

Täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamine ning toetavate teenuste pakkumine

Lõpparuanne



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

2021

Analüüs viiakse läbi Riigikantselei strateegiabüroo tellimusel ja seda rahastatakse ühtekuuluvusfondide 2014-2020 rakenduskava prioriteetse suuna 12 „Haldusvõimekus“ meetmest 12.2 „Poliitikakujundamise kvaliteedi arendamine“. Projekti algataja on Rahandusministeerium ning koostööpartner uuringu sisulisel konsulteerimisel on Sotsiaalministeerium.

Autorid:

Gerli Paat-Ahi

Priit Purge

Kadri Tillemann

Anne Randväli

Käesoleva töö valmimisse on andnud olulise panuse ka: Laura Mallene, Hanna-Stella Haaristo, Kaupo Koppel, Liis Kasemets

Poliitikauuringute Keskus Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

praxis | mõttekoda

Lühitutvustus

Vananeva elanikkonna ning sotsiaal- ja tervishoiuteenuste arengu kontekstis seisab Eesti sarnaselt teistele riikidele küsimuse ees, kuidas tagada elukeskkonna kõrge kvaliteet riigis selliselt, et selle ülalpidamine oleks elanikkonnale jõukohane ka kasvavate ootuste valguses. Otsitakse optimaalset mudelit, kuidas tagada teenuste kõrge kvaliteet ja maht, et jõuda kõigi abivajajateni võimalikult lihtsal, arusaadaval ja mugaval moel. Vajalik on koostöömudel, mis tagab nii sisulise terviklikkuse kui ressursside võimalikult efektiivse ja optimaalse kasutamise (kasvavatele vajadustele vastamiseks ei pruugi teenuste rahastamismahu eksponentsiaalne kasv olla võimalik).

Sotsiaalteenuste pakkumisele on vaja läheneda terviklikumalt, et nende kättesaadavus kogu riigis oleks parem. Suurendada tuleb osapoolte töö efektiivsust ja leida võimalusi omavalitsuste sotsiaalteenuste kvaliteedi tõstmiseks ja ühtlustamiseks. Sellega peab kaasas käima nii otsustuspädevuse jaotuse ja rahastusmudeli muutus kui ka võimalused teenusepakkumise optimaalsema valiku langetamiseks. Eri riikide valikud omavalitsustele sotsiaalülesannete detsentraliseerimise tasemes on erinevad. Näiteks Põhjamaadele on iseloomulik kõrge detsentraliseeritus, kus elanikele sotsiaalteenuste korraldamine on peamiselt omavalitsuste ülesanne koos otsustusvabadusega teenuse korraldamisel.

Käesoleva analüüsi fookuses on hinnata omavalitsuste rolli suurendamise võimalikkust **erivajadusega inimeste abivajaduse hindamisel ja toetavate teenuste pakkumisel**. Analüüsi **eesmärk** on anda hinnang valdkonna ülesannete kohalikul tasandil täitmise sobivusele ja võimalikule kaasnevale kasule elanike jaoks ning sobivusel esitada vajalikud poliitikamuudatuste ettepanekud.

Selleks, et välja selgitada omavalitsustasandil abivajaduse hindamise ja teenuste osutamisega seotud praegune olukord ja välja töötada olukorra parendamiseks võimalikke tegevuskohti, viisime läbi erinevate valdkonna spetsialistidega intervjuud (ametnikud, omavalitsuste töötajad), analüüsisime nelja erineva Euroopa riigi praktikaid, OECD ja WHO soovitusi ning korraldasime Mõttehommiku.

Analüüsi koostamisel ja hinnangute andmisel lähtusime nii praegusest olukorrast kui pikaajalisemast vaatest, arvestades, et ülesannete andmine võib vajada pikemat ettevalmistust nii regulatsioonide, omavalitsuse poolse ettevalmistuse, kompetentsi kujundamise kui ka ülesannete tehnilise üleandmise poolelt. Seejuures arvestasime ka omavalitsuste haldusreformi järgse järjepideva võimekuse kasvuga.

Selleks, et omavalitsused saaksid täiendavaid ülesandeid juurde võtta, on vajalikud teatud eeldused. Kõige kriitilisema tähtsusega on täiendav kompetentne inimressurss KOVi tasandil ja teenusepakkujate olemasolu.

Kõikide osapoolt ühine seiskoht oli, et abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine võiks olla korraldatud inimkeskselt ja see võiks toimuda võimalikult kodulähedaselt. Omavalitsustele ei saa täiendavaid ülesandeid üle anda kiirustades, vajalik on strateegiline plaan, kus on esitatud järkjärgulised tegevused järgmiseks kümneks aastaks.

Käesoleva analüüsi käigus töötati välja neljatasandiline mudel, kus saab endale keske rolli juhtumi koordinaator ningkes tagab, et igal tasandil saaks abivajadusele vastatud.

Abstract

An ageing population and the development of social and health care services have led Estonia, like other countries, to a situation where it faces how to ensure the high quality of the living environment in an affordable way for society. An optimal model is sought to ensure the high quality of services and reach all those in need in the most straightforward, clearest, and most convenient way. At the same time, there is a need for the optimally and reasonably organized cooperation model that ensures both the functionality of the overall system and the most efficient and optimal use of resources (the exponential growth in services funding could turn out to be impossible in the situation of growing needs of the society).

It is necessary to have a more holistic and comprehensive approach to public service delivery to improve their availability throughout the country and increase state actors' efficiency. There is a need to find ways to increase the quality of public services provided by both the state and local governments and harmonize the quality of services offered by local governments. It must be accompanied by a division of decision-making powers and a funding model and opportunities to make the most optimal service provision choice. Different countries have different approaches to the level of decentralization of public tasks to local governments. For example, the Nordic countries are highly decentralized. The organization of daily services for the population is mainly the task of local governments and the freedom to decide on the service's organization.

This analysis focuses on assessing the increasing role of local governments in evaluating the need for assistance and support services to people with special needs. The purpose of the study is to evaluate the suitability of performing these tasks at the local level and the potential benefits to the population and suggest necessary policy changes.

To find out the current situation regarding the evaluation of the need for assistance and the provision of services at the municipal level and to map the respective improvement needs, we conducted interviews with various specialists (officials, municipal employees), analyzed practices in four different European countries and reviewed OECD and WHO recommendations. We also arranged a participatory discussion seminar with stakeholders.

The analysis and assessments are based on both the current situation and a longer-term perspective: the assignment of tasks may require more comprehensive preparation in terms of regulations, local government preparation, competence development, and technical transfer of the duties. The continuous increase in local governments' capacity after the administrative reform is also taken into account.

It is necessary to ensure that certain preconditions are in place so that local governments could take on additional tasks. The most critical ones are competent human resources at the local government level and service providers' presence.

However, all parties' common position was that the assessment of the need for assistance and the provision of services could be better and more people-centred and could take place as close to home as possible. No additional tasks can be handed over to local governments in a hurry. Instead, a strategic plan could be drawn up, which will set out gradual activities for the next ten years.

Sisukord	
Lühitutvustus	3
Abstract	4
Töös kasutatud lühendid ja mõisted	6
Sissejuhatus	7
Metoodika	9
1. Detsentraliseerimise olemus ja olulisus	13
2. Täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamine ning toetavate teenuste pakkumine	18
2.1. Abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine Eestis	18
2.2. Täiskasvanud inimeste abivajaduse hindamine	19
2.3. Abivajajatele pakutavad teenused	21
2.4. Abivajaja teekond läbi erinevate süsteemide	23
2.5. Abivajajad ning nende teekond erinevate süsteemide vahel	25
2.6. Abivajaduse hindamise välisriikide praktika	30
2.6.1. Abivajaduse hindamine kohalikul tasandil	30
2.6.2. Puude raskusastme tuvastamine	33
2.6.3. Kohaliku omavalitsuse ülesanded sotsiaaltoetuste teenuste osutamisel	36
2.6.4. Võrdlusaluste välisriikide haldussüsteemi erisused	39
2.6.5. Detsentraliseerimise mõju teenuste osutamisele	39
3. Omavalitsuste roll ja otsustusõigus abivajaduse hindamisel ja teenuste korraldamisel	42
3.1. Abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise eeldused	42
3.2. Abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise väljakutsed	46
3.3. Abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise mudel	47
3.4. Ülesannete üleandmine KOVidele	52
3.5. Muudatuste vajadus	56
3.5.1. Ekspertide ettepanekud muudatusteks	56
3.5.2. Rahastus	57
3.5.3. Realistlik ajaraam muudatuste teostamiseks, nende eelhindamine ja seire	61
3.5.4. Lähimuspõhimõttel toimuva abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise poolt-ja vastuargumendid	63
4. Kokkuvõte	65
4.1. Järeldused	66
4.2. Soovitused	68
Kasutatud kirjandus	70
Lisa 1. Intervjuude kavad	76
Lisa 2. Teenuste kasutamine ja summad KOV lõikes	80
Lisa 3. Detsentraliseerimise ja tsentraliseerimise protsess Soome näitel	81
Lisa 4. Ekspertide ettepanekud, kuidas saaks Eesti erivajadustega inimeste abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine toimuda parimal võimalikul moel	83

Töös kasutatud lühendid ja mõisted

Lühendid

AWBZ	Hollandi tervishoiuseadus
DWP	Tervisehindamise Nõuandeteenistuse Töö ja Pensionide osakond (Ühendkuningriik)
ELVL	Eesti Linnade ja Valdade Liit
EPE	Eesti Patsientide Esindusühing
EPIKODA	Eesti Puuetega Inimeste Koda
ESF	Euroopa Sotsiaalfond
FPS	Hollandi Sotsiaalkindlustusamet
KELA	Soome Sotsiaalkindlustusamet
KOV	kohalik omavalitsus
NAV	Norra riikliku tööhõive- ja hoolekandeteenistus
NHS	National Health Service
RaM	Rahandusministeerium
SHS	Sotsiaalhoolekande seadus
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
SoM	Sotsiaalministeerium
STAR	sotsiaalteenuste ja toetuste andmeregister
SRT	sotsiaalne rehabilitatsioon
TH	tervishoiusüsteem
TK	Töötukassa
WIA	Hollandi töö- ja sissetuleku seadus

Mõisted

Abivajaja – abivajaja all mõistame käesolevas analüüsis inimest, kes vajab peamiselt tervise, töö ja sotsiaalvaldkonnast erinevaid teenuseid oma toimetuleku parandamiseks. Abivajadust ei ole me piiritlenud puude raskusastme tuvastamise või töövõime hindamise otsusega.

Juhtumikoordinaator (alternatiivsete mõistetena kasutusel ka juhtumikorraldaja ja hoolduskoordinaator) – käesoleva analüüsi raames mõistame juhtumi koordinaatorit uue rolli täitjana, kes võtab vastutuse abivajajale osutatavate hindamiste ja teenuste korraldamise eest ning kogu asjakohase info valdamise eest.

Sissejuhatus

Vananeva elanikkonna ning sotsiaal- ja tervishoiuteenuste arengu kontekstis seisab Eesti sarnaselt teistele riikidele küsimuse ees, kuidas tagada riigi pakutava elukeskkonna kõrge kvaliteet, et kasvavatele ootustele vastamisel oleks samas riigi ülalpidamine elanikkonnale jõukohane. Pidevalt otsitakse lahendusi, kuidas tagada optimaalne teenuste pakkumine, maksimaalne võimalik kvaliteet, abivajajateni jõudmise ja teenuste optimaalsus võrrelduna riigi jõukohasusega (sh elanikelt kogutava riigi ülalpidamiseks vajaliku maksukoormuse jm koormiste osas).

Iga aastaga suureneb sotsiaal- ja esmatasandi teenuseid vajavate inimeste hulk. Seetõttu on oluline, et pakutavad teenused oleksid kvaliteetsed ja kättesaadavad, sotsiaal- ja tervishoiuteenuste väljatöötamise ning pakumisega seotud organisatsioonid ja inimesed oleksid samas inforuumis ning omaksid ülevaadet valdkonnast tervikuna. Praegu puudub antud valdkonnas tugev eestvedaja ja kuigi osapooled teevad head tööd, ei jõuta parimate praktikate jagamise ja ühise poliitikakujundamiseni. Probleemiks on asjaolu, et sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid rahastatakse erinevatest allikatest, neile kehtivad erineva tasemega nõuded (sh andmekaitse) ning see muudab teenuste integreerimise keerukaks.

Kõiki teenuseid detsentraliseerida Eestis ei ole mõistlik ega kulutõhus. Nende teenuste puhul, kus teenus lähtub inimese vajadustest, on sellel potentsiaali. Eelkõige oleks mõistlik kaaluda sotsiaalvaldkonna detsentraliseerimist, kuna erivajadustega inimesed vajavad tihti rohkem kui ühte teenust ja inimkesksele lähenemisele toetudes on oluline, et neid on võimalik saada ühest kohast.

Käesoleva analüüsi fookuses on hinnata omavalitsuste rolli suurenemist **erivajadusega inimeste abivajaduse hindamise ja toetavate teenuste pakumisel**. Analüüsi **eesmärk** on anda hinnang sotsiaalvaldkonna ülesannete kohalikul tasandil täitmise sobivusele ja kaasnevale võimalikule kasule elanikele ning täitmise tasandi sobivusel tuua välja poliitikamuudatuste vajadused.

KOVidele ülesande üleandmise hindamisel lähtutakse järgmistest aspektidest:

- muuta teenused elanikule paremaks – nt tagada teenuste kättesaadavus lähtuvalt isiku abivajadusest (olenemata puude raskusastme tuvastamise olemasolust), paindlikkusest ja paremast vastavusest elanike vajadustele;
- kasutada ära võimalused, mis kaasnevad ülesande kohalikule tasandile korraldamiseks andmisega, nt kohalikul tasandil on parem teadlikkus vajadustest (sh abivajaduse hindamine olenemata diagnoosist ja/või puude raskusastme tuvastamisest või selle puudumisest), rohkem vahetut infot ning võimalus arvestada korralduses piirkondlike eripäradega.

Analüüsi koostamisel ja hinnangute andmisel lähtutakse pikaajalisemast vaatest (viis kuni kümme aastat), arvestades, et ülesannete andmine võib vajada pikemat ettevalmistust nii regulatsioonideks, omavalitsuse ettevalmistuseks, kompetentsi kujundamiseks kui ka tehniliseks üleandmiseks. Seejuures peab arvestama omavalitsuste haldusreformi järgse järjepideva võimekuse kasvu ning võimalusega arendada omavalitsustes välja uued võimekused.

Lähtuvalt hankedokumendis toodud uurimisküsimustele analüüsitakse eesmärkide täitmist eelkõige täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamise (puudest lähtuva abivajaduse määramise asemel või senise puude määramise paremal sidustamisel KOV tasandi abivajaduse hindamisega) ja

raskusastme ning toetavate teenuste pakkumise kontekstis. Sellest tulenevalt on uuringul järgmised uurimisküsimused ja -ülesanded:

Uurimisülesanded:

- Analüüsida, kuidas oleks senise puude raskusastme tuvastamise asemel või puude raskusastme tuvastamise paremal sidustamisel KOV tasandi abivajaduse hindamisega võimalik korraldada täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamist kohaliku omavalitsuse tasandil;
- Hinnata, kas ja milliste teenuste osas tuleks suurendada KOVide rolli ja otsustusõigust täiskasvanud erivajadustega inimestele abistavate teenuste korraldamisel ja toetuste maksmisel.

Uurimisküsimused:

- Millised on KOVi tasandile täiendavate ülesannete üleandmist toetavad ja takistavad argumendid ning prognoositavad mõjud (sh positiivsed ja negatiivsed mõjud)?
- Milline on hinnang üleandmise otstarbekusele? Millised eeldused peaksid kohalikul tasandil olema täidetud ülesannete täitmiseks? Kas ülesande andmine eeldab uute võimekuste väljaarendamist?
- Kuidas piiritleda rollid ülesande KOVidele üleandmise järel kesk- ja kohaliku omavalitsuse vahel (nt järelevalve funktsioon, juhendamine, koolitused, seire jne)?
- Kas ja millised muudatused on vajalikud omavalitsuste rahastamises, et tagada ülesande täitmise rahastus? Kui muudatused on vajalikud, siis millised tegurid tuleks võtta vahendite jaotuse arvestuse aluseks omavalitsuste lõikes?
- Milline on realistlik ajaraam ülesande üleandmiseks, arvestades ettevalmistuste läbiviimise (sh võimekuse väljakujundamise) vajadust?

Eestis on suur probleem teenuste (eelkõige tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna, kuid ka tasandite KOV *versus* riik mõttes) killustatus. Ühest küljest ei tea abivajaja, kus ja mis teenuseid ta saada peaks, teisest küljest ei ole erivajadusega inimeste abivajaduse hindamise ja toetavate teenuste korraldajal ühtset ülevaadet abivajaja vajadustest. Nii jääb tihti abivajaja mitme süsteemi vahele ega saa vajalikke teenuseid. Kuna Eestis on võetud suund teenuste detsentraliseerimisele (otsustamine peaks toimuma madalaimal võimalikul valitsemistasandil), siis abivajaja hindamine ja teenuste korraldamine peaks käima KOVi kaudu.

