime hindamine, on suur vahe, kas inimese pension on 4000 eurot või 500 eurot. (KO4)

Kaebuste põhisisuks on argument, et kui riik paneb kohalikule omavalitsusele täiendavaid ülesandeid, siis peab riik selleks ka rahalisi vahendeid eraldama, kuid hooldereform on tekitanud olukorra, kus osadel omavalitsustel on tekkinud üldhooldusteenuse osalise rahastamise kohustusega pankrotiolukord (KO3). Hooldereformi eesmärkide täitmise

tulemuslikkust saab hinnata alles kolme aasta möödudes, kuivõrd see on periood, mille jooksul selgub, mis on hästi ja mis vajaks parandamist, (SM1, SM3). Uuringusse kaasatud õigusekspert leiab, et:

mulle endale tundub sümpaatne Singapuri mudel, kus kehtib põhimõte, et enne seadusemuudatuste tegemist oodati kolm aastat ja seejärel analüüsiti, kas muudatused täidavad seatud eesmärgid ja lahendavad probleeme. Seadusemuudatusi ei tehtud poliitilistel kaalutlustel, vaid pigem praktiliste tulemuste põhjal (E).

Intervjuude kokkuvõttest selgub, et oluline on suurendada teadlikkust pikaajalise hoolduse olulisusest. Hooldusteenuste kättesaadavus ja inimväarikus on olulised aspektid sotsiaalhoolekandes, mis aitavad tagada hooldatavate heaolu ja eneseväarikuse säilimist. Need teenused võimaldavad hooldatavatel säilitada iseseisvust ja osaleda ühiskonnaelus, mis on oluline nende vaimse ja füüsilise heaolu tagamiseks. Oluline on tagada kohalikele omavalitsustele kohane rahastus teenuste osutamiseks, sest see aitab parandada teenuste kvaliteeti ning kättesaadavust.

2.2.2. Kaasav lähenemine vananeva elanikkonna hooldusele

Eesti elanikkond vananeb ning maksumaksjate baas jääb väiksemaks. Demograafilise muutusega kaasnev vananemine seab väljakutseid hooldusteenuste kättesaadavusele ja kvaliteedile, kuna suureneb hooldust vajavate inimeste arv. Demograafilised muutused võivad hõlmata ka sündimuse langust, mis võib mõjutada tulevikus tööjõu koosseisu, pensionisüsteemi ja sotsiaalteenuste vajadust (SM2).

Demograafilise muutuse valguses on oluline arendada ja tugevdada pikaajalise hoolduse süsteemi, et see suudaks vastata kasvavale nõudlusele (SM1) ning tagada kvaliteetsed ja kättesaadavad hooldusteenused kõigile abivajajatele (SM3, KO3). See hõlmab ressursside paremat jaotamist, omastehooldajate toetamist (SM2), tõhusat koostööd erinevate osapoolte vahel (SM1, KO1, KO2) ning teadlikkuse tõstmist inimeste õigustest (E) ja vajadustest seoses pikaajalise hooldusega.

Eriti peame mõtlema omastehooldajate ja nende toetamise peale. Vajalik oleks intervallteenuse osutamine hoolekodus, et omastehooldaja saaks puhata, samuti on vaja koolitusi ja teabepäevi, et tõsta omastehooldajate teadlikkust erinevatest võimalustest. (SM1)

Demograafiliste muutuste mõistmine ja nendega arvestamine on oluline pikaajalise hoolduse poliitika ja teenuste planeerimisel ning kättesaadavuse tagamisel (KO1, KO2, SM1, KO3). Riik peab jälgima demograafilisi trende, (SM1, KO3) et paremini mõista hooldusteenuste vajadust ja ressursse tulevikus ning arendada vastavalt hooldussüsteemi.

Kuna elanikkond vananeb, siis on vaja ka täiendavat tööjõudu, kuid neid ei ole kusagilt võtta, sest noorte hulgas on hooldaja amet ebapopulaarne. Noored tahavad kiiresti rikkaks saada ja teenida raha internetist. Tööjõu sissetoomine võiks olla lahendus, kuid küsimärgiks on keeleoskus, sest inimesega suhtlemine on väga oluline nüanss selle teenuse juures. (KO4)

Oluline on arvestada vananeva elanikkonna erivajadustega (SM3, KO2, KO3) ja kohandada teenuseid vastavalt nende vajadustele (KO4), sealhulgas tuleks suuremat tähelepanu pöörata füüsilise ligipääsetavuse tagamisele (KO1). Seega nõuab demograafiliste muutuste mõju pikaajalisele hooldusele süsteemi arendamist ja huvirühmade kaasamist (SM1SM3, KO2), tagamaks vajaminevate teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedinõuetele vastavuse.

Kõik respondendi leiavad, et huvigruppide kaasamine aitab tagada poliitika vastavust tegelikele vajadustele ja parandada otsuste kvaliteeti ning toetab avatud ja läbipaistvat poliitikakujundamist. Üks respondentidest on seisukohal: „et neid huvigruppe kaasatakse ka praegu, kuid seda ilmselt ainult moe pärast. Ei ole kindel, et neid ka tegelikult kuulatakse.“ (KO3) Respondent SM1 toob esile, et oluline on kaasava poliitika kujundamise edendamine, töötada koostöös erinevate organisatsioonidega, sealhulgas esindusorganisatsioonidega, korraldada koolitusi ja teavituskampaaniaid, luua tagasiside süsteem arvestada individuaalsete vajaduste ja eelistustega hooldusteenuste osutamisel, et tagada hooldatavate kaasamine otsustusprotsessidesse ja teenuste kavandamisse.

Kaasamine võimaldab erinevatel osapooltel tuua välja oma kogemused, teadmised ja vajadused, mis omakorda võib aidata paremini mõista ja lahendada pikaajalise hoolduse valdkonna väljakutseid. Lisaks aitab kaasamine luua tugevamaid ja jätkusuutlikumaid hooldusteenuste süsteeme, mis arvestavad erinevate osapoolte vajadusi ja ootusi. (KO2)

Seega on demograafiliste muudatuste jälgimine sotsiaalpoliitiliselt õigete otsuste tegemiseks oluline protsess kuhu tuleb kaasata ka huvirühmad. Nende kaasamine on

vajalik pikaajalise hoolduse valdkonnas, sees võimaldab luua terviklikumaid ja inimsõbralikumaid hooldusteenuste süsteeme, mis vastavad paremini abivajajate vajadustele ja tagavad teenuste kvaliteedi ning kättesaadavuse.