Käesolev analüüs on sisend keskvalitsuse edasistele otsustele detsentraliseerimise suunal. Ülesande üleandmine eeldab Vabariigi Valitsuse otsust, läbirääkimisi Eesti Linnade ja Valdade Liidu, omavalitsuste ning sotsiaalvaldkonna partnerorganisatsioonidega, osapoolte kokkuleppeid tingimuste ja edasiste tegevuste osas ning rakendusplaani väljatöötamist ja elluviimist.

Metoodika

Käesoleva uuringu teostamisel kombineeriti erinevaid kvalitatiivseid ja kvantitatiivseid meetodeid. Vastavalt uuringu lähteülesandele rakendati töös järgnevalt kirjeldatud meetodeid.

Dokumendianalüüs

Uuringu lõpptulemusena antakse muuhulgas poliitikasoovitusi, tuginedes kirjandusallikatele, võrdlusriikide kogemustele ning ekspertteadmiste tulemustele. Sealjuures on dokumentatsiooni analüüsi ja kirjanduse ülevaate eesmärk mõnevõrra laiem – see mõtestab varasemate teadmiste põhjal lahti uurimisküsimused. Kirjanduse ülevaate eesmärk on toetada analüüsi kontseptuaalse raami välja töötamist ning koguda empiirilisi tõendeid süsteemide toimivuse ja mõju kohta, mida saab kasutada analüüsi eelduste ja poliitikasoovituste põhjendamisel.

Süvaintervjuud ekspertidega

Süvaintervjuude läbiviimiseks koostati laiendatud poolstruktureeritud intervjuukavad (vt Lisa 1). Kuigi intervjuukavad olid struktureeritud, jättis see piisavalt võimalusi, et käsitleda teemasid ja esitada küsimusi sellisel viisil, mis on tulemuslik ja informatiivne. Kokku intervjuueeriti 22 inimest ministeeriumitest (SoM, RaM), KOVidest, SKAst, TKst ja ELVList.

Mõttehommik

Analüüsi esmaste tulemuste valideerimiseks ja oluliste otsustuskohtadele eksperthinnangute saamiseks korraldati Mõttehommik. Praxise Mõttehommik on poliitikakujundajatele ja kodanikuühendustele suunatud poliitikaseminar, mille eesmärgiks on anda avalikuks aruteluks rohkem argumente ja teadmisi. Mõttehommiku formaadi puhul on kesksel kohal osalejate aktiivne kaasamine arutellu ning poliitikaprobleemile lahenduste otsimise ühisloome. Mõttehommiku põhiväärtuseks on oluliste otsustuskohtade üle toimuv arutelu, milles alati osalevad antud teemaga seotud erinevad osapooled.

Lahenduste ja ettepanekute väljatöötamiseks, kuidas Eesti erivajadustega inimeste abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine toimuks parimal võimalikul moel, kutsuti Mõttehommikule ligi 40 eksperti nii riigi kui kohaliku omavalitsuse tasandilt. Esindatud olid RaMi, SoMi ja SKA ametnikud, omavalitsuste esindajad Võru linnast, Tartu linnast, Raplast, Jõgevalt, Põltsamaalt, Haapsalust, Sakust, Viimsist ja Hiiumaalt, aga ka Eesti Linnade ja Valdade Liidust ning Eesti Puuetega Inimeste Kojast. Ekspertid esitasid oma vaated ja kogemused grupitöö formaadis, otsides ühiselt vastuseid küsimustele, kuidas saaks KOV riigilt edukalt üle võtta abivajaduse hindamise ja teenuste osutamisega seotud ülesandeid ning kuidas saab kohalik omavalitsus parimal moel erivajadustega inimesi toetada. Mõlema küsimuse puhul pöörati eraldi tähelepanu sellele, millised tingimused ja eeldused peavad olema täidetud ning sellest tulenevalt ka sellele, millised muudatused on vajalikud. Ekspertid töötasid kolmes grupis, sisendi ja inspiratsiooni grupiaruteludele andsid ettekanded RaMilt, SoMilt, SKAlt, Alutaguse vallalt ja Praxiselt. Arutelude tulemuste talletamist ja jagamist toetas välja töötatud arutelude tööleht, mille peamisi tulemusi iga grupp ka esitles. Esitluste tulemusena valmis koondtabel ettepanekutest.

Omavalitsuste profileerimine

Eestis on 79 kohalikku omavalitsust, mis jagunevad 15 linnaks ja 64 vallaks. Kuigi 2017. aastal jõustunud haldusreformi ühinemiste ja liitumiste etapp on lõppenud, on kohaliku omavalitsuse ja regionaalvaldkonna arenguväljakutsed endiselt aktuaalsed. Kohaliku omavalitsuse- ja regionaalarengus on tihti eesmärgiks seotud avalike teenuste efektiivne osutamine, kuid selleks vajalikud

poliitikainstrumentid (korralduslikud, finantsilised, õiguslikud küsimused) on tihti jäänud läbi analüüsimata.

Käesoleva analüüsi raames jagasime KOVid erinevatesse klastritesse. Kõigepealt püüdsime kasutada erinevaid algoritme (võtsime aluseks elanike arvu, pindala elanike kohta ja teenuste arvu elanike kohta - viimane kahjuks ei olnud kättesaadav kõigi KOVide kohta ja/või olid andmed väga erinevalt mõistetavad). Kuna andmed ei olnud ühtlased (eriti teenuste osas), siis sellise jagunemise põhjal moodustasid kummalised ja raskesti põhjendatavad grupid (nt Tallinn ja Haapsalu sattusid samasse gruppi). Seetõttu otsustasime jagada omavalitsused järgmiste tegurite järgi:

1. Teenuste kasutamine sissekirjutusest erinevas KOVis. Kuldse ringi tööme eraldi välja seetõttu, et ehkki nt Viimsi, Harku jne elanikud ei ole Tallinnasse sisse kirjutatud, on paljudel seal töökohad ning samuti kasutatakse muid teenuseid Tallinnas. Seda aspekti on seetõttu oluline eraldi analüüsida.
2. Teenuste kättesaadavus hajaasustusega piirkonnas. KOVis on mitu väiksemat tõmbekeskust ja omavalitsus on pindalalt suur.
3. Ülejäänud väiksemad ja keskmised KOVid, kus paljude teenuste kättesaamiseks peavad abivajajad minema maakonnakeskusesse (nt rehabilitatsioon).

Leidsime, et kõige mõistlikum on KOVid jagada tulenevalt haldusiseloost maksimaalselt neljaks-viieks rühmaks ning seejärel teha KOVide lõikes analüüs. Teenuste detsentraliseerimist KOVide tasandil analüüsitakse (juhtum-uuringu põhimõttel) järgmiste piirkondade näitel (vt. Tabel 1):

- Domineeriva linnalise keskusega piirkond, näiteks Võru, Rakvere või Viljandi linn ja selle ümbruskonna vallad. Keskuses peab olema vähemalt piirkondlik haigla.
- Suurlinnad (keskuses vähemalt keskhaigla), Tallinn, Tartu, Pärnu ja Narva.
- Hajaasustuse ja suure territooriumiga piirkond, nt Alutaguse. Piirkonnal võib küll olla oma keskus (nt Mustvee), kuid puudub haigla ja territoriaalne piirkond on suur.
- „Kuldse ringi“ piirkonnad. Suurlinna lähiümbrus, enamik elanikest käivad suurlinnas tööl ning seetõttu on tihti perearst linnas.
- Keskmise või väiksema suurusega vallad. Vallad, kus ei ole haiglat ega muud suurt infrastruktuuri.

Juhtum-uuringu põhimõttel uuriti eelpool toodud gruppide lõikes abivajaja teekonda abivajaduse ja puude hindamisel ja hindamise tulemusel osutavate teenuste saamisel.

TABEL 1. OMAVALITSUSTE KLASTERDAMISE TULEMUS

Domineeriva linnalise keskusega piirkonnad	Suurlinnad	Hajaasustusega suure territooriumiga piirkonnad	“Kuldse ringi” piirkonnad	Keskmise või väiksema suurusega vallad
Linnad: Rakvere, Viljandi, Paide, Haapsalu, Võru, Keila, Loks, Maardu, Kohtla-Järve, Narva-Jõesuu, Sillamäe Vallad: Jõgeva vald, Põlva vald, Rapla vald, Saaremaa vald, Valga vald, Jõhvi vald	Tallinn, Tartu, Pärnu, Narva	Hiiumaa vald, Alutaguse vald, Lüganduse vald, Toila vald, Mustvee vald, Põltsamaa vald, Põhja-Pärnumaa vald, Peipsiääre vald	Anija vald, Harku vald, Jõelähtme vald, Kiili vald, Kose vald, Kuusalu vald, Lääne-Harju vald, Raasiku vald, Rae vald, Saku vald, Saue vald, Viimsi vald, Elva vald, Kambja vald, Tartu vald	Järva vald, Türi vald, Lääne- Nigula vald, Vormsi vald, Haljala vald, Kadrina vald, Rakvere vald, Tapa vald, Vinni vald, Viru-Nigula vald, Väike-Maarja vald, Kanepi vald, Rääpina vald, Häädemeeste vald, Kihnu vald, Lääneranna vald, Saarde vald, Tori vald, Kehtna vald, Kohila vald, Märjamaa vald, Muhu vald, Ruhnu vald, Kastre vald, Luunja vald, Nõo vald, Otepää vald, Tõrva vald, Mulgi vald, Põhja-Sakala vald, Viljandi vald, Antsla vald, Rõuge vald, Setomaa vald, Võru vald

Välisriikide valik

Välisriikide kogemuse analüüsi käigus otsiti välisriikidest lahendusi, mis võiksid Eestisse sobida. Eesti omavalitsussüsteem on kujundatud peamiselt Põhja-Euroopaliku omavalitsusmudeli eeskujul (mille keskseks strateegiaks kohaliku omavalitsuse ja selle autonoomia arendamisel on läbi detsentraliseerimise, elanike omaosaluse ja vastutuse kujundada omavalitsuse rolli ja kuvandit. Seetõttu oli välisriikide kogemuse analüüsimisel mõistlik kasutada eelkõige Põhjamaid.

Välisriikide detsentraliseerimise kogemuse hindamisel pöörati tähelepanu ka sellele, kas protsessi läbiviimisel täideti eeldatavaid detsentraliseerimise punkte (nt OECD juhend), kas ja kuidas mõeldi läbi tuleviku mudel, sh rahastamine, võimekuse väljaarendamine, tegeliku otsustuse andmine jne. Võimalusel püütakse teiste riikide näitel analüüsida detsentraliseerimise protsessi ja uurida, kas sellest on midagi õppida (sh kui otstarbekas on anda analüüsitavaid ülesandeid KOVi tasandile, millised on head praktikad jne. See on oluline, sest detsentraliseerimise edukus sõltub ka protsessi läbiviimisest.

Välisriikide analüüsi kaasati järgmised riigid:

- Soome valiti Eestiga sarnase tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande korralduse tõttu. Samuti on Soomes palju rõhku pandud teenuste detsentraliseerimisele ja omavahelisele integreerimisele.
- Norra on paljuski sarnane Soomega, perearstiabi ja hoolekande teenuste korraldus on KOVi vastutada.

- Holland valiti analüüsi, sest seal on Euroopas kõige edukamalt suudetud rakendada integreeritust tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande teenuste vahel.
- Ühendkuningriik valiti analüüsi, sest seal pannakse suurt rõhku teenuste integreerimisele ja inimesekesksusele.

Käesoleva abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamisega seotud raportiga on koostatud paralleelselt üldarstiabi korraldamise raport. Seetõttu kasutati intervjuude läbiviimisel samu omavalitsusi. Üldjuhul olid intervjuueeritavateks erinevad inimesed, väiksemate omavalitsuste puhul võisid need kattuda. Võrdlusriikide analüüsis kasutati samu riike, eelkõige eesmärgiga selgitada välja teemade kattuvus omavalitsuste tasandil (nt esmatasandi koostöömudel, kus on integreeritud nii perearstiabi kui sotsiaalhoolekanne).

1. Detsentraliseerimise olemus ja olulisus

Ehkki detsentraliseerimist on laialt levinud ja põhjalikult analüüsitud, mõistetakse ja rakendatakse seda sageli erinevalt ja erinevates valdkondades. Detsentraliseerimine viitab vastutuse üleandmisele keskvalitsuse tasandilt kohalikule tasandile (piirkondlikud valitsused, omavalitsused jne), millel on teatav autonoomia. Detsentraliseerimine seisneb ka keskvalitsuse ja omavalitsuste vaheliste suhete ümberkorraldamises, et saavutada riiklikele/föderaalsetele valitsustele koostöövalmim ja strateegilisem roll (1).

Detsentraliseerimise motiivid

Detsentraliseerimise reforme rakendatakse ja on ellu viidud väga erinevatel põhjustel. Näiteks on detsentraliseerimise põhjuseks olnud tohutult keerulised tegurid nagu poliitiline üleminek Ida-Euroopas, kolonialismi lõpp, üleilmastumine ja inforevolutsioon, kodanike põhiõiguste kaitsmine kohtute poolt, lõhestav poliitika ja kodanike rahulolematuse valitsemisega (2).

Detsentraliseerimine on toimunud riigireformide osana, et parandada avalike teenuste tõhusust ja kvaliteeti, suurendada piirkondlikku ja kohalikku tootlikkust ning majanduskasvu, täites hiljutise majanduskriisi tagajärjel eelarve konsolideerimise eesmärgid või olles vastuseks Euroopa Liidu institutsioonide programmidele. Alati pole tulemus olnud positiivne, kuna paljudes riikides on detsentraliseerimise eesmärk kulutuste puudujäägi allapoole viimine. Ajalooliselt olid sageli kompromisside tulemuseks äärmiselt detsentraliseeritud riigid, mida oli vaja mitmekesise elanikkonnaga riikides poliitilise stabiilsuse tagamiseks (OECD, 2019a).

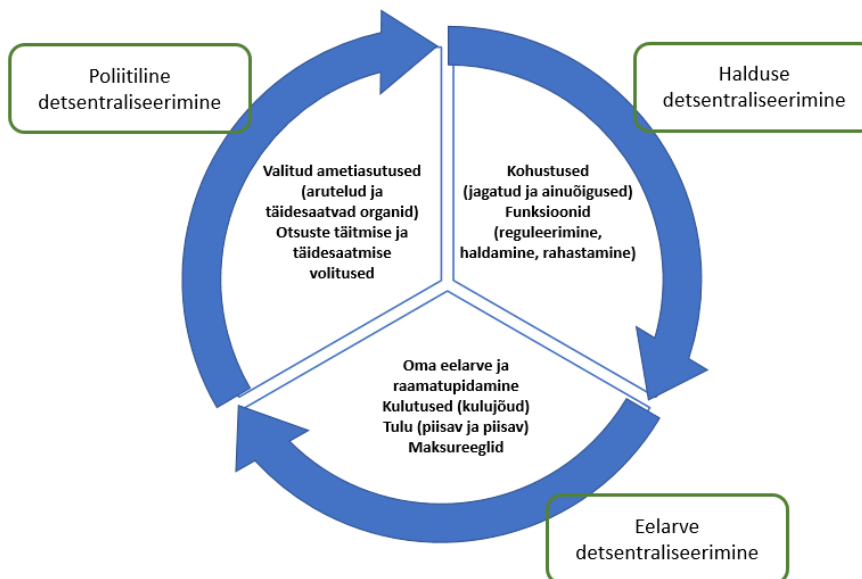
Mitmemõõtmeline protsess (1,3):

Detsentraliseerimise mõiste hõlmab endas kolme mõõdet: poliitilist, halduslikku ja fiskaalset. Need mõõtmised sõltuvad üksteisest: ilma poliitilise ja haldusliku detsentraliseerimiseta ei saa (ega peakski) toimuma eelarve detsentraliseerimist. Teisalt on ilma eelarve detsentraliseerimiseta poliitiline ja administratiivne detsentraliseerimine mõttetu.

- Poliitiline detsentraliseerimine loob detsentraliseerimise õigusliku aluse. See hõlmab uut võimude jaotust eri valitsustasandite vahel vastavalt subsidiaarsuse põhimõttele, millel on erinevad eesmärgid, sh sageli demokraatia tugevdamine.
- Halduse detsentraliseerimine hõlmab territoriaalse tasandi ülesannete ja funktsioonide ümberkorraldamist ning selget jaotamist, et parandada riigi territoriaalhalduse tõhusust ja läbipaistvust. Üldiselt on see seotud mõne avaliku ülesande planeerimise, rahastamise ja haldamise otsuste üleandmisega valitsuse madalamatele tasanditele.
- Eelarve detsentraliseerimine hõlmab maksustamise ja kulutamiskohustuste delegeerimist omavalitsustasanditele. Sellisel juhul sõltub detsentraliseeritusse määr nii delegeeritud ressursside hulgast kui ka autonoomiast selliste ressursside haldamisel. Näiteks on autonoomia suurem, kui kohalikud omavalitsused saavad otsustada maksubaaside, maksumäärade ja kulude jaotamise üle.

Teoreetiliselt on need kolm mõõdet - võimude, vastutuse ja ressursside jaotus - üksteist täiendavad ja omavahel tihedalt seotud (joonis 1). Samas tuleks need seosed edukuse maksimeerimiseks hoolikalt läbi mõelda. Praktikast on suurimaid väljakutseid nende mõõtmete vahel õige tasakaalu leidmine ja detsentraliseerimisreformi maksimaalseks ärakasutamiseks järjestuse leidmine. Sageli on tulemus üks või kaks puuduvat seost või halb järjestamine. Näiteks ei arvestata mõnes detsentraliseerimisprotsessis

sageli piisavalt poliitilist mõõdet, riikidevaheliste valitsuste demokraatlik legitiimsus on väike, tegelikud aruandlusmehhanismid puuduvad või kodanike osalus kohalikul tasandil on liiga nõrk (1).

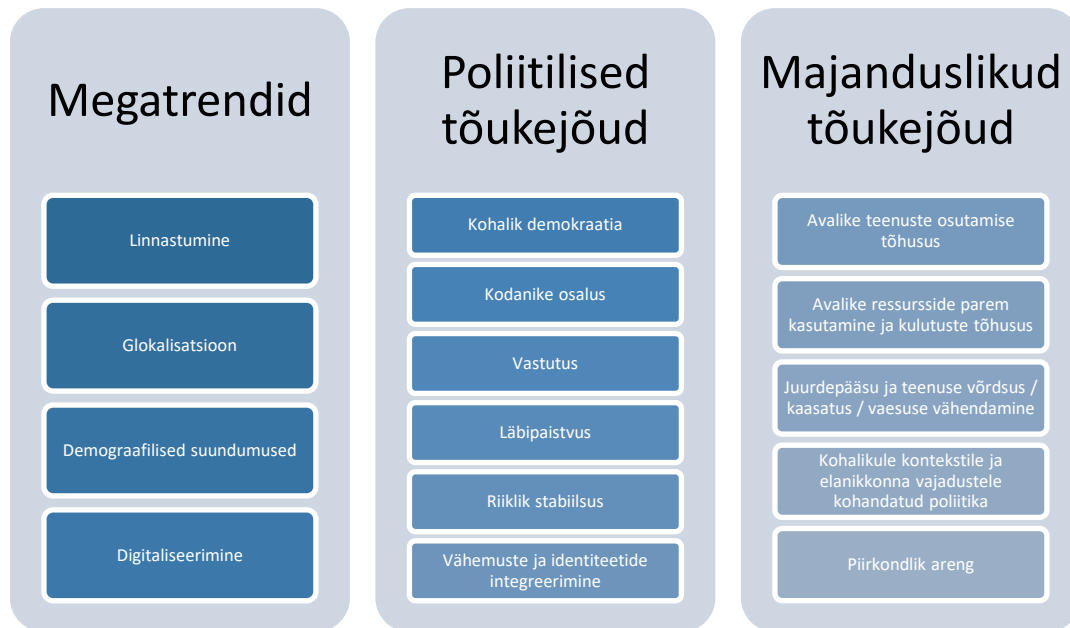


JOONIS 1. POLIITILINE, HALDUSE JA EELARVE DETSENTRALISEERIMINE

Detsentraliseerimise kasvavat paradigmat on vedanud kolm peamist tegurikategooriat: poliitilised tõukejõud, majanduslikud tõukejõud ja megatrendid (Joonis 2). Majanduslikud motivatsioonid on detsentraliseerimise juures väga oluliseks tõukejõuks. Majanduslikud tõukejõud detsentraliseerimisprotsessis rõhutavad kohalike avalike teenuste parandamist. Detsentraliseerimise ajendiks võib olla nii avaliku teenuse osutamise tõhususe suurendamine, riiklike ressursside parem kasutamine kui ka kulutuste efektiivsuse tagamine (eriti riigi rahanduskriiside ja rangete eelarvepiirangute korral), et suurendada juurdepääsu ja võrdsust teenustele ning kohandada poliitikat vastavalt kohalikule olukorrale ja elanikkonna vajadustele.

Megatrendid on seotud digitaliseerimise, majandustegevuse üleilmastumise ja linnastumisega ning aitavad omavalitsuste rolli tugevdada. Üleilmastumine tähendab kapitali vaba liikumist riikide vahel, mille linnad saavad konkureerida välisinvesteeringute pärast. See on olnud keskvalitsuste poolt monopoliseeritud ülesanne (4). Teiselt poolt on globaliseerumine kutsunud esile kohaliku kultuurilise identiteedi taaselustamise, tulemuseks on kohalike omavalitsuste üksuste majanduslik ja poliitiline võim. Viimastel aastatel on seoses üleilmastumisele vastulöögi andmisele uuesti rõhutama hakatud kohaliku tasandi rolli.

Demokraatliku kriisi kontekstis on paljudes riikides rõhutatud poliitilist tõukejõudu, lähimuspõhimõtet - kohalikke omavalitsusi kui kodanikele lähimat valitsustaset kodanike nõudmiste ja vajaduste paremaks kajastamiseks. Kohalikuks muutumine võib olla vastus globaalsetele jõududele (1).



JOONIS 2. DETSENTRALISEERIMISE TÕUKEJÕUD (OECD, 2019)

Detsentraliseerimise erinevad teed

Detsentraliseerimise reforme saab läbi viia mitmel viisil: "suure paugu" lähenemisviisiga või samm-sammult, järk-järgult või lainetena (nt Jaapan esimese ja teise detsentraliseerimise edendamise reformidega või Prantsusmaa kolme detsentraliseerimise seadusega).

"Suure paugu" lähenemisviisil on kaks omadust:

- see hõlmab detsentraliseerimise kolme peamise komponendi (poliitiline, administratiivne ja fiskaalne) terviklikku ja integreeritud lähenemisviisi.
- seda rakendatakse kiiresti ja lühikese aja jooksul.

Selle lähenemisviisi üks peamisi eesmärgi on tagada, et poliitilise, haldusliku ja eelarvelise detsentraliseerimise põhimeetmed võetakse vastu ühtse paketina, ilma komponentide puudumiseta ning et „kõik pusletükid sobivad kokku” - st soovitud tasakaal saavutatakse autonoomia ja vastutusega, samas kulutõhususe stiimuleid pakkudes (5).

"Suure paugu" lähenemisviisil võib olla mõningaid puudusi. Seda võib tajuda riiklikult liiga kiiresti pealesurutuna ja on oht, et see lükatakse rahva poolt tagasi kui algatus, mis ei paista edukas. Mitmed valitsused on pidanud tagasi astuma, sest detsentraliseerimisprotsess oli liiga kiire ja intensiivne.

Järkjärgulisel lähenemisel on mitmeid eelised. Erinevate meetmete sel moel tutvustamine võib aidata neid lihtsamalt rakendada ja hõlbustada vajalike kohanduste tegemist. Samuti võib see järk-järgult täiendada KOVI suutlikust paremini toime tulla neile äsja määratud kohustustega ja nii tõhusalt oma ressursse hallata. Järkjärguline reformiprotsess võib anda rohkem võimalusi kodanike veenmiseks ja protsessi kaasamiseks, et konsultatsioonide, teabe, avalike arutelude jne kaudu saada toetust ja suurem konsensus. Iga samm võib tõugata keskvalitsust edasiteks reformideks, kaasates protsessi kohalikud omavalitsused ja kodanikuühiskonna.

Pilootkatsetused (nt kommuunikatsioonid Taanis, Soomes ja Rootsis) ja eksperimentaalne piirkondadeks jaotamine (nt Soomes, Prantsusmaal ja Rootsis) on detsentraliseerimisele huvitavad lähenemisviisid,

need võivad näidata reformide tõhusust ja sillutada teed edasiste suuremamahulistele muudatustele (6). Sõltumata valitud teest on detsentraliseerimine lõputu protsess: juhtimissüsteemi muutmine tähendab pidevat kohanemist uue süsteemiga. Juba detsentraliseeritud süsteemis on detsentraliseerimine pigem mitmetasandilise süsteemi ümberkonfigureerimise protsess, mis võib toimuda ilma suuremate vastutusalade üleandmisteta.

Detsentraliseerimine on dünaamiline protsess. Reformide ajendid võivad aja jooksul muutuda sõltuvalt poliitilisest, majanduslikust, sotsiaalsest ja eelarvelisest kontekstist. Mõni tegur võib sõltuvalt majanduslikust olukorrast olla tsükliline. Näiteks 2008. aasta globaalne kriis kiirendas detsentraliseerimise reforme. Rahvusvahelised kogemused näitavad, et kavandamine ja rakendamine on detsentraliseerimise reformi kõige keerulisemad etapid. Paljud detsentraliseerimisreformid on seiskunud, ebaõnnestunud ja tühistatud, edasi lükatud või isegi tagasi pööratud. Oodatava kasu saamiseks on sageli vaja täiendavaid reforme, et parandada võimalikke kõrvalekaldeid ja mitmetasandilisi valitsemismehhanisme(1).

Ülalt alla või alt üles lähenemisviisid

Detsentraliseerimise reformi võib läbi viia ülalt alla või alt üles viisil. Ajalooliselt on Põhja-Ameerikas ja Põhja-Euroopas domineerinud detsentraliseerimisviis olnud suunatud alt ülespoole. Täna on alt üles lähenemise näiteid vähe, üks sel viisil detsentraliseerimisele lähenenud riike on Rootsi. Erinevalt paljudest riikidest ei kehtestanud Rootsi valitsus ühtset piirkondadeks jaotamise mudelit, vaid katsetas „pilootpiirkondi“ ning võimaldas neis piirkondades haldusorganite ja piirkondlike kohustuste osas heterogeensust. Selline piirkondadeks jagamise lähenemine on loonud võimaluse õppimiseks, reformi täpsemaks muutmiseks ja konsensuse saavutamiseks (7). Ülalt alla suunatud lähenemisviis, mille kaudu riigi valitsus otsustab osa oma vastutusest allapoole viia, on olnud sagedasem. See on olnud domineerinud detsentraliseerimisprotsess nii Lõuna-Euroopas, kõikides arenguriikides kui ka üleminekuriikides (5).

Ülalt alla suunatud lähenemisviiside puhul ei ole detsentraliseerimise põhjused olnud kaugeltki poliitilised ega majanduslikud (nagu kohalik demokraatia, aruandekohustus, tõhusus jne), vaid keskendusid pigem lühiajalistele kaalutlustele (poliitilised arvutused, vastutuse vältimine ebapopulaarsete meetmete rakendamise eest, maksukoormuse liigutamine). Nii oli see mõnes riigis hiljutise finantskriisi ajal - mõned sotsiaalsed ülesanded detsentraliseeriti ilma reaalse fiskaalse kompensatsioonita, sundides kohalikke omavalitsusi olema „sotsiaalne puhver“ („kriisi detsentraliseerimine“). Enamasti toob selline lähenemine kaasa mittetäieliku detsentraliseerimisprotsessi, kus puudub nii poliitiline kui ka fiskaalne mõõde (1).

OECD soovib sotsiaalteenuste puhul kaaluda teenuste osutamise ja koordineerimise kohustuste üleandmist kohalikele omavalitsustele. Samas tuuakse välja, et kesk- ja piirkondlikud valitsused peaksid siiski vastutama rahastamise ja riiklike miinimumstandardite kehtestamise eest, et tagada teenuste õiglane kättesaadavus ja pakkumine. Samuti peaks riiklikul tasandil olema soodustatud valdkonna koordineerimine omavalitsuse tasandil ja omavalitsuste vaheline koostöö. Samas kirjeldab OECD, et erinevate ülesannete ja teenuste täitmise kohustust ei saa ilma täiendavate meetmeteta panna omavalitsuste kohustuseks (7). Sotsiaalteenuste puhul peab eriti arvestama valdkonna eest vastutavate riiklike institutsioonide ja nende rolliga teenuste kujundamisel. Selleks, et teenus oleks võrdselt kõigile kättesaadav ja arvestades omavalitsuste erinevat võimekust, peaks miinimumstandardite kehtestamisel vastutuse teatud finantseerimise tagamiseks võtma siiski riiklik tasand (7,8).

Detsentraliseerimine Eestis

Eestis on riiklikul tasandil räägitud detsentraliseerimise vajadusest üle 30 aasta, peamiselt erinevatel aegadel väljakäidud haldusreformialgatuste raames. Algatustest elluviimiseni viis 2015.-2017. aastatel toimunud haldusterritoriaalne reform. Reformi ettevalmistamise ja läbiviimise käigus rõhutati läbivalt vajadust kasvatada kohalike omavalitsuste kompetentse ja võimekust, et kindlustada elanikele kvaliteetsed avalikud teenused, nende aeg-ruumiline kättesaadavus ja majanduslikult tõhus korraldus (9). Reformi käigus viidi läbi valdavalt vaid territoriaalse iseloomuga ümberkorraldused, see ei olnud osa süsteemsemast haldusreformist ning reformi alusdokumendid (haldusreformi seadus ja selle seletuskiri) käsitlesid detsentraliseerimist valdavalt omavalitsusüksuste siseses kontekstis (osavaldade ja osavallakogude moodustamine) (10).

2. Täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamine ning toetavate teenuste pakkumine

2.1. Abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine Eestis

Selle kohta, kui palju on Eestis täpselt erivajadusega abivajajaid, täpsed andmed puuduvad. SKA ja TK andmete põhjal on 2020. aasta seisuga umbes 200 000 täiskasvanud inimest, kellel on tuvastatud abivajadus.¹ Hinnanguliselt on inimesi, kes erinevat laadi abi vajavad, rohkem. KOVides võib olla nende inimeste abivajadus küll fikseeritud (sh on olemas juhtumiplaan), kuid praktika näitab, et on endiselt süsteemis märkamata jäävaid abivajajaid (nt üksi elavad inimesed).

Abivajadusega inimene võib abi vajada nii lühiajaliselt kui pikemat aega. Näiteks kui inimene murrab puusaluu ja muutub seetõttu mõneks ajaks töövõimetuks ning vajab taastusravi ja teraapiat, siis keskmiselt kestab tema abivajadus pool aastat kuni aasta. Samas raskete liitpuuete puhul on abivajadus pigem eluaegne. Abivajajal inimesel on võimalik teenuseid saada eelkõige tervishoiu-, sotsiaalhoolekande-, töövõime toetamise- ja haridussüsteemist (vt Joonis 3). Tervishoiuteenused on mõeldud abivajajale peamiselt väljakujunenud tervisliku seisundi säilitamiseks, võimalusel parandamiseks ning stabiilses seisundis inimeste pikaajaliseks raviks ja toetamiseks (11). Sotsiaalhoolekandesüsteem (sotsiaalteenuste/sotsiaaltoetuste/vältimatu sotsiaalabi ja muu abi andmise või määramisega seotud toimingute süsteem) toetab inimese iseseisvat toimetulekut ja töötamist ning aktiivset osalust ühiskonnaelus (12). Töövõime toetamise süsteemi kaudu toetab riik vähenenud töövõimega inimeste toimetulekut ja töötamist (13) ning haridussüsteem toetab abivajajaid näiteks täiskasvanute täienduskoolituste korraldamise kaudu (14). Eelpool nimetatud süsteemid on küll riiklikul tasandil reguleeritud, kuid peale tervishoiusüsteemi osutatakse teisi teenuseid suures osas ka kohalikul tasandil.



JOONIS 3. ABIVAJAJALE OLULISED SÜSTEEMID

¹ Abivajaduse all mõistame olukorda, kus inimene on taotlenud TKst ja/või SKAst töövõime hindamist ja/või puude raskusastme tuvastamist, sealjuures ei tee antud uuringu raames vahet kas otsus oli positiivne või negatiivne

Kohalik omavalitsus on sotsiaalhoolekande esmatasandi korraldaja. Igal kohalikul omavalitsusel lasub kohustus tagada oma elanikele vajaduse ilmnemisel sotsiaalteenuste kättesaadavus. Sotsiaalhoolekande seadusega on KOVidele kehtestatud korraldavate sotsiaalteenuste loetelu ja abistamiskohustuse miinimumnõuded. Omavalitsuse poolt täiskasvanutele korraldavate kümne kohustusliku sotsiaalteenuse hulka kuuluvad koduteenus, väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus, tugiisikuteenus, täisealise isiku hooldus, isikliku abistaja teenus, varjupaigateenus, turvakoduteenus, sotsiaaltransporditeenus, eluruumi tagamine ja võlanõustamisteenus (12).

2.2. Täiskasvanud inimeste abivajaduse hindamine

Kui täiskasvanul inimesel tekib abivajadus ning ta vajab sellest tulenevaid teenuseid ja/või toetusi, on tal võimalik teha taotlus nii puude raskusastme tuvastamiseks kui töövõime hindamiseks. Tulenevalt kehtivast seadusandlusest tuvastatakse tööelisel isikutele puue kuni viieks aastaks. Puude tuvastamise menetlus algab töövõime hindamise ja puude tuvastamise ühistaotluse korral SKAs pärast seda, kui TK on teinud töövõime hindamise otsuse. Lisaks hindavad abivajadust omavalitsused, kes vastavalt hindamise tulemusele korraldavad teenuste osutamist või määravad toetusi. Kuna kõige sagedamini toimub abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine SKA, TK ja KOVi poolt, on käesolev analüüs fokusseeritud eelkõige just neile ja välja on jäänud näiteks haridusliku erivajadusega seotud teemad. Kui inimene ei taotle puude tuvastamist koos töövõime hindamisega, siis annab tema terviseseisundile hinnangu SKA ekspertarst.