2.2.3. Pikaajalise hoolduse rahastamine Eestis ja teistes riikides

Uuringu selles osas käsitletakse, millised on Eestis uuringu tegemise ajal kehtiva pikaajalise hoolduse rahastamise süsteemi tugevused ja nõrkused, võrreldakse erinevate riikide kogemusi ja arutletakse, et milline on pikaajalise hoolduse rahastamise baasvajadus.

Eestis rahastatakse pikaajalise hooldusega seotud kulutusi kohaliku omavalitsuse ja riigi eelarvest, samuti inimeste enda ja tema lähedaste omafinantseeringust (SM1 KO2). Näiteks koduhooldust finantseeritakse kohaliku omavalitsuse eelarvest, kuid ööpäevaringse üldhooldusteenust rahastavad nii kohalik omavalitsus (KO1), keskvalitsus läbi täiendavate eraldiste (SM1SM3) ning hooldust vajavad inimesed koos oma lähedastega (KO2 KO4). Küsimusele, mis on intervjuueeritavate arvates praeguse rahastussüsteemi nõrkused ja tugevused vastas üks respondentidest:

Ma arvan, et üks tugevus tegelikult on see, et on säilinud see subsidiaarsuse printsiip, või et abi korraldus toimub sellel võimu tasandil, mis on inimesele kõige lähemal, et just seetõttu et see detsentraliseeritus või sest tegelikult suurendab mingis mõttes efektiivsust ja vastutust teenuse saajate ees. See arvestab inimese spetsiifilisi vajadusi, et see on selline rätsepätöö, see pakub abi, et ja omavalitsus saab tegelikult valida kõige tulemuslikumad teenused ja seda nii siis nagu inimese vajadusi, kui ka seda efektiivsust kuluefektiivsust silmas pidades. (SM1)

Nõrkuseks peeti finantsressursside piiratust (SM1, SM2, KO3, KO4), sest vajaduste ja ressursside vahel valitseb ebakõla, mis ei suuda katta vananeva elanikkonna kasvavaid vajadusi pikaajalise hoolduse järele. Süsteem on killustunud ja kulukaks (SM3) ning see takistab tõhusat ja terviklikku pikaajalise hoolduse pakkumist. Kasutusel peaks olema nõu akna süsteem ehk inimene saab teavet oma probleemi lahenduste kohta ühest asutusest, kuid hetkel peab inimene ise olema spetsialist ja aru saama, millisest asutusest, millist abi ta võib saada ja millised on tema õigused (SM1). Kehtiv süsteem keskendub sageli juba tekkinud hooldusvajadusele (KO3, KO4), mitte aga ennetavatele meetmetele

ja toetustele, mis võiksid aidata vähendada hooldusvajadust tulevikus (SM1). Puudu on hooldustöötajatest (KO3, KO4), sest tänane rahastusmudel ei pruugi piisavalt toetada hooldustöötajate koolitust ja motiveerimist, mis võib viia töäjõupuuduseni ja teenuste kvaliteedi languseni (KO1, KO2).

Hooldereformi rakendamine 2023 aastal on kaasa toonud üldhooldusteenust osutavate asutuste hooldajate töökohtade täitmise ja antud sektorisse on uusi tulijaid tööle läinud ca 600 inimest. (SM1)

Respondendi töid esile teiste riikide headest praktikatest Saksamaa (SM1, KO1, KO2), Hollandi ja Taani (SM2, E) pikaajalise hoolduse korralduse ja rahastamise. Saksamaal on hoolduskindlustuse süsteem, kus kodanikud maksavad kindlustusmaksid, mis tagavad neile juurdepääsu pikaajalisele hooldusele vajaduse korral (SM1, KO2).

Lisaks on Saksmaal kehtestatud lastetusmaks alates 23 eluaastast, sest lastetud inimesed on riigile suureks riskiks. Kui nad lapsi ei saagi, siis nad jäävad ju täiesti riigi hooldada ja riik peab olema selleks valmis. (KO2)

Saksamaa süsteem põhineb solidaarsusel ja kindlustuspõhimõttel, kus riskid on jaotatud laiemalt ühiskonnas (KO2). Taanis on pikaajalise hoolduse rahastamine peamiselt riiklikul tasandil, kus riik vastutab suurema osa kulude eest.

Nagu Eestis, on Taanis ka omavalitsuste panus hooldusteenuste rahastamisel. Taani süsteem põhineb universaalsusel ja võrdsusel, nad nagu tagavad kõigile elanikele ligipääsu vajalikele hooldusteenustele, kuid seal viidi läbi reform, et tõhustada pikaajalist hooldust, päris lõpptulemusega kursis ei ole (SM1).

Hollandis on sarnaselt Saksamaale hoolduskindlustuse süsteem, kus kodanikud maksavad kindlustusmaksid, mis tagavad neile hooldusteenuste kättesaadavuse. Hollandi süsteem on tuntud oma universaalsuse ja kvaliteetsete hooldusteenuste poolest. Lõunamaades kasutatakse enamasti perekeskset hooldust (KO2, SM3) ja

Itaalias ja üldse lõunamaades on kombeks ise oma lähedasi hooldada. Kuid samas kasutatakse palju näiteks üliõpilasi koduhoolduses. Tuleb üliõpilane teisest linnast, tal ei ole kusagil elada, aga seal on vanainimene, kes vajab hooldust ja seltsi. Selline olukord on sobiv mõlemale osapoolale. (KO2)

Respondent KO3 lisas, et Rootsis on pikaajalise hoolduse rahastamine peamiselt riiklikul tasandil, kus riik vastutab suurema osa kulude eest. Hooldusteenuste kasutajatel võib olla omaosalus sõltuvalt nende sissetulekutest. Rootsi süsteem on tuntud oma kõrge kvaliteedi ja universaalse kättesaadavuse poolest (SM3). Jaapanis on pikaajalise hoolduse rahastamine peamiselt erakindlustuse ja omastehoolduse põhine. Seal on ka riiklikud toetused madala sissetulekuga inimestele (SM1). Jaapanis on oluline roll ka kogukonna hooldusteenustel ja tehnoloogial, et toetada vanemaid inimesi kodus elamisel (KO1). Eesti võiks välja töötada oma pikaajalise hoolduse rahastuse mudeli võttes arvesse, et;