Puude raskusastme tuvastamine (SKA)

Täiskasvanud inimesel on puude raskusastme tuvastamise aluseks raviarstide poolt uuringute ja diagnoosidega kinnitatud anatoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis koostoides erinevate suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsetel alustel. Täiskasvanud inimese puude tuvastamise ekspertiisi käigus hinnatakse inimese toimetulekut tervikuna, st arvesse võetakse kõik kõrvalekaldeid põhjustavad piirangud, mis võivad üksteist võimendada. Puude liik (nt liikumispuue, nägemispuue jne) kujuneb suurima kõrvalekaldega keha struktuuri või funktsiooni järgi. Kui piirangud esinevad mitmes keha struktuuris või funktsioonis, tuvastatakse puude raskusaste neis igaühes eraldi. Täiskasvanud inimeste puude raskusastet (keskmine, raske, sügav) hinnatakse samuti igas valdkonnas (liikumine, nägemine, psüühika jne) eraldi. Sügav puue määratakse, kui igapäevane tegutsemine või ühiskonnaelus osalemine on tööelise inimese puhul täielikult takistatud. Raske puue määratakse, kui igapäevane tegutsemine või ühiskonnaelus osalemine on piiratud ja keskmine puue, kui igapäevases tegutsemises või ühiskonnaelus osalemises esineb raskusi. Vanaduspensioniealiste puhul arvestatakse puude määramisel kõrvalabi, juhendamise ja järelevalve vajadust. (15).

Määratud puude raskusastme kestus sõltub ekspertiisi käigus antud hinnangust – arvestades seisundi senist kulgu hinnatakse, millise aja möödudes on vajalik seisundi uus hindamine raviarstide poolt ja uus ekspertiis. Puude tuvastamise otsus tehakse hiljemalt 15 tööpäeva jooksul alates töövõime hindamise otsuse saamisest. Puude tuvastamisel võetakse aluseks TK ekspertarsti hinnang inimese terviseseisundi kohta (15,16).

Töövõime hindamine (TK)

Töövõime toetamise poliitika sihtrühmaks on tööelised erivajadusega inimesed, kes vajavad töötamiseks või igapäevaelus osalemiseks meetmeid, mis aitavad ületada tegutsemis- või osalemisspiiranguid. Alates 1. juulist 2016 hinnatakse püsiva töövõimetuse asemel säilinud töövõimet.

Töövõime hindamise metoodika toetub sellele, kas inimesel on töövõimekadu ja kuivõrd on inimese töötamine osaliselt (või täielikult) tervises seisundi tõttu takistatud arvestades talitluslikku võimekust ning sellest tulenevaid tegutsemis- ja osaluspiiranguid, nende prognoosi ja eeldatavat kestvust (13). Inimese funktsioneerimist ja tegutsemisvõimekust hinnatakse seitsmes valdkonnas: 1) liikumine; 2) käeline tegevus; 3) suhtlemine: nägemine, kuulmine, kõnelemine; 4) teadvusel püsimine ja enesehooldus; 5) õppimine ja tegevuste elluviimine; 6) muutustega kohanemine ja ohu tajumine; 7) inimeste vaheline lävimine ja suhted (17).

Töövõime hindamise tulemusena tuvastatakse inimese liigitumine töövõime ulatuse järgi ühte kolmest järgnevast grupist (13,18):

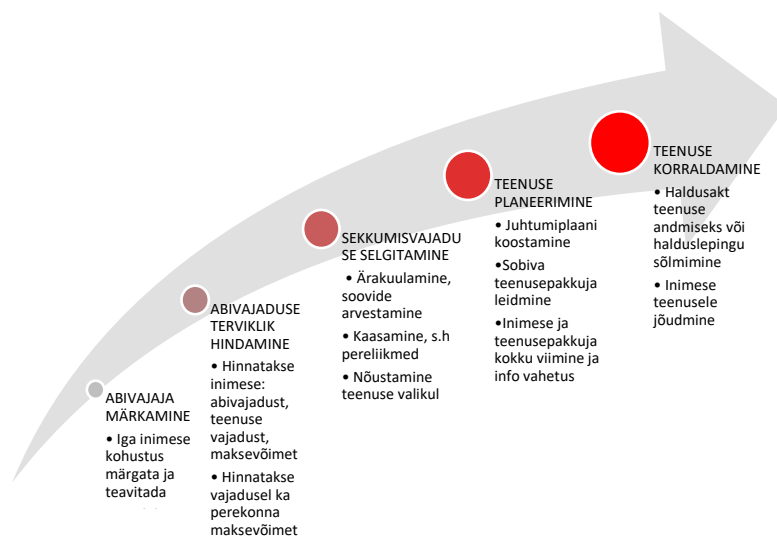
1. Töötamine ei mõjuta tervises seisundit, tegutsemine ei ole piiratud ning inimese töövõime ei ole vähenenud.
2. Töötamine mõjutab tervises seisundit ja tegutsemine on piiratud ning inimesel tuvastatakse osaline töövõime.
3. Inimene ei ole võimeline töötama ning tegutsema ja tal tuvastatakse puuduv töövõime.

Töövõime hindamise metoodika üks tugevusi on see, et töövõime hindamine inimese tervises seisundi, funktsioneerimise, tegevusvõime, tegevusvõimet võimaldavate abivahendite või kohandamise abil on oluliselt inforikkam, kui enne töövõime reformi kasutusel oleva süsteemiga. See soodustab tööturul osalemist ning ennetab või ületab tööturul osalemist takistavaid tegureid. Töövõime hindamisse on kaasatud praktiseerivad arstid ja see aitab samuti kaasa töövõime tõsikindlamale hindamisele (13). TK kaasab töövõime hindamiseks ekspertarsti, kelle hinnangu alusel koostatakse töövõime hindamise otsus 30 tööpäeva jooksul alates otsuse tegemiseks vajalike dokumentide saamisest (19).

Nii puude raskusastme määramisel kui ka tööhõive hindamisel on oluline roll meditsiinilisel ja valdkondlikul ekspertteabel.

Abivajaduse hindamine KOV tasandil

Sotsiaalhoolekande seaduse kohaselt on omavalitsuste kohustuseks teha sotsiaalhoolekande teenus kättesaadavaks, sealjuures peavad nad piirkonnas tagama vajalike sotsiaalteenuste olemasolu, selgitama välja inimese abivajadusele vastava abi ning vajadusel osalema sotsiaalteenuste kulude katmisel (12,20). Samuti peavad omavalitsused määrama teenuse saamise protseduuri, kehtestades sotsiaalhoolekandelise abi andmise korra, tuvastades abivajaja isiku tervikliku abivajaduse, tagades teenuse osutamise vajalikul moel ja mahus ning korraldades inimese jõudmise teenustele (Joonis 4) (21). Samas on KOV vaba otsustama, milline abi või sotsiaalteenus vastab inimese vajadustele ja mida nad inimesele osutavad (20). Kui KOVis on vajalikud teenusepakkujad olemas ning abivajajal võimalik teenuse kulusid ise katta, võibki KOVi kohustus piirduda sobiliku abi väljaselgitamisega. Kui aga sobivat teenusepakkujat ei ole või abivajaja ja tema pere ei suuda teenuse eest tasuda, peab KOV leidma teenusepakkujat ja osalema vajadusel ka rahastamises. Seega saab KOV valida, kas ta osutab teenuseid ise või ostab need sisse teenusepakkujalt, sh teeb koostööd naabervalla või linnaga teenuste osutamiseks. Abivajaduse tuvastamisel ei saa jätta teenust andmata (22).



JOONIS 4. SOTSIAALTEENUSTE KORRALDAMISE PROTSESS KOV TASANDIL (22)

2.3. Abivajajatele pakutavad teenused

SKA teenused

SKA poolt pakutavad teenused saab jagada nelja kategooriasse: teenused puudega inimestele, sotsiaalse rehabilitatsiooni teenused, erihoolekandeteenused ja abivahendid. Sealjuures puude raskusastme olemasolu eelduseks SRT, erihoolekande teenuste ja abivahendite saamiseks.

Puudega inimestele mõeldud teenused on eelkõige puude raskusastme tuvastamine (vt peatükk 2.2) ning sotsiaaltoetuste maksmine. Puudega tööealise inimese toetust makstakse igakuiselt puudest tingitud lisakulude hüvitamiseks. Toetuse suurus sõltub nii puude raskusastmest kui ka valdkonnast, milles funktsiooni kaotus või kõrvalekalle esineb (15).

Sotsiaalne rehabilitatsiooniteenus (sisaldab ka vajaduse hindamist) on mõeldud puudega või vähenenud töövõimega inimeste toetamiseks igapäevaeluga toimetulekul. Muuhulgas õpitakse selle teenuse kaudu, kuidas terviseseisundist tuleneva erivajadusega igapäevaselt toime tulla. Tegemist on kompleksse teenusega, millega saab lahendada inimese mitut probleemi ja eeldab mitme eriala spetsialistide sekkumist (23).

Erihoolekande teenused on suunatud inimestele, kes vajavad igapäevaelus oma vaimse tervise olukorra tõttu juhendamist, nõustamist, kõrvalabi ja pidevat järelevalvet. Lisaks pakub SKA viimased viis aastat tööealistele inimestele *pikaajalise kaitstud töö teenust*. See on mõeldud raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäirega, liitpuudega, nägemispuudega või varasema peaaajutrauma või ajukahjustust tekitava haigusega inimestele, kes ei ole oma tervisest tuleneva erivajaduse tõttu võimelised töötama avatud tööturul tavalistes töötingimustes.

SKA kaudu toimub ka *abivahendite kasutamise riigipoolne toetamine* erivajadustega inimestele, kellel on olemas kehtiv arstitõend või rehabilitatsiooniplaan. Lisaks on SKAl olemas tõlketeenus kuulmispuudega inimestele. Tasuta kaugtõlketeenus on mõeldud tööealistele kuulmislangusega (peamiselt kurtidele) inimestele, kellele on määratud vähenenud töövõime ja tasuta kirjutustõlketeenus on mõeldud tööealistele kuulmislangusega (peamiselt vaegkuuljatele) inimestele, kellele on määratud vähenenud töövõime (19).

Töötukassa teenused

Vähenenud töövõimega inimeste tööhõive toetamiseks tulenev oskuste ja teadmiste arendamise vajadus tuleneb sellest, et töövõimekaoga (eriti vaimse tervise probleemide tõttu) inimeste seas on suuremal määral põhi- ja keskharidusega inimesi. Samuti osalevad vähenenud töövõimega inimesed harvemini elukestvas õppes (24). Seetõttu on viimastel aastatel TK teenused olnud järjest suureneva fookusega ka erivajadustega inimeste kaasamisel tööturule (Tabel 2).

TABEL 2. TK POOLT PAKUTAVAD TEENUSED VÄHENENUD TÖÖVÕIMEGA SIHTRÜHMALE

Teenused	Teenuse sisu
Oskuste arendamist toetavad teenused	- Töölane koolitus (täiendõpe, tasemeõpe, kvalifikatsiooni saamise toetus) - Tööpraktika
Töövalmidust toetavad teenused	- Tööharjutus - Proovitöö - Kaitstud töö - Vabatahtlik töö - Talgutöö
Töövõimet toetavad teenused	- Töötamiseks vajalik abivahend - Tugiisikuga töötamine - Töölane rehabilitatsioon
Karjääriteenused	- Karjäärinõustamine - Karjääriinfo vahendamine - Tööotsingu nõustamine (tööklubi, tööotsingu töötuba)
Nõustamisteenused	- Sõltuvusnõustamine - Võlanõustamine - Psühholoogiline nõustamine - Kogemusnõustamine
Tööandjatele mõeldud teenused	- Tööandja teavitamine ja nõustamine - Töökoha kohandamine - Palgatoetus
Muud TK pakutavad teenused	- Ettevõtluse alustamise toetus - Mentorlus - Täiendkoolitused - Järelnõustamine - Töölesõidu toetus - Sõidu- ja majutustoetus - Muu teenus

KOV teenused

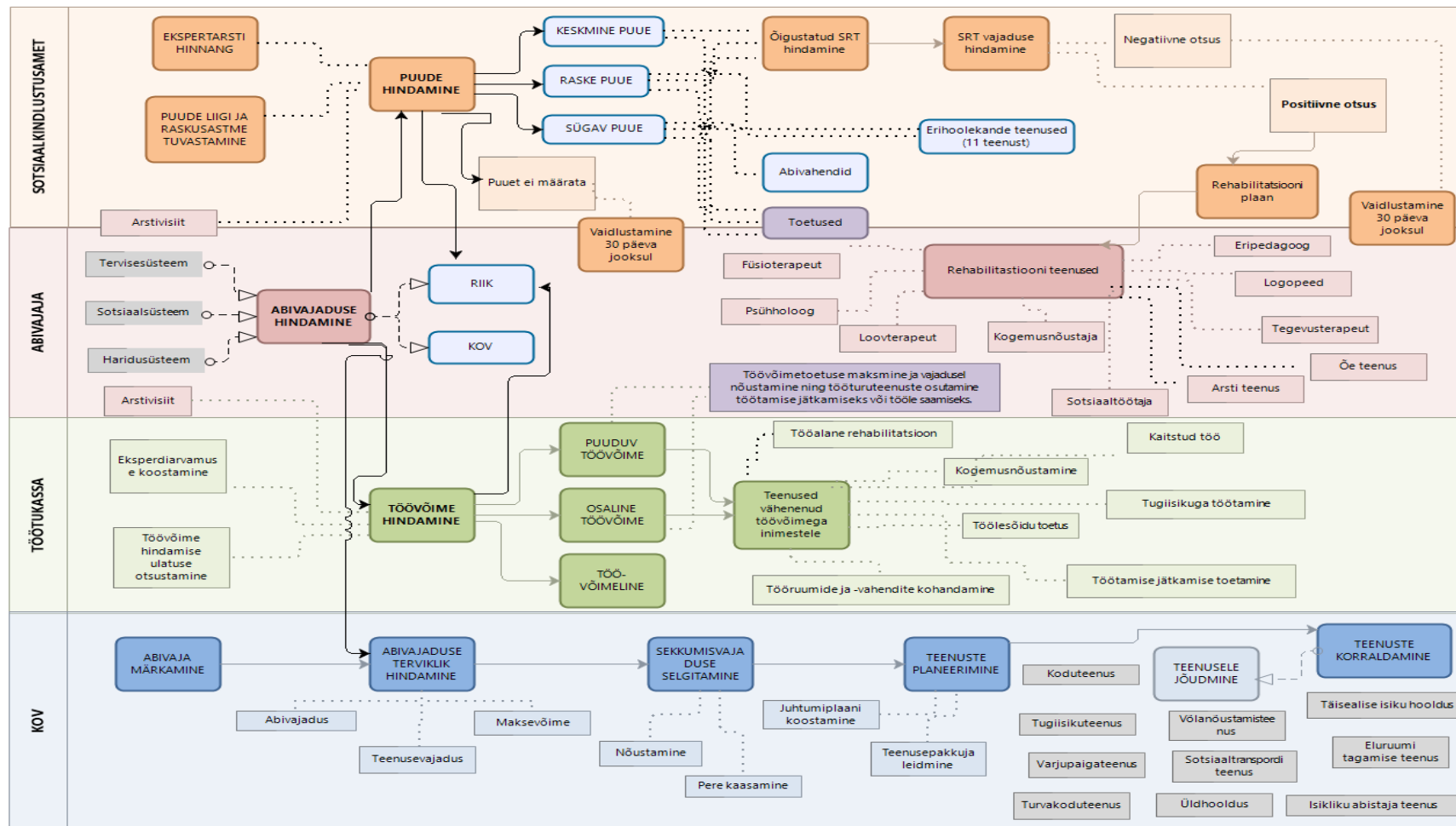
Omavalitsusüksuse ülesanne on muuhulgas korraldada vallas või linnas sotsiaalteenuste osutamist, sotsiaaltoetuste ja muu sotsiaaliabi andmist ning eakate hoolekannet, kui need ülesanded ei ole seadusega antud kellegi teise täita (25). Vastavalt sotsiaalhoolekande seadusele peavad kohalikud omavalitsused tagama täiskasvanud elanikele kümne erineva sotsiaalteenuse kättesaadavuse. Sotsiaalteenused on ära toodud Tabelis 3 (12).

TABEL 3. KOHALIKU OMAVALITSUSE POOLT PAKUTAVAD TEENUSED

Teenus	Teenuse eesmärk
Koduteenus	Täisealise isiku iseseisva ja turvalise toimetuleku tagamine kodustes tingimustes, säilitades ja parandades tema elukvaliteeti.
Väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus	Turvalise keskkonna ja toimetuleku tagamine täisealisele isikule, kes tervises seisundist, tegevusvõimest või elukeskkonnast tulenevatel põhjustel ei suuda kodustes tingimustes ajutiselt või püsivalt iseseisvalt toime tulla.
Tugiisikuteenus	Iseseisva toimetuleku toetamine olukordades, kus isik vajab sotsiaalsete, majanduslike, psühholoogiliste või tervislike probleemide tõttu oma kohustuste täitmisel ja õiguste teostamisel olulisel määral kõrvalabi.
Täisealise isiku hooldus	Kohaliku omavalitsuse üksus seab isiku taotluse alusel hoolduse täisealisele isikule, kes vaimse või kehalise puude tõttu vajab abi oma õiguste teostamiseks ja kohustuste täitmiseks.
Isikliku abistaja teenus	Suurendada puude tõttu füüsilist kõrvalabi vajava täisealise isiku iseseisvat toimetulekut ja osalemist kõigis eluvaldkondades, vähendades teenust saava isiku seadusjärgsete hooldajate hoolduskoormust.
Varjupaigategenus	Tagada ajutise ööbimiskoha võimalus täisealisele isikule, kes ei ole võimeline endale ööbimiskohta leidma.
Turvakoduteenus	Tagada isikule ajutine eluase, turvaline keskkond ja esmane abi.
Sotsiaaltransporditeenus	Võimaldada puudega isikul, kelle puue takistab isikliku või ühissõiduki kasutamist, kasutada tema vajadustele vastavat transpordivahendit tööle või õppeasutusse sõitmiseks või avalike teenuste kasutamiseks.
Eluruumi tagamine	Kindlustada eluruumi kasutamise võimalus isikule, kes ei ole sotsiaalmajanduslikust olukorrast tulenevalt võimeline enda ja oma perekonna vajadustele vastavat eluruumi tagama.
Võlanõustamisteenus	Abistada isikut tema varalise olukorra kindlakstegemisel, võlausaldajaga läbirääkimiste pidamisel ja nõuete rahuldamisel, vältida uute võlgnevuste tekkimist toimetulekuvõime parandamise kaudu ning lahendada muid võlgnevusega seotud probleeme.

2.4. Abivajaja teekond läbi erinevate süsteemide

Eelmistes peatükkides kirjeldasime, kuidas toimub abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine erinevatel tasanditel erinevate süsteemide poolt. Järgnevalt kirjeldame, kuidas abivajaja erinevate süsteemide vahel liigub, esitame selle skemaatiliselt, tuginedes eelpool toodud infole ja seadusandlusele. Joonisel 5 on kirjeldatud inimese liikumine abivajaduse hindamise ja teenuste pakkumise teekonnal KOVi, TK ja SKA tasandil.



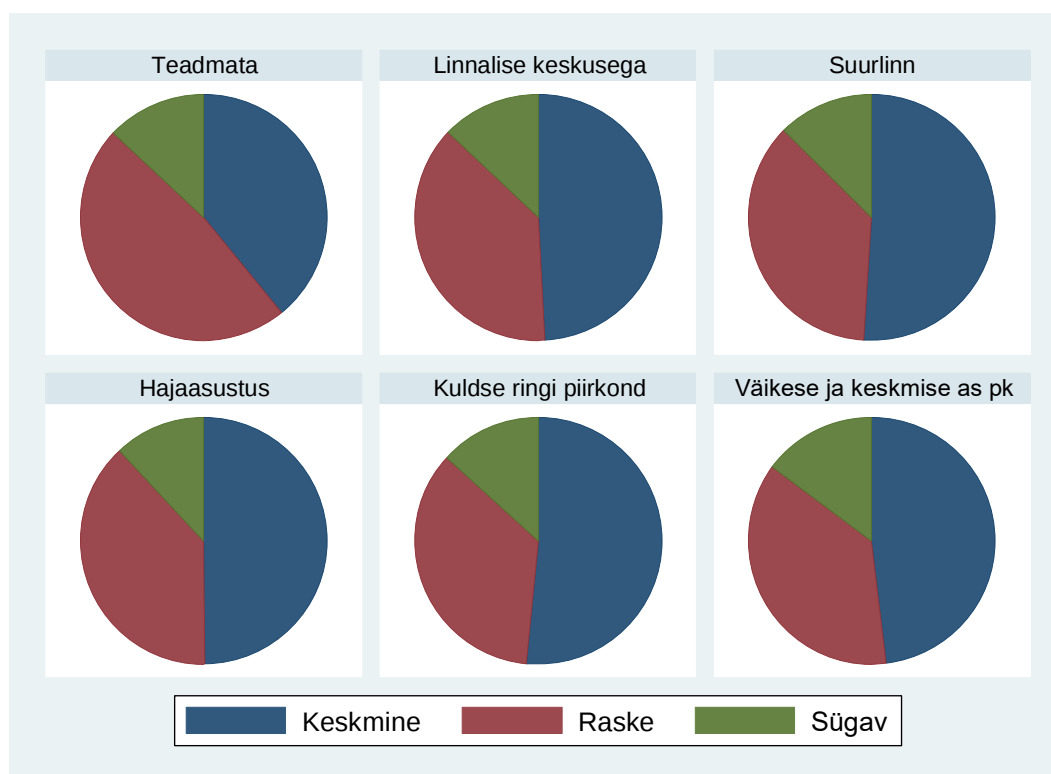
Powered by
bizagi
Modeler

JOONIS 5. INIMESE LIIKUMINE KOVI, TK JA SKA TASANDIL ABIVAJADUSE HINDAMISEL JA TEENUSTE OSUTAMISEL

2.5. Abivajajad ning nende teekond erinevate süsteemide vahel

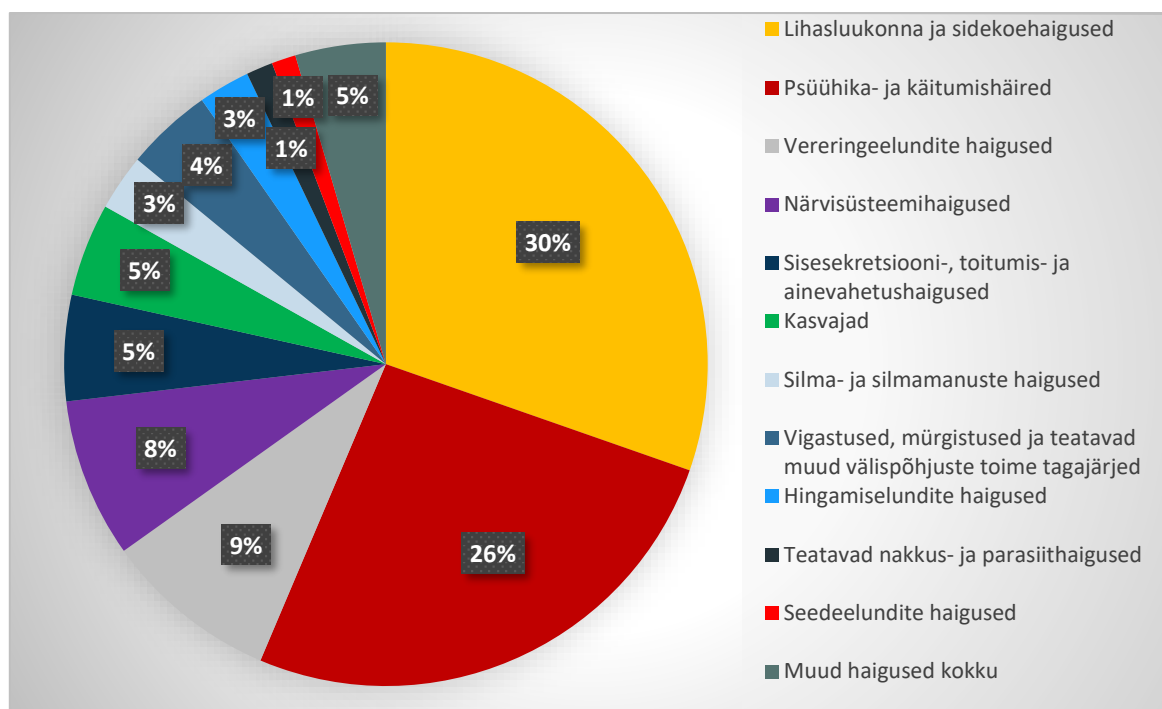
Aastatel 2017-2019 taotles töövõime hindamist 94 542 ning puude raskusastme tuvastamist 165 412 täiskasvanud inimest. Ca kolmandik tööealistest inimestest esitasid ühistaotluse nii puude kui töövõime hindamise kohta. Töövõime hindamise tulemusel määrati TKst erinevaid teenuseid 37 585 inimesele, sh said tööalase rehabilitatsiooni teenust 4213 inimest. 64% töövõime hindamistest olid raske prognoosiga (raskesti prognoositav või tõenäolise seisundi halvenemisega) ning 34% puhul hinnati prognoos pigem heaks (Joonis 6).

Kõigist puude raskusastet tuvastada soovinud töö- ja pensioniealistest inimestest said 75% positiivse otsuse. 58% taotlejatest määrati keskmine puue, 33% raske ning 8% sügav puude raskusaste. Joonis 6 kirjeldab puude raskusastmete erinevust piirkondade lõikes. Nagu jooniselt nähtub, siis piirkondade lõikes olulist erinevust välja ei tule. Samuti ei esine piirkondade vahel erinevust keskmise vanuse lõikes, abivajajate (kõik tööealsed, kes taotlesid puude ja/või töövõime hindamist) keskmine vanus on 58,8 aastat (Joonis 6).



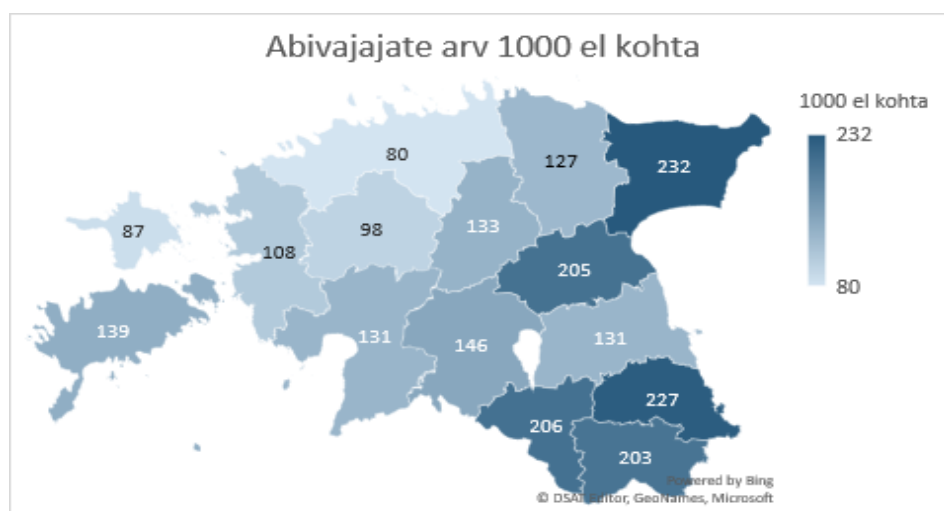
JOONIS 6. TUVASTATUD PUUDE RASKUSASTE PIIRKONDADE LÕIKES

Diagnoosidest kõige sagedamini olid vähenenud töövõime ja/või puude tuvastamise otsuse põhjuseks lihasluukonna- ja sidekoehaigused ning psüühika- ja käitumishäired. Need kaks haigusgruppi moodustasid üle poolte juhtudest (Joonis 7).



JOONIS 7. TÖÖVÕIME HINDAMISE JA PUUDE RASKUSASTME TUVASTAMISE ALUSEKS OLEVAD LEVINUMAD DIAGNOOSIGRUPID

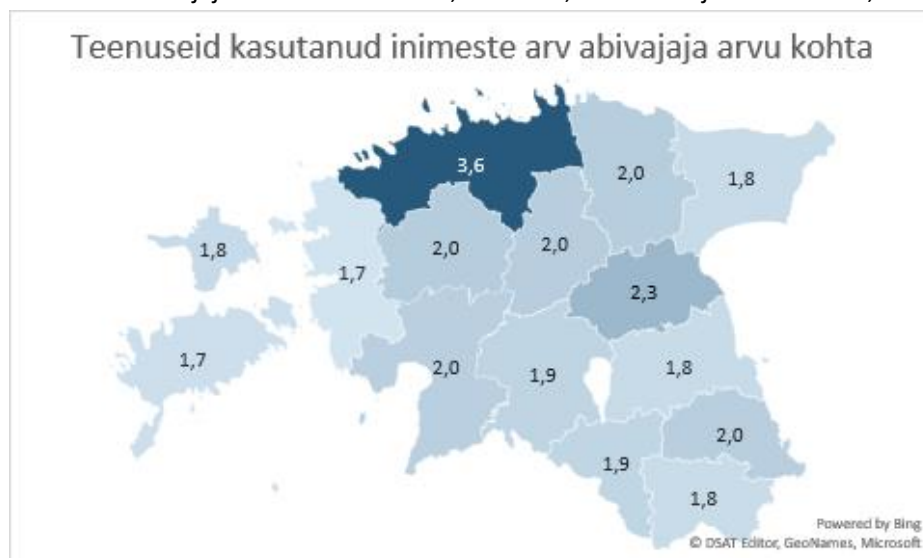
Abivajajate² arv 1000 elaniku kohta erineb maakondade lõikes: kui Harjumaal oli 1000 elaniku kohta keskmiselt 80 abivajajat, siis Ida-Virumaal oli see arv kolm korda suurem (232) (Joonis 8). Ühest küljest võib see viidata piirkonna demograafilisele eripärale, kuid arvestama peab ka võimalike sotsiaalsete probleemkohtadega.



JOONIS 8. ABIVAJAJATE ARV 1000 ELANIKU KOHTA

² Abivajajaks loeme antud kontekstis kõiki inimesi, kes on taotlenud töövõime kaotust ja või puude raskusastme tuvastamist ja ei ole eraldanud inimesi, kellele töövõime kaotust või puude raskusastet ei ole määratud

Joonis 9 kirjeldab, kui paljud abivajajad on kasutanud TK, rehabilitatsiooni- ja erihooletamise teenuseid ning vajanud abivahendeid. Abivajajate arvu kohta on kõige enam eelpool nimetatud teenuseid kasutatud Harjumaal ning kõige vähem Lääne- ja Saaremaal. See viitab mõneta teenuste kättesaadavusele piirkonnas. Kui Harjumaal kasutati abivajaja kohta keskmiselt 3,6 teenust, siis Lääne- ja Saaremaal 1,7 teenust.



JOONIS 9. TEENUSEID KASUTANUD INIMESTE ARV ABIVAJAJA ARVU KOHTA

2020. aasta seisuga osutab Eestis sotsiaalset rehabilitatsiooniteenust (edaspidi SRT) puudega või piiratud töövõimega 16-aastastele ja vanematele isikutele 108 asutust (Tabel 4). Abivajajal on võimalik küll valida, millisest asutusest ta teenust soovib saada, kuid olenevalt abivajaja asukohast ei pruugi talle geograafiliselt sobivas kohas SRT osutajat olla või on asutus ülekoormatud ja seetõttu on järjekorrad pikad. Järgmises tabelis on näidatud SRT osutajad maakonna ja rahvaarvu lõikes (Tabel 4). Sellest nähtub, et näiteks Hiiumaal ei ole ühtegi teenuseosutajat ning ülejäänud maakondade lõikes on see jagunenud ebaühtlaselt.

TABEL 4. REHABILITATSIOONITEENUSTE OSUTAJATE ARV ELANIKE KOHTA (ALLIKAS SKA, STATISTIKAAMET)

Maakond	Rehabilitatsiooniteenuse osutajad (täiskasvanutele)	SRT pakkujate arv elanike arvu kohta
Tallinn	32	13 674
Harjumaal	7	22 928
Ida-Virumaa	10	13 624
Jõgevamaa	1	28 734
Järvamaa	3	10 095
Läänemaa	1	20 507
Lääne-Virumaa	8	7 416
Põlvamaa	2	12 503
Pärnumaa	7	12 277
Raplamaa	1	33 311
Saaremaa	2	16 554
Tartumaa	25	6 119
Valgamaa	5	5 674
Viljandimaa	1	46 371
Võrumaa	3	11 927

Aastatel 2017-2019 on TK osutanud teenuseid 37 562 abivajajale. Järgmises tabelis on näidatud TK poolt enim osutatud teenuste kasutamine abivajajate arvu ja KOV klasterite lõikes (Tabel 5). Klasterite lõikes on kohati teenuste kasutamine erinev, näiteks kui domineeriva linnalise keskusega piirkondades kasutasid karjäärinõustamise teenust kõigist piirkonna abivajajatest ligi 16%, siis „kuldse ringi“ piirkondadest vaid 8%.

TABEL 5. TK TEENUSTE OSAKAAL (%) ABIVAJAJATE ARVUST KOV KLASTRI LÕIKES

	Domineeriva linnalise keskusega piirkonnad	Suurlinnad	Hajaasustus suur territoorium	“Kuldse ringi” piirkonnad	Keskmise või väiksema suurusega vallad
Karjäärinõustamine	15,9	11,2	15,4	8,0	12,7
Palgatoetus	14,9	9,6	9,1	6,6	9,7
Tööalane rehabilitatsioon	4,1	6,0	2,4	5,5	4,9
Tööturukoolitus koolituskaardiga töötajale	2,0	1,2	1,3	0,9	0,7
Proovitöö	4,0	2,6	2,2	1,2	1,8
Tööharjutus	2,0	1,6	2,0	1,3	1,5
Psühholoogiline nõustamine	0,3	0,4	0,2	0,5	0,4
Tööklubi	3,6	3,1	3,3	2,0	3,3
Töölõõtsu toetus	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7
Tööotsingu töötuba	7,7	5,9	7,7	4,0	6,6
Tööpraktika	3,5	2,4	2,2	1,1	1,7

Tabel 6 kirjeldab maakondade lõikes kasutatud teenuste osakaalu maakonnas elavate abivajajate arvust. Näiteks TK teenuseid on kõige enam kasutatud Ida-Virumaal, kus kõigist abivajajatest kasutasid neid veerand. Suured erinevused esinevad ka teiste teenuste kasutamise puhul ja see võib mõneti osutada piirkondlike teenuste kättesaadavusele. Näiteks Hiiu maakonnas rehabilitatsiooniteenuse osutaja puudub ja seal on ka kõige väiksem teenust kasutavate abivajajate osakaal. Viimane lahter näitab, kui paljud omavalitsused on abivajajale koostanud juhtumiplaani. See arv erineb KOVide lõikes kahekordselt. Siinjuures peab arvestama asjaoluga, et kuigi see on kohustuslik, siis kõik omavalitsused ei ole oma andmeid STARi kandnud ja seega võivad andmed selle kohta olla kohati puudulikud, samas näitavad siiski üldist trendi.