Riik vastutab oma kodanike heaolu eest ja seega on tal kohustus pakkuda abi neile, kes seda vajavad. See kohustus on sätestatud põhiseaduses sotsiaalkindlustuse õiguse näol. Et seda kohustust täita, peab riik eraldama oma eelarves raha sotsiaalprogrammide ja -teenuste finantseerimiseks. (E)

Need programmid võivad pakkuda tuge näiteks vaesuses elavatele inimestele, lastele, pensionäridele ja puuetega inimestele. Riigikogul on voli otsustada, kuidas riik abi osutab. Ta võib seda teha ise, luues riiklikke asutusi ja programme, või ta võib delegerida ülesande teistele, sealhulgas avalik-õiguslikele või eraõiguslikele asutustele. Olenemata sellest, kuidas abi pakutakse, on riigil alati kohustus tagada sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutlikkus. See tähendab, et süsteem peab olema rahalises tasakaalus ja suutma pakkuda abi ka tulevastele põlvkondadele. (E)

Vajalik on praeguse pikaajalise hoolduse süsteemi korrastamine ja efektiivsuse suurendamine. (E) Avalik sektor peaks kaasama rohkem erasektorit ja tegema omavahel koostööd (KO3), kuid: Tegelikult saadetakse meile kiirkorras mingi eelnõu kooskõlastamiseks ja meie arvamusega ei arvestata. Mis mõtet siis sellisel näilisel kaasamisel on? (KO4)

Erasektor võiks pakkuda täiendavaid hooldusteenuseid ja luua innovatiivseid lahendusi, samal ajal kui riik tagaks teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse läbi piisava rahastuse, erinevate juhiste ja regulatsioonide (KO3, SM3).

Sotsiaalvaldkonna suur probleem on see, et sotsiaalvaldkonnas aetakse taga ideaali sõltumata sellest, mis ta maksab ja küsimata sellest, et meil tegelikult ei ole ideaali jaoks raha ehk ka ministeerium ju teoorias rääkis baastaseme maksimisest. Täna me

oleme praktikas selles olukorras, et meil ei ole võimalik hinnata, kas see teenus on nüüd baastase või on ta luksus. (KO3)

Oluline on kaasata erinevaid osapooli ja huvirühmi pikaajalise hoolduse rahastamise aruteludesse ning leida tasakaal erinevate rahastusmodelite vahel, mis tagaksid hooldusteenuste kvaliteedi, kättesaadavuse ja jätkusuutlikkuse Eestis. Lisaks on oluline õppida teiste riikide kogemustest ja parimatest praktikatest, et arendada välja optimaalne pikaajalise hoolduse rahastamise mudel Eestis.

Erinevad strateegiad ja meetmed võivad aidata tagada pikaajalise hoolduse finantseerimise jätkusuutlikkust, parandada hooldusteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust ning luua tugeva aluse pikaajalise hoolduse süsteemi arenguks Eestis. (SM3)

Kokkuvõttes leidsid respondendid, et Eestis on pikaajalise hoolduse korraldamine ja rahastamine killustunud, ressursid jagunevad ebaühtlaselt ning vajalik oleks suurendada süsteemi efektiivsust.

2.2.4. Hoolduskindlustuse võimalikkus Eestis

Eestis on pikalt arutatud pikaajalise hoolduskindlustuse loomise vajadust ja seda vajadust toetab rahvastiku vananemine ja hooldusvajaduste suurenemine.

Riigikantselei juurde loodi 2015. aastal pikaajalise hoolduse probleemide lahendamiseks rakkerühm, kus ma osalesin. 2017 aastal esitlesime kolme võimalikku mudelit, sealhulgas hoolduskindlustuse mudelit, mis peaks tagama jätkusuutliku rahastuse pikaajalise hoolduse korraldusele, kuid antud süsteem poliitilist poolehoidu ei leidnud, sest oli seotud maksusüsteemide muudatustega ning 2017 aastal ei olnud maksude tõstmine populaarne otsus (SM1).

Käesolevas uuringus leidsid kõik respondendid, et hoolduskindlus võiks pakkuda lahenduse pikaajalise hoolduse rahastuse kitsaskohtadele, kuid samas ei olnud selge, kuidas uut süsteemi luua selliselt, et uue süsteemi administreerimise kulud ei ületaks oodatavat tulu (SM3). Samas leidis respondent KO1; „et hoolduskindlustus on pigem omane saksa keele taustaga kultuuri riikides“. Eesti kontekstis tõid respondendid esile, et 2017 aastal, kui otsustati pikaajalise hoolduse tuleviku rahastusega seonduvat, siis

Maailma panga president tõi esile, et Eesti ei ole valmis maksutõusudeks (SM2). Arvestada tuleb, et tegemist on pikaajalise rahastusmudeliga, kus efekt saabub alles paarikümne aasta pärast (KO1). Teatud mõttes on ka tänane ööpäevaringne üldhooldekodu hoolduskulude tasumine riigi poolt veidi nagu hoolduskindlustus (SM2, SM3). Hoolduskindlustuse rahastusmudelitena pakuti respondentide poolt erinevaid võimalusi. Eestis on kogu maksusüsteem seotud poliitiliste otsustega. Väga pikaajalt koguti teise pensionisamabasse raha, kuid see lammutati väga kiiresti laiali (SM2). Hoolduskindlustuse olemus sõltub palju sellest, millistel tingimustel riik selle loob,

kas ta soodustab seda või mitte, kas on juures riigi täiendavad boonused või mitte. Kas on kaasatud erakindlustus. Praegust on inimesele, kes tahab mõtelda oma tulevikule kõik võimalused loodud. Inimesed, kes ei mõtle sellele, nendel võiks olla kohustuslik kindlustus. (SM2)

Võimalus on siduda hoolduskindlustus olemasoleva sotsiaalkaitsekindlustusega ehk integreerida hoolduskindlustus tervisekindlustuse (SM1, KO1) või sotsiaalkindlustusega, et vähendada administratiivseid kulusid (SM3) ja ressursside dubleerimist (SM2, KO2). „Me oleme väike ühiskond ja me ei saa ennast uute süsteemide loomisega üle administreerida“; (SM3). Kui luua eelrahastusega süsteem, siis tekib tootluse küsimus, kui see jääb alla palgakasvule, siis ei ole see väga mõistlik., sest palk ja inflatsioon kasvavad kiiremini. Respondendi SM3 isiklik seisukoht on, et teenuste jooksev rahastamine on parem, kui eelrahastamine. Mõnda aega tagasi oli arutamisel hoolduskindlustuse loomine selliselt, et töötukindlustusmakseid oli riigieelarveresvis piisavalt ja soov oli jätkata kogutavate maksete suunamisega hoolduskindlustuse katteks, kuid tegelikult hoiavad töötuskindlustusest kogutavad vahendid riigieelarve tasakaalus ja neid ei tohi vähendada (KO3).