TABEL 6. ERINEVATE TEENUSTE KASUTAMISE OSAKAAL MAAKONNA LÕIKES ABIVAJAJATE ARVUST

	Töötukassa teenused	Erihoolekande teenused	Abivahendid	Rehabilitatsiooni teenused	KOV poolt juhtumiplaani koostamine
Harju maakond	18,5	2,7	2,6	4,0	2,7
Hiiu maakond	18,2	5,9	29,0	2,6	2,5
Ida-Viru maakond	25,0	1,0	25,5	4,0	4,9
Järva maakond	19,4	3,6	23,7	3,9	5,3
Jõgeva maakond	16,2	3,3	19,1	5,4	4,4
Lääne maakond	22,4	6,4	26,9	4,0	2,1
Lääne-Viru maakond	18,7	2,6	26,1	3,2	4,8
Pärnu maakond	18,0	2,8	26,1	4,4	3,0
Põlva maakond	20,3	3,1	19,9	7,7	2,3
Rapla maakond	20,9	2,2	23,5	3,6	3,4
Saare maakond	15,9	6,7	28,4	6,6	2,9
Tartu maakond	18,1	3,5	25,5	8,4	3,8
Valga maakond	24,0	3,8	20,4	5,4	4,1
Viljandi maakond	16,5	4,9	25,2	6,5	3,2
Võru maakond	23,5	2,5	22,0	7,9	4,4

Järgmises tabelis on esitatud 2018-2019 TK ja SKA poolt hindamisele ja teenustele kulunud summad (Tabel 7). Kõige suuremaks kuluartiklik on puuetega inimestele makstavad toetused. KOVID on oma täiskasvanud elanikele (18-64 aastat) maksnud 2019. aastal erinevaid toetusi kokku rohkem kui kaheksa miljonit eurot. Täiskasvanud inimesi hooldas 2019. aastal 119 720 inimest ning KOVIDel kulus selleks üle viie miljoni euro (Tabel 7).

TABEL 7. TK, SKA JA KOVIDE KULUD SEOS ABIVAJADUSE HINDAMISE JA TEENUSTE OSUTAMISEGA

	2018	2019
TK teenuste kulu	16 028 807	18 000 336
TK töövõime hindamise kulu	4 641 282	3 085 195
Puudega täiskasvanu* hindamine (SKA)		90 123
Keskmise puudega täiskasvanu toetus	17 098 455	16 959 327
Raske puudega täiskasvanu toetus	12 300 072	12 473 890
Sügava puudega täiskasvanu toetus	3 553 026	3 760 092
KOVIDe poolt makstavate toetuste summa (kokku)		8 027 416
KOVIDe poolt kulunud summad täiskasvanute hooldamiseks		5 411 172

*täiskasvanu all on antud tabelis mõeldud tööealisi elanikke

Lisas 2 on toodud kokkuvõttev tabel, milles on omavalitsuste lõikes esitatud erihoolekandele ja rehabilitatsiooniteenustele kuluvad summad, lisaks on näidatud summad, mis on abivajajal ja riigil kulunud abivahendite soetamisele.

2.6. Abivajaduse hindamise välisriikide praktika

Vananeva ühiskonna ja sellest tuleneva inimeste suurenenud abivajaduse tõttu on Euroopa hoolekandepoliitika raamistik viimastel aastatel tugeva surve all. Samas leitakse, et Euroopa hoolekandepoliitika tulevikuperspektiivid ei ole väga selged (26), kuna järjest enam levivad töötusega kaasnevad probleemid (27) ja suurenevad globaliseerumisega seotud väljakutsed (28). Lisaks on paljude muude väljakutset esitavate poliitiliste probleemide hulgas järjest problemaatilisemad rändepoliitika (29) ja rahvastiku vananemine. Seega vajab Euroopa hoolekandepoliitika kava tulevikus rohkem analüüse ja arutelusid (26).

Seni on Euroopa OECD riikides olnud fookuses peamiselt sotsiaalhoolekandesüsteemide väljatöötamine ja arendamine, mille eestvedajad on kahtlemata olnud Põhjamaad, kes on ühtlasi võtnud jõuliselt fookusesse teenuste detsentraliseerimise. OECD on soovitanud sotsiaalteenuste detsentraliseerimise korral anda teenuste osutamise ja koordineerimise vastutuse koos rahaliste vahendite ümberjagamisega üle kohalikele omavalitsustele. On pakutud välja, et kesk- ja piirkondlikele valitsustele peaks jääma vastutus teenuste rahastamise ja riiklike miinimumstandardite kehtestamise üle, et tagada teenuste ühtlaselt kättesaadav kvaliteet. Samas peaks riiklik valitsus julgustama ja toetama teenuseosutajate võrgustike koordineerimist (sealhulgas horisontaalset omavalitsuste vahelist teenuste kooskõlastamist). Seda tehakse näiteks Soomes (27).

Rahvusvahelised uuringud ja erinevate riikide praktika näitab, et riigi vähene detsentraliseeritus ja omavalitsuste madal finantsautonoomia võib kaasa tuua väiksema omanikutunde, ebaefektiivsema korralduse ja kehvema kvaliteediga kohalikul tasandil pakutud sotsiaalteenused (28,29). Riik ei saa tegeleda ülesannete ja teenustega, kus tuleb arvestada kohalike olude ja vajadustega (30). Riigi kohaliku olemusega ülesannete omavalitsustele andmisel saab omavalitsus rohkem arvestada kohalike olude ja elanike vajadustega ning kaasata elanikke teenuste korralduse protsessi (31). Samaaegselt võimaldab ülesannete kohalikele tasandile otsustamiseks ja korraldamiseks andmine keskvalitsusele enam poliitikakujundamisele keskendumist ning valdkonna arengute ja omavalitsuste nõustamist (32). Erinevates riikides on omavalitsuste avalike ülesannete detsentraliseerimise tase erinev. Põhjamaade praktika ja kogemus on maksimaalne detsentraliseerimine, elanikele igapäevaste teenuste korraldamine on peamiselt omavalitsuste ülesanne ning neile on seejuures antud otsustusvabadus teenuse korraldamisel (33,34).

Välisriikide kogemuse analüüsi käigus vaadeldakse välisriikide lahendusi, mis võiksid Eestisse sobida. Eesti omavalitsussüsteem on kujundatud peamiselt Põhja-Euroopaliku omavalitsusmudeli eeskujul, mille keskseks strateegiaks kohaliku omavalitsuse ja selle autonoomia arendamisel on läbi detsentraliseerimise ja elanike omaosaluse ja vastutuse kujundada omavalitsuse roll ja kuvand. Seetõttu on välisriikide kogemuse analüüsimisel mõistlik kasutada eelkõige Põhjamaid.

2.6.1. Abivajaduse hindamine kohalikul tasandil

Soomes peavad omavalitsused pakkuma tugiteenuseid nii puudega inimestele kui ka neile, kes selgetel põhjustel abi vajavad. Igal inimesel on õigus taotleda oma kohalikust omavalitsusest abivajadusest tulenevate teenuste vajaduse hindamist, välja arvatud juhul, kui teenusteks on selge vajadus (nt voodihaiged) ja kui hindamise läbiviimine pole otstarbekas. Tugiteenuste saamise esimene samm on taotleda kas perearsti poolt väljastatud arstitõend või puude otsus Kelast (Soomesotsiaalkindlustusamet). Sellega saab inimene pöörduda oma elukohajärgse omavalitsuse sotsiaalteenuste osakonna poole.

Omavalitsustes on sotsiaaltöötaja, kes vastutab puuetega inimeste teenuste eest. Kohaliku omavalitsuse ametnikud peavad alustama pärast avalduse laekumist kohe teenuste vajaduse hindamise protsessi ja viima selle lõpuni võimalikult kiiresti (35). Hindamise läbiviimisel tuleb abivajajat teavitada tema õigustest ja kohustustest, samuti erinevatest teenuste rakendamise võimalustest ning nende mõjudest ja muudest olulistest teguritest (36).

Need tugiteenused hõlmavad näiteks transporditeenust, koduseid ümberehitustöid või isikliku abistaja teenust. Kohalik sotsiaalteenuste osakonna spetsialist (*sotsiaaltoimisto*) koostab tulenevalt puudest, abivajadusest ja selle astmest individuaalse teenuseplaani (*teenuseusuunnitelma*). Teenuste eesmärk on aidata abivajadusega inimestel osaleda ühiskonna tegevustes ja hõlbustada nende elu. Samuti on eesmärk välja selgitada ja määrata, milliseid teenuseid on lähtuvalt abivajadusest või puudest vaja osutada (35).

Sotsiaalhoolekande kliendil on õigus ka esindajale või abistajale, kelle ülesanne on kliendi vajadustest ja huvidest lähtuvalt edendada kliendi teenuste korraldamist vastavalt teenusevajaduse hinnangule ja teenuseplaanile (36). Esindajaks või abistajaks võib olla nii pereliige, sugulane kui ka KOVi sotsiaaltöötaja.

Hollandis võeti 2015. aastal vastu pikaajalise hoolduse seadus, sotsiaalhoolduse seadus ja noorteseadus, mille eesmärk on võimaluste pakkumine ravi kvaliteedi parandamiseks, integreeritud lähenemisviisi edendamiseks ning tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja taskukohasuse säilitamiseks järjest vananevale ja krooniliste haiguste all kannatavale elanikkonnale (37). Abivajajate hooldus- ja sotsiaalse saamise vajadust hindab KOV. Koduhoolduse ja sotsiaalse toe vajaduste hindamine on samuti omavalitsuste kohustus ja enamasti viivad seda läbi omavalitsuse või sotsiaalosakonna töötajad. Kõigepealt uuritakse isiku enda sotsiaalse võrgustiku toetuse võimalusi. Kui see tundub olevat ebapiisav, kaasatakse professionaalne abi. See vastutus on kirjeldatud sotsiaalse toe seaduses. Omavalitsused on loonud piirkondlike ringkondade meeskonnad, kes fikseerivad abivajajate probleemid ja abistavad inimesi probleemide lahendamisel. Need sotsiaalringkondade meeskonnad on enamasti multidistsiplinaarse iseloomuga ja koordineerivad selliselt oma naabruskonna kodanike sotsiaalset tuge. Hollandis on leitud, et kuigi nende meeskondade ülesandeid kirjeldatakse üsna üldiselt, on omavalitsused seadnud neile kõrged ootused. Selliste meeskondade tööd nähakse sotsiaalsete probleemide sobiva lahendusena (38).

Hollandi varasemal tervishoiu seadusel (AWBZ) põhinev lähenemisviis on tänaseks asendatud vajadustel põhineva lähenemisviisiga. Näiteks võivad kohalikud omavalitsused asendada professionaalse hoolduse muude lahendustega - KOV saab hooldamistevõimele kaasata rohkem naabreid või vabatahtlikke. Nii on kohalikel omavalitsustel paremad võimalused inimeste vajaduste hindamiseks ja eeldatakse, et nad korraldavad seeläbi hooldust tõhusamalt, pöörates muuhulgas tähelepanu inimese enesekindluse tõstmisele ja hakkamasaamisele (39).

Ühendkuningriigis on riiklikult rahastatud tervishoiusüsteem NHS (*the National Health Service*). NHSi põhifookuses on teenuste kvaliteet ja ohutus. Inglismaal on seitse NHSi piirkonda, mis toetavad kohalikke omavalitsusi patsientidele ühtsema ja jätkusuutlikuma ravi pakkumisel. Piirkondlikud NHSid vastutavad kõigi oma piirkonnas asuvate NHSi organisatsioonide kvaliteedi, finants- ja tegevustulemuste eest. NHS reguleerib puude ja abivajaduse hindamist ning vajalike teenuste osutamist (40). Hindamise viib läbi vastava NHSi sertifikaadiga sotsiaaltöötaja/hooldusjuht/töökoha hooldusjuht või koolitatud hindaja kohalikus omavalitsuses. Hindaja on läbinud asjakohase väljaõppe, et olla valmis keerukate vajadustega inimeste hindamise läbiviimiseks. Hinnang peab olema asjakohane ja proportsionaalne, kattes kõiki vajadusi ja teenuseid ning selle ülesehitamisel lähtutakse heaolu parandamiseks inimese soovidest ja vajadustest (41).

Vajadusel võib viibida hindamise juures hinnatava hooldaja või esindaja, sobib ka sõltumatu advokaadi kaasamine (42). Kui NHSi hindamine tuvastab puude, siis NHS toetab inimest abivahendite soetamisel ja kohalikku omavalitsust teenuste osutamisel kindlate määrade alusel. Üldiselt eeldatakse, et inimene tasub oma sotsiaalhoolekande eest ise. Kui hindamise käigus tuvastatakse, et inimene vajab siiski finantsilist abi, hinnatakse üle tema varad. Sellest sõltub abivajaja omaosaluse määr (40).

Norra tervishoiusüsteem põhineb universaalse juurdepääsu, detsentraliseerimise ja pakkuja vaba valiku põhimõtetel. Norrale on iseloomulik, et inimestele pakutakse mahukaid abivajaduse teenuste pakette. Igal inimesel on õigus abivajaduse teenustele. Teine oluline punkt on kõrge detsentraliseeritusse tase nii teenuste pakkumisel kui ka otsuste tegemisel. See tähendab, et omavalitsustel on suur vabadus seadusest tulenevate nõuete täitmiseks vajalike tervishoiu- ja hooldusteenuste, sealhulgas ka abivajaduse hindamisel.

Omavalitsused vastutavad oma elanikele mõistliku ja kvaliteetse tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakkumise eest olenemata vanusest, diagnoosist või abivajadusest. Seega KOV vastutab kõikide oma elanike ravi ja abivajaduste eest, sealhulgas somaatiliste või psühholoogiliste haiguste, vigastuste või häirete, narkootikumide kuritarvitamise, sotsiaalsete probleemide või puuetega inimeste eest. KOVi tervise- ja hooldusteenus hõlmab avalikult korraldatud tervishoiu- ja hooldusteenuseid, mis ei kuulu riikliku kontrolli alla (43). Abivajaduse hindamiseks peab inimene pöörduma kohalikku NAVi (Töö- ja hoolekandeteenistus) büroosse. Büroo on loodud riigi ja KOVi koostööna igasse omavalitsusse. NAV vastutab hindamise läbiviimise ja tegevuskava koostamise eest. Kõigile, kes vajavad abivajaduse teenuseid, koostab NAV koostöös abivajajaga individuaalne kava. Kava elluviimiseks teeb NAV koostööd teiste teenuseosutajatega, et aidata kaasa terviklahenduse leidmisele (44).

Abikõlblikkuse kriteeriumid hoolduse saamiseks kehtestavad omavalitsused. Riik vastutab võrdsete raamtingimuste tagamise eest õigusaktide ja finantsraamistike kaudu. Lisaks lasub riigil kohustus teostada järelevalvet ja kontrolli KOVi poolt osutavate teenuste üle (43).

Järgnevas tabelis on esitatud riikide lõikes abivajaduse hindamisega seoses peamised aspektid. Tabel annab ülevaate abivajaja hindamise peamisest teostajast KOVi tasandil, abi saamise tingimustest ning hindamise kohustusest ja rahastamisest.

TABEL 8. ABIVAJADUSE HINDAMINE NELJA RIIGI LÕIKES

Riik	Abivajaduse hindamise teostaja	Tingimused, millele abivajaja peab vastama	Hindamise kohustus ja rahastamine
Soome	Kohalik sotsiaalteenuste osakonna spetsialist koostab tulenevalt puudest, abivajadusest ja selle astmest individuaalse teenuseplaani.	Tugiteenuste saamiseks on isikul vaja perearsti poolt väljastatud arstitõendit või puude otsust Kelast.	Lisaks KOVi maksutuludele saavad riiklikke hindamisprotsessi läbiviimiseks ning sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamiseks.
Norra	Hindamise otsused võtab vastu omavalitsuse tervishoiusüsteemi sõltumatu üksus, hindamine põhineb vajadustel.	Hindamise läbiviimise aluseks on inimese enda soovid ja vajadus praktilise abi järele. Hinnang antakse vanusest sõltumata.	Elanike abivajaduse hindamise ja teenuste eest vastutavad ning seda

	Omavalitsustel on suur vabadus seadusest tulenevate tervishoiu- ja hooldusteenuste osutamisel.		finantseerivad omavalitsused.
Holland	KOV hindab oma elanike hooldus- ja sotsiaalseaduse vajadust, mida viivad läbi KOVi või riikliku sotsiaallosakonna töötajad.	Taotluste esitamine toimub elektrooniliselt, selle saab esitada iga kodanik. Hooldustingimused on sätestatud riiklikult kokkulepitud protokollis või hooldusstandardis (praegu on kasutusel 14 sellist standardit).	KOVid hindavad esmalt inimese võimalusi ise hakkama saada. Hindamine toimub riikliku sotsiaalkindlustuse rahastusel.
UK	NHS sertifikaadiga KOVi sotsiaaltöötaja annab hinnangu ja koostab üksikisikule kirjaliku hooldusplaani plaanitavate tegevuste kohta.	Suurbritannias määratakse abikõlblikkuse kriteeriumid kindlaks kohalikul tasandil ja sõltuvad sageli finantside olemasolust.	Kui üksikisik vastab abikõlblikkuse kriteeriumidele, peab kohalik omavalitsus tegema hindamise ja tellima (s.o ostma) või osutama vastavalt vajadusele erinevaid teenuseid.

2.6.2. Puude raskusastme tuvastamine

Soomes toetab KELA läbi toetuste puudega ja pikka aega haige inimese iseseisvat toimetulekut ja elu. Toetuse saamiseks on vaja puuet või abivajadust hinnata kohalikus KELA asutuses. Haigusest või puudest tingitud kahjustusi hinnatakse Töötaja hüvitise seaduses määratletud rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni järgi. Puudetoetust (*puudega inimese sotsiaaltoetust*) võib saada 16-aastaseks saanud puudega või pikka aega haige olnud inimene, kelle tegutsemisvõime on vähemalt aasta aega olnud vähenenud. Puudetoetuse saamise eelduseks on, et puue või haigus põhjustab raskusi ning inimesel on suurenenud abi, juhendamise ja järelevalve vajadus. Puudetoetuse liik ja suurus olenevad puude raskusastmest (35). Toetuse vajalikkust ja suurust hinnatakse alati individuaalselt. Toetust ei anta siiski üksnes vähenenud töövõime tõttu ja funktsioonihäired ei tähenda alati puuet ning töövõime halvenemist. Inimesele võidakse toetust määrata ka abivajaduse alusel, kui vajatakse näiteks:

- abi isiklikes tegevustes nagu pesemine, riietumine ja suhtlemine;
- juhendamist ja suunamist, näiteks meeldetuletusi või ärgitamist igapäevastes toimingutes.

Abivajadus vaid majapidamistööde tegemises või igapäevastes toimingutes ei ole alus puude toetuse saamiseks.

Puuet määratakse kindlaksmääratud ajaks või teatud juhtudel eluaegselt. Kui toetust makstakse kindlaks perioodiks, saab toetuse lõppemisel taotleda toetuse jätkumist (35,36,45).

Hollandis hindab puude toetuse saamise vastavust Hollandi sotsiaalkindlustusamet (FPS). Kõigepealt peab inimene esitama avalduse isiklikule haigekassa teenuseid pakkuvale ravikindlustusele. Seejärel võtab FPS ühendust inimese raviarstiga ja küsib tema kohta meditsiinilist infot. Kui sellest teabest ei piisa inimese puude hindamiseks, kutsub FPS puude taotleja tervisekontrolli. Sellisel juhul saadetakse inimesele kutse kirja teel taotleja ravikindlustuse või FPS sotsiaalkindlustuse kaudu. Hindamise viib läbi sertifitseeritud kindlustusarst. Puude toetuse hindamine põhineb sisetuleku kaotuse hindamise põhimõttel (46). Puudest või töövõime kaotusest tingituna on võimalik saada maksimaalselt kuni 24 kuu pikkust haiguspuhkust, peale

mida tuleb taotleda puudetoetust Hollandi töö- ja sissetulekuseaduse (WIA) alusel (46). Sõltuvalt kindlustusarsti aruandes loetletud funktsionaalsetest võimetest võib hinnangu anda ka tööjõuekspert, kes arvutab välja endise palga kaotuse. Sellisel juhul makstakse puudetoetust siis, kui saamata jäänud tulu ületab 35% endisest palgast. Toetus lõppeb, kui FPSi kindlustusarst teeb kindlaks, et tervislik seisund on märkimisväärselt paranenud ja tööjõueksperdi hinnangul on sissetuleku kaotus väiksem kui 35% endisest palgast. Muud peamised põhjused toetuse maksmise lõpetamiseks on pensionile jäämine ja surm (47).

Norras peab täiskasvanud inimene alustama puude määramise protsessi töövõime ja puude hindamisega. Esimese sammuna töövõime selgitamise protsessis on inimese personaalne hinnang. Seda viiakse läbi esmakordsel konsultatsioonil spetsialistiga riiklikus tööhõive- ja hoolekandeteenistuse (NAVi) kohalikus kontoris, kus arutletakse edasiste tööalaste tegevuste võimaluste üle. Seejärel hindab kohaliku NAVi kontori juhtumikorraldaja inimeste töövõimet järgmiste andmete põhjal (48):

- inimese enesehinnang;
- inimese elulookirjeldus;
- inimese vestlus NAVi ametnikuga;
- arsti tervisetõend.

Hindamisel kaasatakse erinevaid spetsialiste - arstid mängivad diagnooside määramisel olulist rolli. Juhtumikorraldajateks on erinevatest valdkondadest erinevate kompetentsidega sotsiaaltöötajad. Juhtumikorraldajate puhul pole alati nõutud meditsiinilist või sotsiaalvaldkonna haridust, kuna pikaajaline töökogemus võib kompenseerida erialase hariduse puudumise. Mõni diagnoos annab puudega inimestele automaatse toetuse ja töövõime selgitamine pole vajalik. Hindamise järel saab sama juhtumikorraldaja abiga taotleda tööhüvitist või puudetoetust (49).

Ühendkuningriigis teostab puude hindamist sõltumatu Tervise ja puude hindamise keskus riikliku Tervisehindamise nõuandeteenistuse töö ja pensionide osakonna (DWP) tellimusel. Hindamise eesmärk on mõista, kuidas haigus või puue mõjutab inimese igapäevaelu. Pärast hindamist otsustab DWP, mis toetusi on inimesele vaja igapäevaelu korraldamisel (40).

Tervise ja puude hindamise keskuse tervishoiutöötajad viivad puuetega inimestega läbi personaalseid hindamisi ja edastavad aruanded DWPlle. Seejärel kasutab DWP seda teavet inimesele hüvitise saamise õiguse kindlaksmääramiseks. Kõigil hindamise keskuste tervishoiutöötajatel peab olema kvalifikatsioonijärgne kogemus ja nad peavad olema heaks kiidetud DWP poolt. DWP kontrollib kvaliteedi tagamist läbi lepinguliste kohustuste teenuse kvaliteedi kontrollimehhanismide ja regulaarsete ülevaatuskoosolekute kaudu (42).

Tervise ja puude hindamise keskuse ülesandeks on:

- kontrollida kliendi esitatud meditsiinilisi tõendeid;
- taotleda perearstidelt või teistelt raviarstidelt täiendavaid tõendeid;
- broneerida kohtumisi personaalseks hindamiseks;
- teha personaalseid hindamisi.

DWP vaatab läbi isiku kohta esitatud hindamisaruande ja teeb otsuse toetuse saamise õiguse kohta. (42).

TABEL 9. PUUDE HINDAMISE ALUSED NELJAS VÄLISRIIGIS

Riik	Puude hindamise kohustus	Puude hindamise korraldamine	Puude hindamise ja teenuste rahastamine	Teenuste korraldamine
Soome	Hindamist viiakse läbi kohalikus KELA asutuses. Puudest tulenevate toetavate teenuste pakkumine peab alati põhinema teenuse vajaduse individuaalsel hindamisel.	Esmalt peab inimene pöörduma kohaliku sotsiaalkindlustuse ametisse. Puuetega inimestel on teenuste saamiseks vaja arstitõendit või KELA puude otsust. See võib olla tähtjaline või tähtjatu.	Soomes toetab KELA puudega ja pikka aega haige inimese iseseisvat toimetulekut ja elu. KELA eraldab toetuse KOVile, mis vastutab hindamise ja teenuste osutamise eest. Toetuse eesmärk on toetada puudega või kroonilise haigusega isikuid nende igapäevaelus, tööl või õpingutes.	Omaavalitsuse sotsiaalteenuste osakond koostab individuaalse teenuseplaani ja vastutab teenuste korraldamise eest. Kiireloomulised teenused tuleb korraldada viivitamatult.
Norra	Hindamist korraldab esmakordsel konsultatsioonil tööhõive- ja hoolekandeteenistuse (NAV) kohaliku kontori spetsialist.	Esmakordsel hindamisel arutatakse inimesega edasise tööalase tegevuse võimalusi. Seejärel hindab kohaliku hindamiskeskuse juhtumikorraldaja puuet ja planeerib edasist tegevust. Hindamisele kaasatakse erinevaid spetsialiste, kuid arstidel on diagnooside määramisel keskne roll.	Hindamise ja juhtumikorralduse rahastamist koordineerib NAV. Riik toetab KOVi hindamise ja teenuste pakkumisel. Hinnatakse ka puudega seotud kulusid.	Riiklikult makstakse tööhüvitist või puudetoetust. Puudest tulenevaid teenused korraldab kohalik juhtumikorraldaja.
Holland	Puude määramise vajadust hindab Hollandi sotsiaalkindlustusamet (FPS). Hindamismenetluse käigus hinnatakse puudest tulenevat töötasu kaotust ja puudest tulenevat tervislikku seisundit ning seda, mil määral mõjutab haigus või puue taotleja üldist heaolu ja töölkäimist.	Abikõlblikkust hinnatakse kahes etapis: Kõigepealt hinnatakse hindamiskeskuse kindlustusarsti poolt meditsiinilist seisundit või kahjustust. Teiseks hinnatakse tööeksperdi poolt funktsionaalset piirangut seoses töö- ja elukeskkonnaga ja võimalikku töötasu kaotust.	Puude hindamist ning puudest tulenevaid toetusi ja teenuseid rahastab riiklik sotsiaalkindlustus.	Puudest tulenevat toetust makstakse juhul, kui isiku saamatajäänud tulu ületab 35% endisest palgast. Puude, haiguse või funktsionaalse piirangu olemasolu ei anna automaatselt õigust puudetoetusele.

UK	Puude hindamise viib läbi sõltumatu Tervise ja puude hindamise keskus riikliku DWP tellimisel. Hindamise eesmärk on mõista, kuidas haigus või puue mõjutab inimese igapäevaelu.	Puude või abivajaduse hindamiseks pöörduv isik Töö- ja pensioniosakonna poole, mis suunab ta edasi Puude hindamise keskusesse hindamisele. Hindamiskeskuses viiakse läbi üks-ühele vestlus ja vajadusel küsitakse täiendavat meditsiinilist teavet tema perelt või raviarstilt.	Puude hindamine on riiklikult rahastatud. Puudest tulenevad toetused ja teenused on riiklikult rahastatud kindlaksmääratud piirsummade järgi. Juhul, kui tegelikud kulud on suuremad, maksab vahe teenuse saaja või KOV tulenevalt teenuse saaja varalisest suurusest.	Teenuseid pakutakse riiklikult rahastatud rehabilitatsioonikeskustes või õendushaiglates. DWP kontrollib kvaliteedi tagamist läbi lepinguliste kohustuste. Teenuseid saab osta ka erakapitalil põhinevatest rehabilitatsioonikeskustest, kuid sellisel juhul toimub teenus väljaspool riiklikku süsteemi.
----	---	---	--	---

2.6.3. Kohaliku omavalitsuse ülesanded sotsiaalhoolekande teenuste osutamisel

Soomes vastutavad sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuste osutamise korraldamise eest kohalikud omavalitsused. KOVid saavad korraldada teenuste osutamist iseseisvalt või moodustada ühiseid omavalitsusasutusi. Lisaks saavad kohalikud omavalitsused teenuste osutamist tellida teistelt kohalikelt omavalitsustelt, valitsusvälistelt organisatsioonidelt või erasektori teenuseosutajatelt (36). Põhilised sotsiaalhoolekande-, rahvatervise- ja eriarstiabi teenused, mis peavad olema kättesaadavad igas omavalitsuses, on määratletud sotsiaalhoolekandeseadusega (50). Kohalikud omavalitsused saavad seaduste piires otsustada sotsiaalteenuste osutamise ulatuse ja korraldamise üle. Seetõttu võivad saadaolevad teenused omavalitsusüksustes erineda. KOVi ülesanneteks on struktuurse sotsiaaltöö tagamine, erivajadustega inimeste heaolu jälgimine ja edendamine, laste ja noorte heaolu jälgimine ja edendamine, sotsiaalteenused, esmatähtsa hoolduse ja toimetuleku tagamine, lapse tervise ja arengu tagamine, sotsiaalteenused vastavalt tugivajadusele, sotsiaaltöö, peretöö, koduteenus ja -hooldus, eluasemeteenused, liikuvust toetavad teenused jne. Toiminguid ja teenuseid rahastatakse enamasti omavalitsuse maksutulust. Puuetega inimestele osutatavate teenuste eest vastutavad Soomes riigi toetusel omavalitsused (35).

2015. aastal jõustus **Ühendkuningriigis** hooldusseadus, mille kohaselt on kohalikud omavalitsused kohustatud seadusest tulenevalt täitma oma täiskasvanud elanike hooldamise ja toetamise kohustusi. Kohalikud omavalitsused peavad tagama ja toetama abivajaja iseseisvust ja heaolu edendamist ning kohustuvad andma abivajajale asjakohast teavet hoolduse ja toetuste võimaluste kohta (40).

Kui isik vastab toetuse saamise kriteeriumidele, peab kohalik omavalitsus teenuse tellima (s.o ostma) või osutama vastavalt vajadusele ise vajalikke teenuseid. Sotsiaaltöötaja teeb teenuste pakkumise osas kokkulepped ja annab isikule kirjaliku hooldusplaani. Koduväliste teenuste puhul peab kohalik omavalitsus pakkuma abivajajale teenuste asemel ka toetusi, kui isik soovib kulusid ise hallata ja teenuste eest tasuda. Kohalik omavalitsus kehtestab tavapärase toetuse määra, mida maksab hoolekandetasutus ja koduhoolduses viibivatele isikutele. Toetuse määr erineb piirkonniti. Hooldustoetuse määramisel võetakse arvesse hooldust vajava isiku varaline seis (40).

Hollandis on 2015. aastal vastuvõetud sotsiaaltoetuste seaduse kohaselt puuetega inimeste abistamise kohustus antud üle kohalikele omavalitsustele. Sotsiaaltoetuse seadus põhineb isikustatud lahenduste ja individuaalse lähenemise põhimõttel. Siia alla kuuluvad füüsilise, vaimse või psühholoogilise puudega inimeste, sealhulgas õpiraskustega inimeste ja vanurite abistamine. Eesmärgiks on, et inimesed saaksid jätkuvalt olla ühiskonna täisväärtuslikud liikmed ja neil oleks võimalik jätkata kodus elamist. Lisaks saavad kohalikud omavalitsused sotsiaaltoetuste seaduse alusel pakkuda oma kodanikele majutust ja tugiteenuseid, kui nad ei saa kodus elada (37). KOV ametnikud arutavad abivajajaga koos vajadused läbi ja seejärel on neil kohustus pakkuda abivajajale vajalikke teenuseid ja need abivajajale sobivalt korraldada. KOV poolt pakutavate teenuste alla kuuluvad erinevad päevased tegevused, leibkonna toetused, mitteametliku hooldaja toetused, vabatahtlike abi, varjupaiga teenus pikaajaliste psühholoogiliste häiretega inimestele või perevägivalda ohvriks langenud meestele, naistele ja lastele, sotsiaalne tugi kodututele ja ka rahaline toetus inimestele, kellel on kroonilise haiguse või haigusseisundi tõttu märkimisväärsed lisakulutused (37). Riigi arvates suudavad kohalikud omavalitsused pakkuda kohandatud lahendusi abivajajatele ja edendada mitteametlikku hooldust paremini kui varem kehtinud piirkondlikult korraldatud (hooldusbüroode kaudu) süsteemiga (51). Omavalitsused pakuvad esmalt kohaliku sotsiaalse võrgustiku abil taotlejatele abivajadust toetavate teenuste võimalusi (52). Kui need jäävad vajaduste seisukohalt ebapiisavaks, saavad abivajajad juba pikaajalise hoolduse seadusest tulenevat riiklikult rahastatud toetust (37).

Norras vastutavad sotsiaalhoolekandeteenuste osutamise eest kohalikud omavalitsused. Siia alla kuuluvad munitsipaalorganisatsioonide korraldatud toetusmeetmed rahaliste ja sotsiaalsete raskuste korral. Sotsiaalteenused hõlmavad sotsiaalabi, sisserändajate tutvustusprogrammi, laste hoolekandeteenuseid ning tervishoiu- ja hooldusteenuseid (53). Abimeetmeid rahastab, haldab ja korraldab kohalik omavalitsus. Omavalitsus tagab, et kohalikele inimestele pakutakse vajalikke tervise- ja hoolekande teenuseid. Samuti jäävad omavalitsuse vastutuse alla kõik elanike grupid, sealhulgas somaatiliste või psüühiliste haiguste, vigastuste või häiretega, narkootikumide kuritarvitamise, sotsiaalsete probleemide või puudega inimesed (54). Igas omavalitsuses tegutseb koordineeriv üksus, millel lasub üldvastutus individuaalkavaga ettenähtud teenuste eest ning koordinaatori määramise, koolituse ja teenuste järelevalve eest. Sotsiaalhoolekande teenuseid saavatel inimestele pakub seega omavalitsus sotsiaalhoolekandeteenuste koordinaatorit, kes tagab konkreetse abivajajale igakülgse järelkontrolli, samuti teenuse pakkumise kooskõlastamise ja individuaalse plaani järgimise. Need plaanid luuakse koostöös erinevate teenusepakkujatega, et tagada isiku igakülgne hooldus (55). KOVi tervise- ja hooldusteenus hõlmab avalikult korraldatud tervishoiu- ja hooldusteenuseid, mis ei kuulu riigile ega maakonna omavalitsusele. Neid teenuseid võib osutada omavalitsus ise või siis sõlmitakse leping teiste avalike või erasektori teenuste pakkujatega (56).