Kui lähtuda sellest, et hoolduskindlustus oleks solidaarne, siis vananev põlvkond maksab igal juhul rohkem, kui noorem põlvkond, Meil ei laeku nii palju maksu, et kõikide vajadused rahuldada. Ravikindlustusel on ju sama asi, et maksumäär on 13%, kuid meil on ikkagi ravijärjekorrad Kui suur siis peaks see maksukoormus olema, et tagada solidaarsusel põhinev? Kusagilt peab ikkagi piiri tõmbama. (KO3)

Võib kaaluda isikupõhist, hoolduskindlustust, kuid sellega kaasneb pikaajalise risk (KO3, SM3), mõni inimene võib elada 100 aastaseks ja kauem ning tema hooldusele

kuluvad summas kasvavad väga suureks. Kindlustusriskide vähendamiseks on raske leida kindlustusettevõtet, kes oleks nõus tagama pikaajalise riski (KO1, KO3). Teine võimalus on teha nagu Jaapanis, riik talletab inimese kogutava maksu eraldi kontol ja maksab selle välja teatud vanuse saabudes, samas on see summa edasi pärandatav (KO3, KO1). Tegelikult ei kata ka tänane sotsiaalkindlustusmaks ära väljamakstavad pensioneid ja riigieelarvest võetakse raha juurde (KO3), seega ei ole meil tegelikult võimalik makse tõstmata olemasolevast sotsiaalkindlustusmaksust mingi protsendi eraldada hoolduskindlustuse tarbeks (KO3, SM3).

Hoolduskindlustus võiks olla väga hea lahendus, kuid see tahab ikka päris tarku inimesi, kes selle üles ehitavad. Raha ei tule meile lõpmatuseni juurde, me peame saavutama olukorra, kus olemasolevaga saame optimaalselt hakkama. (KO3)

Mõned respondendid pakkusid rakendada astmelist hoolduskindlustust, kus kindlustusmaksed ja hüvitised sõltuvad inimese sissetulekust ja individuaalsetest vajadustest (KO2, KO1). Kaaluda võiks ka avaliku ja erasektori koostööd, kus hoolduskindlustus toetub nii riigieelarvest eraldatavatele vahenditele, kui ka eraisikute ja tööandjate panusele (KO2).

Oluline on, et see oleks konkreetselt seotud pikaajalise hooldusega- ja seda raha ei kasutataks muude vajaduste katteks ehk ei tõstetaks ühest riigi taskust teise. Läbi erinevate fondida võiks kasutada investeerimist, et raha väärtus ei langeks vaid hoopis suureneks. (KO2)

Hoolduskindluse üheks plussiks oleks kindlasti, et inimestel oleks õigus saada teenuseid ühtsetel alustel (SM1, KO2) ja ühte asutusse koondunud pikaajalise hoolduse rahastamine vähendaks täna mitme sektori vahele jagatus rahastuse pinget (SM1). Juhul, kui teenuseid rahastatakse ühest allikast, tähendaks see seda, et teenuseid saaks kasutada integreeritult (SM1, KO2, KO3).

See omakorda tagaks selle, et teenuste kvaliteeti saaks palju paremini ohjata ja üle Eesti oleks teenuste baastase ulatuslikult standardiseeritud. Palju paremini saaks ka kvaliteeti ohjata. Samas võib tekkida ikkagi olukord, et inimene peab pöörduma mitme asutuse poole ja omavalitsustel võib kaduda motivatsioon osutada ennetavaid teenuseid. (SM1)

Respondendid tõdevad, et peab olema hästi suur poliitiline tahe taga, et läbi maksutõus luua hoolduskindlustus (SM1), kuid kõik on ühisel arvamusel, et pikaajalise hoolduse kulused tuleb tõsta (KO1KO4).

Nii ehk naa tuleb rahastust suurendada ja ma ei imestaks, kui kunagi siiski hoolduskindlustus tuleks, mis aitaks tagada pikaajalise hoolduse baasvajaduse, mis on tegelikult see ,kui inimene saab kehtestatud nõuetele vastavat teenust. (SM1)

Riik peab tegelema sellega, et kogu süsteem oleks inimese vaatest loogiline (SM2, E) ja, et teenused oleksid adekvaatselt ka avaliku sektori poolt finantseeritud (SM1, KO1KO3). Hoolduskindlustuse rakendamisega kaasneksid kindlasti erinevad väljakutsed (SM2). Leida tuleks tasakaal riigi rahastatud ja inimeste endi panusel põhineva mudeli vahel (SM1), uue süsteemi ülesehitamine ja haldamine nõuab olulisi investeeringuid (KO1, SM1). Hoolduskindlustuse efektiivsus sõltub osalejate arvust ja riskide jaotumisest (SM3), seega tundub kõige mõistlikumana kohustuslik kindlustus, kuid selgitada tuleks, kuidas neid kogutavaid ressursse hoitakse, kasutatakse ja kasvatatakse nii, et nad ei kaotaks ajas oma väärtust (SM3, KO4).

Hoolduskindlustus on väga tore, kuid keegi tark mees peaks välja mõtlema, kuidas seda kõige kuluefektiivsemalt läbi viia. Siiani pole keegi suutnud seda teha. (KO3)

Hoolduskindlustuse kehtestamine vajab laiapõhilist poliitilist konsensust ja avalikku toetust, eriti maksutõusude kontekstis (SM1, SM2, E).

Hoolduskindlustuse loomine Eestis võib oluliselt parandada pikaajalise hoolduse kvaliteeti ja kättesaadavust, vähendades samal ajal perede hoolduskoormust ja majanduslikku survet, kuid hoolduskindlustuse loomine on pikaajaline protsess, mis nõuab poliitilist tahet ning väga head eelnevat majandusanalüüsi.

2.3. Järeldused ja ettepanekud

Eesti elanikkond vananeb kiiresti, mis suurendab märkimisväärselt pikaajalise hoolduse nõudlust. Prognoosid näitavad, et 2050. aastaks on Eestis üle 28% elanikkonnast vanuses 65 aastat ja vanemad (Statistikaamet, *s. a.*), mis toob kaasa suurenenud vajaduse mitmekülgsede hooldusteenuste järele. Käesolev uuring kinnitab, et demograafilised

muutused nõuavad kiiret ja tõhusat reageerimist, et kohandada pikaajalise hoolduse süsteemi vastavalt suurenevatele vajadustele.

Kuigi pikaajalise hoolduse rahastamine on Eestis jaotatud riigi, kohalike omavalitsuste ning isikute ja nende perede vahel (Comas-Herrera, 2020 lk 17), on süsteemi jätkusuutlikkus küsitav. Riigieelarve ja omavalitsuste kulutused ei ole alati piisavad või õiglaselt jaotatud, mis seab ohtu teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse (Paat-Ahi & Masso, 2018, lk 8). Uuringu tulemused kinnitavad, et ressursside parem jaotamine, huvigruppide kaasamine ja teadlikkuse tõstmine on kriitilise tähtsusega, et tagada hooldusteenuste kvaliteet ja kättesaadavus. Samuti selgus uuringu tulemustest, et pikaajalise hoolduse süsteemi arendamine peab olema läbimõeldud ja kaasav. Tugevamad ja jätkusuutlikumad hooldusteenuste süsteemid saavutatakse läbi riikliku ja kohaliku tasandi tõhusa koostöö, ressursside targema jaotuse ning tehnoloogia ja innovatsiooni rakendamise.

Eesti Vabariigi põhiseadus (1992) ja sotsiaalhoolekande seadus (2015) pakuvad küll teatud kaitset ja toetust vanaduse ning puuduse korral, kuid tegelik elluviimine ja rahastamine vajavad täiendavat tähelepanu, et vastata suurenevale nõudlusele ja tagada teenuste ühtlus. Eesti haldusüksused on erineva tiheduse ja rahvastiku arvuga. Uuringust tuli esile, et hajaasustuses ja väiksema rahvaarvuga kohas on raskem tagada riigi kvaliteedijuhiste kohaseid teenuseid, kuid samas tuleb olla loominguine. Samuti selgus uuringust, et teenuse ühetaoline osutamine on komplitseeritud üle terve Eesti, sest valitseb sotsiaaltöötajate ja hooldustöötajate puudus, mis võib olla tingitud nende ametite ebapopulaarsusest, alarahastusest ning samas ka vaimsest ja füüsilisest ülekoormusest, tulenevalt töökohtade alamehitatusest.

Teised riigid, nagu Saksamaa ja Holland, on edukalt rakendanud hoolduskindlustuse mudeleid, mis võimaldavad jätkusuutlikku rahastamist (Costa-Font & Raut, 2022, lk 8), ja kvaliteetseid teenuseid. Need mudelid pakuvad väärtuslikke õppetunde ja potentsiaalseid lahendusi Eesti jaoks (Gori, 2022, lk 77). Uuringu tulemusena selgus, et Eesti peaks kaaluma pikaajalise hoolduse rahastusmodelite mitmekesisust ja uurima ning rakendama erinevaid rahastamise lahendusi sealhulgas riigieelarvest, eraisikute kaasfinantseerimisest ja rahvusvahelistest fondidest, et tagada süsteemi jätkusuutlikkus. Hoolduskindlustuse olemasolu aitaks leevendada hooldusteenuste kõrget maksumust ning võimaldaks inimestel kergemini juurdepääsu kvaliteetsele hooldusele. Uuringu

kohaselt võib Eesti kontekstis hoolduskindlustus olla võimalik lahendus, kuid selle kehtestamine nõuab põhjalikku ettevalmistust ja kõigi osapoolte kaasamist. Mudeli valik peab arvestama nii rahastamise jätkusuutlikkuse kui ka teenuste kättesaadavuse ja kvaliteediga. Tähtis on tagada, et süsteem oleks paindlik ja suudaks kohaneda tulevaste demograafiliste muutustega ja sellest lähtuva hooldusvajadusega.

Uurimistulemuste kokkuvõttena teeb töö autor Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonnale ettepaneku kaaluda pikaajalise hoolduse rahastamise kitsaskohtade lahendusena:

- Hoolduskindlustuse loomist, mis tagaks hooldusteenuste rahastamise stabiilsuse.
- Parandada ja täiustada koostööd kohalike omavalitsuste ja teiste asutustega, et tagada pikaajalist hooldust vajavatele inimestele parim võimalik huvide kaitse ja inimväärne hooldus.

Autor saavutas uurimistöö eesmärgi ning uurimisküsimusele leiti vastused, mis toetavad hoolduskindlustuse loomist. Läbi hoolduskindlustuse loomise toimuks pikaajalise hoolduse eelrahastus ning kui inimene jõuab teatud ikka, on tal õigustatud ootus pikaajalise hoolduse kulude katteks vähemalt baasväärtuse ulatuses. Seega on hoolduskindlustusel potentsiaal pakkuda finantskaitset hooldust vajavatele isikutele ja nende peredele ning soodustada väarikat vananemist.

Lõppkokkuvõttes nõuab Eesti vananeva elanikkonna hooldusvajaduste rahuldamine terviklikku ja mitmetahulist lähenemist, kus oluline roll on innovatsioonil, rahastusmudelitel kohandamisel ja rahvusvaheliste parimate praktikate integreerimisel.

KOKKUVÕTE

Autor valis oma lõputöö teemaks pikaajalise hoolduse rahastusmodelina hoolduskindlustuse võimalikkuse uurimise Eestis. Antud teema pakkus autorile huvi, sest autor puutub oma igapäevatoos kokku olukorraga, kus inimestel ei ole materiaalseid vahendeid iseenda või oma lähedase hooldusteenuste eest tasumiseks. Autor toob oma toos välja, millised on erinevad pikaajalise hoolduse valdkonna väljakutsed Eestis, sealhulgas hooldusteenuste kättesaadavus, kvaliteet ning rahastusmodel.

Uurimustöö teoreetilises osas tuuakse välja, mis on pikaajaline hooldus, mis on sellega seotud kitsaskohad, kuidas on need lahendatud mujal maailmas ja kuidas Eestis. Pikaajaline hooldus vanematele inimestele on peamiselt korraldatud läbi riiklike ja kohalike omavalitsuste pakutavate teenuste ning sotsiaaltoetuste süsteemi. Mujal maailmas kasutatakse erinevaid rahastussüsteeme, tagamaks pikaajalise hoolduse kättesaamise kõigile vajajatele. Kombineeritud on avaliku ja erasektori koostöö, kaasatud on kindlustusseltsid ning isiku enda isiklik panus. Parimad rahvusvahelised praktikad kasutavad hoolduskindlust rahastusmodelina ehk teenuse eelrahastus on olemas. Hoolduskindlustus aitab katta pikaajalise hoolduse kulusid, mida tavaline tervisekindlustus ei kata. See hõlmab teenuseid nagu abistamine igapäeva elu tegevustes, hooldusasutuste teenused ja koduhooldus. Erinevates riikides on hoolduskindlustuse süsteemid erinevad, kuid ühine eesmärk on vähendada hoolduskuludega seotud ebakindlust ja riske.

Eestis rahastatakse pikaajalise hoolduse kulu osaliselt sotsiaalkindlustusmaksete kaudu, riigieelarve eraldistest. Euroopa Liidu ühtekuuluvusfondi vahenditest ja üldistest sotsiaalkaitse tuludest. Eesti valitsus on viimastel aastatel teinud jõupingutusi pikaajalise hoolduse valdkonnas, sealhulgas arendades välja erinevaid tugiteenuseid ja toetades omastehooldajaid.

Lõputöö empiirilises osas kirjeldab autor kvalitatiivse uuringu, milles osales kaheksa Eesti sotsiaalpoliitika elluviijat ja rakendajat, tulemusi. Respondentide vastustest selgus, et .kuigi Eestis puudub hetkel kohustuslik pikaajalise hoolduse kindlustussüsteem, võib tulevikus olla võimalik, et riik arendab välja sellise süsteemi, et tagada vanematele inimestele vajalik hooldus ja tugi. Eesti võib vaadata teiste riikide kogemusi, nagu Saksamaa, Jaapan ja Holland, ning kaaluda erinevaid võimalusi pikaajalise hoolduse kindlustuse rakendamiseks kohalikus kontekstis. Lõputöö uuringu kokkuvõtteks jõudis autor järeldusele et hoolduskindlustus võiks olla võimalik lahendus Eestis pikaajalise hoolduse rahastusprobleemidele, pakkudes finantskaitset hooldust vajavatele isikutele ning nende peredele. Lisaks võib hoolduskindlustus aidata kaasa väärrika vananemise tagamisele ning perekondliku hoolduskoormuse vähendamisele.

Lõputöö panustab pikaajalise hoolduse valdkonna arengusse Eestis, pakkudes praktilisi lahendusi ja soovitusi hoolduskindlustuse rakendamiseks. Töö tulemused võivad aidata kaasa hooldusteenuste paremale kättesaadavusele, finantsriskide leevendamisele ning väärrika vananemise edendamisele Eesti ühiskonnas.

Töö tulemused ja ettepanekud on suunatud Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonnale pakkudes praktilisi soovitusi hoolduskindlustuse süsteemi loomiseks Eestis. Autor rõhutab vajadust tõhusa ja jätkusuutliku hoolduskindlustuse järele, mis arvestaks erinevate sihtrühmade vajadusi, leevendades omastehooldajate maksekoormust ning tagaks hooldusteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse.

Edaspidi võiks uurida hoolduskindlustuse rakendamise praktilisi aspekte ning kaasata erinevaid osapooli ja huvirühmi hoolduskindlustuse süsteemi arendamisse, tagamaks pikaajalise hoolduse teenuste kvaliteedi, kättesaadavuse ja jätkusuutlikkuse Eestis. Uurimustöö kõrvaltulemusena selgus, et respondendid peavad väga oluliseks järelevalve tagamist ja teenuste regulaarset hindamist rahastamise läbipaistvuse suurendamiseks. Kuna antud teema lõputöö raames käsitlemist ei leidnud, siis võiks jätkuuringuna uurida, kuidas aitaks järelevalve teenuste üle tagada rahastamise läbipaistvuse.

VIIDATUD ALLIKAD

- Arshad, N. A., & Yusuf, M. M. (2021). A systematic review on the insurability risk for long-term care insurance in Europe and Asia countries. *Malaysian Journal of Science Health & Technology*, 7, 71–74. <https://doi.org/10.33102/mjosht.v7i.111>
- Barber, S. L., van Gool, K., Wise, S., Woods, M., Or, Z., & Penneau, A. et al. (2021). *Pricing long-term care for older persons*. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pricing-long-term-care-for-older-persons_a25246a6-en
- Bucher-Koenen, T., Schütz, J., & Spindler, M. (2015). Long-term care insurance across Europe. In A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck & G. Weber (Eds.), *Ageing in Europe – Supporting Policies for an Inclusive Society* (pp. 352–367). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110444414-034>
- Chen, L., Zhang, L., & Xu, X. (2020). Review of evolution of the public long-term care insurance (LTCI) system in different countries: Influence and challenge. *BMC Health Services Research*, 20(1), Article 1057. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05878-z>
- Comas-Herrera, A. (2020). *Peer Review on “Financing Long-term Care”: Thematic Discussion Paper on Approaches to Long-term Care Financing*. DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet>
- Costa-Font, J., & Raut, N. (2022). *Long-Term Care Financing: a review*. World Health Organization. https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/22.12%20Joan%20WHO%20Report_corrected.pdf
- Costa-Font, J., & Vilaplana-Prieto, C. (2022). Mental health effects of caregivers respite: subsidies or supports? *Journal of the Economics of Ageing*. 23, Article 100398. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2022.100398>
- Eaton, R., Kempen, T., Moench, S., Pahl, A., & Schmitz, A. (2020). *Risk Considerations for Innovative Products. A Case Study of the Long-Term Care Insurance Industry*.

- Society of Actuaries. <https://www.soa.org/49650b/globalassets/assets/files/static-pages/sections/long-term-care/ltc-medical-report.pdf>
- Eesti Vabariigi põhiseadus. (1992). *Riigi Teataja*, 26, 349; *Riigi Teataja I*, 15.05.2015, 2. <https://www.riigiteataja.ee/akt/PS>
- Eling., M., & Ghavibazoo, O. (2018). Research on long-term care insurance: status quo and directions for future research. *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 44, 303–356. <https://doi.org/10.1057/s41288-018-00114-6>
- Geyer, J., Börsch-Supan, A. H., Haan, P., & Perdrix, E. (2023). Long-term care in Germany. *NBER Working Paper No. 31870*. <http://www.nber.org/papers/w31870>
- Gori, C. (2020). Long-term Care Financing: Inserting Politics and Resource Allocation in the Debate Comment on “Financing Long-term Care: Lessons From Japan”. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(2), 77–79. <https://doi.org/10.15171/IJHPM.2019.88>
- Haljasmets, K., Pedjasaar, M., Pall, K., Kaldmaa, K., Tarto, L., Pedjasaar, V., & Salu, J. (2021). *Pikaajalise hoolduse tulevik. Uuring*. Arenguseire Keskus. https://arenguseire.ee/wp-content/uploads/2021/11/2021_pikaajalise-hoolduse-tulevik_uuring.pdf
- Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus. (1993). *Riigi Teataja I*, 37, 558; *Riigi Teataja I*, 30.06.2023, 28. arshad
- Krabbe-Alkemade, Y., Makai, P., Shestalova, V., & Voesenek, T. (2020). Containing or shifting? Health expenditure decomposition for the aging Dutch population after a major reform. *Health Policy*, 124(3), 268–274. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.016>
- Kupper, K., & Tarum, H. (2019). Pikaajalise hoolduse süsteemi tuleb Eestis muuta. *Sotsiaaltöö*, (4), 8–11.
- Laherand, M-L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. OÜ Infotrükk
- Masso, M., Paat-Ahi, G., Kiissel, A., & Purge, P. (2021). *Pikaajalise hoolduse rahastamise väljakutsed ja lahendused*. Arenguseire Keskus. https://arenguseire.ee/wp-content/uploads/2021/11/2021_pikaajalise-hoolduse-rahastamine_uuring.pdf
- Mueller, M., Bourke, E., & Morgan, D. (2020). *Assessing the comparability of Long-Term Care spending estimates under the Joint Health Accounts Questionnaire*.

- OECD. <https://www.oecd.org/health/health-systems/LTC-Spending-Estimates-under-the-Joint-Health-Accounts-Questionnaire.pdf>
- OECD. (2020). *Long-term Care and Health Care Insurance in OECD and Other Countries*. <https://web-archiv.oecd.org/2020-02-10/544999-Long-Term-Care-Health-Care-Insurance-in-OECD-and-Other-Countries.pdf>
- Olle, V. (2019). Valdade ja linnade korraldatavate kohustuslike kohalike sotsiaalteenuste probleeme. *Juridica*, 1, 30–42.
- Paat-Ahi, G. & Masso, M. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Estonia*. European Social Policy Network (ESPN). <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19845&langId=en>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Rhee, J. C., Done, N., & Andreson, G. F. (2015). Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. *Health Policy*, 119(10), 1319–1329. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.06.001>
- Riigieelarve seadus.(2014). *Riigi Teataja I*, 13.03.2014, 2; *Riigi Teataja I*, 22.12.2023, 12. <https://www.riigiteataja.ee/akt/RES>
- Riigikantselei. (2017). *Hooliva riigi poole: Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks. Hoolduskoormuse vähendamise rakkerühma lõpparuanne*. <https://www.digar.ee/arhiiv/et/raamatud/198460>
- Saarijärvi, M., & Bratt, E.-L. (2021). When face-to-face interviews are not possible: tips and tricks for video, telephone, online chat, and email interviews in qualitative research. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(4), 392–396 <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab038>
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.2015, 5; *Riigi Teataja I*, 14.12.2023, 3. <https://www.riigiteataja.ee/akt/SHS>
- Turu-Uuringute AS. (2020). *Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring*. Sotsiaalministeerium. <https://www.sm.ee/sites/default/files/content->

editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/hooldusvajaduse_uuring_som.pdf

- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., & Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*. Publication Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/84573>
- Statistikaamet. (s. a.). *Sotsiaalne kaitse*. <https://www.stat.ee/et/avastatistikat/valdkonnad/heaolu/sotsiaalne-kaitse>
- Tamiya, N., Yasunaga, H., Jin, X., Uda, K., & Komazawa, O. (2020). *Outcomes of Long-term Care Insurance Services in Japan: Evidence from National Long-term Care Insurance Claim Data* (ERIA Research Project Report 2020, No. 13). Economic Research Institute for ASEAN and East Asia. <https://www.eria.org/publications/outcomes-of-long-term-care-insurance-services-in-japan-evidence-from-national-long-term-care-insurance-claim-data/>
- Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237–246. <http://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Tulumaksu seadus. (1999). *Riigi Teataja I*, 101, 903; *Riigi Teataja I*, 21.11.2023, 6. <https://www.riigiteataja.ee/akt/TuMS>
- Veghte, B. W. (2021). *Designing Universal Long-Term Services and Supports Programs*. https://www.nasi.org/wp-content/uploads/2021/06/NASI_LTSSProgramsAbroad.pdf
- von Soest, C. (2023). Why Do We Speak to Experts? Reviving the Strength of the Expert Interview Method. *Perspectives on Politics*, 21(1), 277–287. <https://doi.org/10.1017/S1537592722001116>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu Ülikool. DSpace. <https://dspace.ut.ee/handle/10062/36419>
- Õunapuu, T., Raun, M., Uisk, A.-L., & Noorkõiv, R. (2022). Kohalike omavalitsuste sotsiaalkaitse kulude ja nende kajastamise analüüs. Levellab OÜ, Geomedia OÜ, <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2022-10/Kohalike%20omavalitsuste%20sotsiaalkaitse%20kulude%20ja%20nende%20kajastamise%20anal%3BC%3BCs.pdf>Sotsiaalministeerium.

Lisa 1. Uurimisinstrument

Esitatavad küsimused respondentidele

1. Millised on Teie kogemused pikaajalise hoolduse valdkonnas (töölane)?

Pikaajalise hoolduse teenuse kättesaadavus ja kvaliteet

2. Kuidas hindate pikaajalise hooldusega seotud teenuse osutamisel vastutuse jaotust (Costa-Font & Raut, 2022, lk 6)?
3. Kuidas saaks Teie hinnangul tagada pikaajalise hoolduse teenuste ühtlase vms kättesaadavuse kõikides Eesti piirkondades (Eesti Vabariigi põhiseadus, 1992, § 28)?
4. Kuidas saaks Teie hinnangul parandada pikaajalise hoolduse teenuste kvaliteeti ja tagada hooldatavatele inimväärikas elu?
5. Milline on Teie hinnang praeguse süsteemi toimivusele?
6. Kuidas mõjutas Teie hinnangul hooldereform pikaajalise hoolduse kättesaadavust (Sotsiaalhoolekande seadus, 2015, § 22¹)?
7. Millised on Teie soovitud pikaajalise hoolduse kättesaadavuse tagamiseks?

Eesti ühiskonna kontekst

8. Kuidas peaks pikaajalise hoolduse poliitika arvestama Eesti ühiskonna demograafiliste muutustega vananeva elanikkonna kontekstis (Statistikaamet, 2023)?
9. Kuidas kaasata pikaajalise hoolduse poliitika kujundamisse hooldatavaid inimesi, nende perekondi ja eestkostjaid?

Pikaajalise hoolduse rahastamine teistes riikides ja Eestis

10. Millised on Eesti pikaajalise hoolduse finantseerimise praeguste mudelite tugevused ja nõrkused (Paat-Ahi & Masso, 2018, lk 8)?
11. Kuidas kommenteerite pikaajalise hoolduse rahastusmudeleid teistes riikides? (Costa-Font & Raut, 2022, lk 8; Gori, 2020, lk 77)?
12. Milliseid teistes riikides kasutusel olevaid pikaajalise hoolduse rahastusmudeleid oleks Teie hinnangul võimalik ja mõistlik rakendada Eesti kontekstis?

13. Milline on Teie arvamus, kuidas tagada pikaajalise hoolduse finantseerimise jätkusuutlikkus (Rhee et al., 2015, lk 1319)?
14. Millised on võimalused luua Eestis pikaajalise hoolduse kindlustus? Millist süsteemi eelistate (Riigikantselei, 2017, lk 41)?
15. Milline rahastuse mudel võiks tagada pikaajalise hoolduse baasvajaduse rahuldamise ja milline on Teie arvates see baasvajadus?

Lisaks ülaltoodud küsimustele küsida veel võimalusel alljärgnevad küsimused:

- Milline on Teie arvamus hoolduskindlustusest?
- Milline peaks Teie hinnangul olema pikaajalise hoolduse teenuste integreerimine tervishoiusüsteemiga?
- Kuidas saaks Teie hinnangul läbi tehnoloogilise innovatsiooni tõhustada pikaajalise hoolduse teenuste osutamist?
- Kui oluliseks peate teadus-ja uurimistööde läbiviimist pikaajalise hooldusvaldkonna arendamiseks?

Lisa 2. Uurimusküsimused

Esitatavad küsimused õiguseksperdile

Küsimuste koostamisel kasutatud allikad; Eesti Vabariigi põhiseadus, 1992, § 14, § 28; Gori, 2020, lk 77; Masso et al., 2021, lk 8, 10; Paat-Ahi & Masso, 2018, lk 8; Rhee *et al.*, 2015, lk 1319; Riigikantselei, 2017, lk 41; Statistikaamet, 2023; Sotsiaalhoolekande seadus, 2015, § 22¹.

1. Milline on praegune õiguslik raamistik pikaajalise hoolduse osutamiseks Eestis ja millised on selle peamised piirangud?
2. Mille põhjal võiks Eesti kaaluda hoolduskindlustuse süsteemi kehtestamist? Mis eelised oleksid sellel võrreldes praeguse süsteemiga?
3. Millised õiguslikud takistused võivad esile kerkida hoolduskindlustuse süsteemi loomisel ja kuidas neid saaks ületada?
4. Kuidas mõjutaks hoolduskindlustuse kehtestamine hooldajate töötingimusi ja nende koormust? Kas see võiks kaasa tuua paremaid töötingimused või suurema toetuse?
5. Kuidas tagada, et hoolduskindlustuse süsteem oleks õiglane ja kättesaadav kõigile abivajajatele sõltumata nende sotsiaalmajanduslikust taustast?

SUMMARY

CHALLENGES OF LONG-TERM CARE AND THE POSSIBILITY OF LONG-TERM CARE INSURANCE IN ESTONIA

Marin Truman-Puustusmaa

The aging population and relative poverty among the elderly in Estonia have raised concerns regarding access to adequate care for those in need of long-term care services. This study aimed to explore the potential of long-term care insurance as a solution to mitigate financial risks associated with long-term care, ensure dignified aging, and reduce family caregiving burden in Estonia. The research consisted of a qualitative analysis and empirical study involving key stakeholders in the field of long-term care.

The theoretical framework highlighted the importance of establishing a long-term care insurance system to address the challenges of financing care services sustainably and ensuring their accessibility and quality. Various funding models and approaches from different countries were examined to inform the development of a suitable long-term care insurance scheme in Estonia.

The empirical study involved conducting semi-structured expert interviews with leading officials from Tallinn city authorities, local municipalities, state institutions, and the Chancellor of Justice's Office. The findings underscored the potential benefits of implementing long-term care insurance, such as stabilizing funding for care services, providing financial protection for care recipients and their families, promoting dignified aging, and reducing the burden on family caregivers.

Based on the results, practical recommendations were proposed for the implementation and further development of a long-term care insurance system in Estonia. Future research could focus on the practical aspects of implementing long-term care insurance, engaging

diverse stakeholders in the system's design, and ensuring its sustainability and effectiveness in meeting the evolving needs of the aging population.

In conclusion, the study's empirical findings support the viability of introducing long-term care insurance as a strategic tool to address financial risks, promote dignified aging, and alleviate family caregiving burden in Estonia's long-term care sector. The insights gained from the study contribute valuable insights for policymakers and stakeholders seeking to enhance the long-term care system in Estonia.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Marin Truman-Puustusmaa,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose *Pikaajalise hoolduse väljakutsed ja hoolduskindlustuse võimalikkus Eestis*, mille juhendaja on Anne Rähn, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Marin Truman-Puustusmaa

17.05.2024