TABEL 10. KOHALIKU OMAVALITSUSE ÜLESANDED TEENUSTE OSUTAMISEL

Riik	Põhimõtted abivajaduse hindamiseks ja teenuste pakkumiseks	Kas ja mil viisil eraldab keskvalitsus ülesande täitmiseks vahendeid	Olulised reformid
Soome	KOV peab vastutama abivajadusega inimestele kõikide vajalike teenuste tagamise eest. Samuti vastutab KOV sotsiaalhoolekande ja	Keskvalitsus eraldab KOVile vahendeid teenuste osutamiseks. Omavalitsustele makstav summa sõltub omavalitsuse elanikkonnast, rahvastiku	2014. aasta hoolduseaduse (mis jõustus 2015. aasta aprillis) kohaselt on kohalikud omavalitsused seadusega kohustatud täitma oma

	puudest tulenevate teenuste osutamise eest.	struktuurist ja haigestumusest. Puudest tulenevad toetused eraldatakse läbi KELA.	täiskasvanute hooldamise ja toetamise kohustusi. REFORMIPLAAN: 2021 lähevad sotsiaal- ja tervishoiuteenused, päästetegevus ja arenguteenuste korraldamise vastutus üle maakondadele. Teenuste osaline valikuvabadus jõustub etappide kaupa. Valitsusprogrammi kohaselt kandub vastutus sotsiaalreformis sotsiaal- ja tervishoiuteenuste korraldamise eest üle suurematele autonoomsetele piirkondadele.
Norra	KOVID korraldavad teenuste osutamist vastavalt riigi poolt kehtestatud õigusaktidele. Norras vastutavad isikliku abistamise teenuste haldamise ja suurema osa kulude eest kohalikud omavalitsused.	Riik toetab KOVID abivajaduse teenuste osutamisel maksurahast ja erinevatest projektidest. Isikutele rahalise toetuse määramise otsused teevad omavalitsused. Teenuste tasumisel on isikutel omaosalus kindla summa ulatuses, mille ületamisel kaetakse kulud täiel määral.	Et parandada hoolduse integreerimist, peavad haiglad ja omavalitsused sõlmima hooldusreformi osana ametlikud lepingud keeruliste vajadustega patsientide hooldamiseks.
Holland	KOVID poolt loodud piirkondlikud meeskonnad on enamasti multidistsiplinaarse iseloomuga ja koordineerivad oma naabruskonna kodanike sotsiaalset tuge. Leitakse, et meeskondade ühistöö on efektiivne ja aitab hooldusprobleemi lahendada.	Riik toetab KOVID maksutuludest. Teenuste rahastamine toimub läbi KOVID eelarve, ravikindlustuse ja sotsiaalkindlustuse süsteemi. Enamik omavalitsusi on kokku leppinud hoolduse hindades, kuid teenuseosutajatele ei ole ette nähtud eelarve piirmäärasid.	Kui KOVID on ülesannete jaoks liiga väikesed, kutsutakse üles tegema koostööd või isegi ühinema, et oleks olemas vajalikud teadmised ja võimalused hoolduse ostjatena.
Ühendkuningriik	Abivajaduse hindamine toimub KOVID ametniku poolt, kellel on NHSi sertifikaat. Koostatakse kirjalik tegevusplaan, mille alusel planeeritakse tegevusi ja rahalisi toetusi.	Loodud on riiklik hooldusfond. Tsentraalselt rahastatakse riiklikke hooldekodusid ja seal pakutavaid teenuseid. Inglismaal on kehtestatud riiklikud määrad, kui palju üksikisik eeldatavasti hoolekandeesutuse eest maksab.	Inglismaal kuulutati 2013. aastal välja Parema hoolduse fond. Parema hoolduse fond loob kohalikul tasandil eraldatava ühtse eelarve, mille eesmärk on soodustada NHSi ja kohaliku omavalitsuse tihedamat koostööd.

2.6.4. Võrdlusaluste välisriikide haldussüsteemi erisused

Kirjeldataud ja võrreldud Soome, Norra, Hollandi ja Ühendkuningriigi praktikate puhul tuleb arvestada, et tegemist on Eestist küpsemate ja väljakujunenenumate valitsemissüsteemidega, kus kohaliku valitsemistasandi olemus ja rahastusmudelid on Eestist erinevad ning et võrdlusesse võetud riikides on juhitud detsentraliseerimise protsesse juba pikka aega. Soome ja Norra on tugevalt detsentraliseeritud riigid, kus kohalikule omavalitsusele on antud võimalus ja vastutus abivajaduse teenuste korraldamisel. Hollandis on samuti detsentraliseerimise protsessi käigus antud kohalikele omavalitsustele tegutsemisvabadus ja kohustus, sealsed omavalitsused teevad aktiivset koostööd kohalike kogukondadega. Ühendkuningriigis on säilitatud tsentraalne kontroll, et tagada teenuste kvaliteedi ühtlane tase kogu riigis.

2.6.5 Detsentraliseerimise mõju teenuste osutamisele

Rahvusvahelised uuringud on näidanud, et detsentraliseeritus ja sellest tulenev suurem finantsautonoomia suurendab kohalike omavalitsuste omanikutunnet ja muudab kohalikul tasandil pakutavaid sotsiaalteenused efektiivsemaks (28,29). Leitakse, et mida lähemal teenuste pakkujad abivajajatele on, seda paremini suudetakse teenuseid osutada (30). Nii näiteks on püüdes teenuste kvaliteeti ja kulusid tasakaalus hoida viidud kõikides võrdlusriikides abivajadusest tulenevad teenused täielikult kohalikule tasandile. Seejuures on Soome suur hulk väikseid omavalitsusi jõudnud olukorrani, kus teatud teenuste osutamine on kulukas või ebaühtlase kvaliteediga. Siiski püüavad kõik omavalitsused võimaluste piires pakkuda personaalset lähenemist. Olude sunnil on hakanud KOVid omavahel koostööd tegema. Soomes liigutakse uue reformiga suuremate piirkondlike tasanditeni, mis suudavad keerulisemaid teenuseid paremini tagada (vt. Lisa 3). Norras on lubatud, et KOV võib puuduolevaid teenuseid tellida ka naaberomavalitsusest. See aitab hoida teenuste kvaliteeti. Seejuures kulutab Norra raha sotsiaalhoolekande teenustele Põhjamaadest enim. Tänu sellele on suudetud hoida teenuste kvaliteeti ja inimesekesksust. Hollandis saavad abivajajad teenuseid osta enda jaoks parimal viisil ka teisest omavalitsusest. Teenuste planeerimiseks kaasatakse Hollandis nii inimese enda sotsiaalne võrgustik kui ka spetsialistidest meeskonna tugi. Igat juhtumit käsitletakse eraldi. Selliselt kohaliku olemusega praeguste riigi ülesannete omavalitsustele andmisega saab meeskond enim arvestada kohalike olude ja elanike vajadustega ning kaasata kohalikku sotsiaalset võrgustikku teenuste korralduse protsessi (31). Ühendkuningriigis eeldatakse, et abivajajad peavad oma teenuste eest tasuma ise. Kui see ei ole siiski võimalik, tuleb KOV appi. Hollandis on olulisel kohal erinevad ennetustegevused. See on tõstnud oluliselt inimeste elukvaliteeti, vähendanud suremust ja langetanud seeläbi tervise- ja hoolduskulusid. Järgnevas tabelis on välja toodud erinevate võrdlusriikide näitel detsentraliseerimise mõju teenuste osutamisele.

TABEL 11. DETSENTRALISEERIMISE MÕJU TEENUSTE OSUTAMISELE (57)

	Soome	Norra	Holland	Ühendkuningriik
Detsentraliseerimise korralduslik pool (kuivõed vastavad OECD juhiste)	Teenused on täielikult detsentraliseeritud. Puude hindamist koordineerib KELA. Abivajaduse hindamine toimub KOVi tasandil.	Süsteem on poolenisti detsentraliseeritud. Riik vastutab arstiabi ja puude määramise eest, KOV aga ematasandi tervishoiu, pikaajalise hoolduse ja sotsiaalteenuste eest.	Detsentraliseerimisprotsessis on KOV võtnud osa olulisi ülesandeid keskvalitsuselt üle.	Abivajaduse ja puude hindamist korraldavad litsentseeritud keskused ja teenused määratakse juhtumipõhiselt.
Tugevused	Teenused on isikukesksed ja arvestavad kohalike võimalustega.	Tervishoiusüsteem on inimesekeskne.	Hollandi tervisesüsteemis on suremuse tase madal, see iseloomustab nii efektiivset ennetus- kui ka hooldustegevust.	Isikupõhine ja personaalne hindamissüsteem, kogukonna roll tugisüsteemis.
Nõrkused	Teenustele pikad järjekorrad.	Teenuste tase KOVide lõikes ebaühtlane	Madal riiklik kontroll teenuste kvaliteedi üle.	Teenuste tase sõltub abivajaja varalisest seisust

Analüüsides võrdlusriikide valdkondlikke praktikaid ning taustsüsteeme (demograafilised erisused, erisused haldussüsteemis ja rahastusmudelites) võib järeldada, et ühegi võrdlusriigi mudeli terviklik ülevõtmine ja kasutuselevõtmine Eestis ei ole otstarbekas. Tugev detsentraliseerituse tase võrdlusriikides tugineb eeldustel (väljakujunenud mitmetasandiline toimesüsteem, KOVide tugevam finantsautonoomia), mida Eestis ei ole veel välja kujunenud, kuid mille saaks võtta eesmärgiks (vt pt 3).

Peatüki kokkuvõte

1. Abivajaduse ja sotsiaalhoolekande süsteem on suur ja keeruline (Joonis 5), seejuures muudavad mudeli keerukaks valdavalt selle riiklikul tasandil toimuvad protsessid. Abivajajal ja ametnikel on keeruline seal orienteeruda. Inimese hindamine toimub kolmel erineval tasandil: SKA, TK, KOV.
2. Probleemiks on nõ mitme ukse süsteem, mille tulemusena võib abivajaja saada sarnaseid teenuseid (sh hindamist) mitmest erinevast kohast, mis tekitab erinevates osapooltes segadust. Sotsiaaltöötajatel on raske selles orienteeruda ja abivajajale keskset tegevusplaani koostada.
3. Puude määramine toimub täna kindlatel alustel ja on kõigile arusaadav, siiski on KOVid sidunud palju oma teenuseid puude olemasoluga. See lihtsustab KOVi ametnike tööd, kuid pole alati abivajajast lähtuv.
4. Abivajajate suhteline arv erineb maakonniti suurel määral, samuti erinevad maakonniti töövõime hindamise ja puude raskusastme määramise aluseks olevad diagnoosigrupid. See tähendab, et inimeste vajadused erinevad kohalike omavalitsuste lõikes olulisel määral, mistõttu lähenemine peab olema abivajajakeskne.
5. Rahvusvahelise praktika näitel toimub Euroopa riikides sotsiaalhoolekande teenuste detsentraliseerimine. Seadused näevad ette KOVile autonoomsuse ja kohustused oma kodanike abivajadusest tulenevate teenuste tagamiseks. Tulenevalt sellest on KOVidele antud rohkem kohustusi ja vastutust oma elanike abivajaduse hindamisel ja teenuste osutamisel. Kvaliteedikontrolli teostatakse riiklikult.
6. Välisriikide näitel on abivajaduse hindamine ja teenuste planeerimine abivajajakeskne. Abivajaja abistamiseks on kasutusele võetud juhtumikoordinaatorid ja -meeskonnad.
7. Finantsiliselt toetatakse KOVi riiklikult läbi erinevate projektide ja kindlatel reeglitel põhineva riikliku maksutulu. Soodustatakse kogukonna kaasamist, regionaalset koostööd ja võrgustike arendamist parimate lahenduste leidmiseks.

3. Omavalitsuste roll ja otsustusõigus abivajaduse hindamisel ja teenuste korraldamisel

Käesolevas peatükis analüüsitakse, kas ja milliste teenuste osas suurendada KOVi rolli ja otsustusõigust täiskasvanud erivajadustega inimestele abivajaduse hindamisel, abistavate teenuste korraldamisel ja toetuste maksmisel. Selles peatükis on lisaks kirjanduse analüüsile oluliseks sisendiks ka intervjuude ja Mõttehommiku tulemused.

3.1. Abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise eeldused

Abivajaduse hindamise esmane eesmärk on teha kindlaks, millised inimesed ja millist tüüpi abi vajavad (58). Sealjuures on oluline kindlaks teha abivajaduse tõsidus, et tagada õigeaegne ja sihtotstarbeline reageerimine (59). Abivajaduse hindamine põhineb suures osas andmete kogumisel ja nende analüüsimisel. Abivajaduse hindamise puhul saab eristada kahte tüüpi andmeid: esmaseid (need mis kogutakse vahetult abivajaja käest) ja sekundaarseid andmed (erinevate registrite andmed). Võimalusel tuleks vältida andmete dubleerimist. Kui registrites on info olemas, ei ole vaja seda abivajaja käest enam uuesti küsida (60). KOVi tasandil on abivajaduse hindamisega seoses võimalik andmeid koguda peamiselt inimeselt endalt (või tema lähedastelt), teatud andmed on nähtavad ka STARis (nt puude raskusastme hindamise otsus, töövõime hindamise tulemus). Vaatamata loodud eeldustele ametkondliku ja riikliku statistika operatiivsemaks ja kvaliteetsemaks tootmiseks sotsiaalvaldkonnas (sh üleminek nn teenusepõhiselt statistikalt isikupõhisele statistikale) (61), ei toimi see omavalitsuste sotsiaaltöötajate hinnangul veel andmekaitseseaduse piirangute tõttu (62).

Tulenevalt andmesüsteemide puudujääkidest on Eestis praegu suurim väljakutse puudulik ülevaade riigi tasandil valdkondade ja teenuste koostööst. On küll teada, mis mahtudes ja millistes piirkondades teenuseid pakutakse, kuid teadmata on näiteks see, millistel juhtudel on saadud enne statsionaarseid teenuseid kodus pakutavaid teenuseid, kas koduteenust pakutakse koos koduõendusteenusega, kas õnnetusest taastujatele järgneb pärast taastusravi tööalane või sotsiaalne rehabilitatsioon ja kas nad saavad lisaks ka KOVi teenuseid. Seetõttu on oluline, et abivajaja kohta käivad andmed koonduksid kokku valdkonnaüleselt, mis tagaks üksikjuhtumite kiirema ülesleidmise ning parema lahenduse (63). Andmete kasutamise puudujääke kinnitasid ka uuringus osalenud intervjuueeritavad, kelle sõnul takistab andmete puudulik kättesaadavus abivajajat igakülgsest aidata - näiteks ei teata, millised on inimese tervislikust seisundist tulenevad piirangud ja vajadused või milliseid rehabilitatsiooniteenuseid on talle määratud (62). Näitena toodud info võimaldaks paremini sihistada KOVi teenuseid, vältida teenuste dubleerimist ja muuta kogu abivajaduse hindamine ning teenuste korraldamine inimkessemaks.

WHO rõhutab vajadust kaasata inimesi ja anda neile partneritena võimalus oma tervise ja heaolu loomiseks ja säilitamiseks. Astana deklaratsiooniga (2018) toetatakse poliitikat, mis tagab inimese kogu hooldusvajaduse integreerituse, järjepidevuse ja koostöö (64). See on oluline eriti nende abivajajate jaoks, kellel on suurem abivajadus erinevatest süsteemidest ja kelle jaoks peaks nii abivajaduse hindamine kui teenuste korraldamine olema ühtselt koordineeritud (65). Inimkeskse ja integreeritud hoolduse koordineerimise vajalikkust rõhutati ka Horizon2020 projektis SUSTAIN, mille raames tegeletakse eakatele suunatud integreeritud pikaajaliste hooldusteenuste arendamisega Euroopas (66). Nimetatud projekti raames koostati ka integreeritud hoolduse (hõlmab nii sotsiaalhoolekande- kui tervishoiuteenuseid)

raamistik (vt joonis 10), mis toob välja põhielemendid, millega peaks kogu abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise aspektist lähtuma (67).



JOONIS 10. INTEGREERITUD HOOLDUSE JA TERVISHOUIUSÜSTEEMI TASAKAALUSTAMINE (ALLIKAS: SUSTAIN)

Selleks, et omavalitsused saaksid paremini toime tulla kvaliteetse teenuse tagamisega, peab muutus hõlmama suurt osa abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamisega seotud süsteemidest. Sealjuures peab kogu strateegiline tegevus arvestama asjaoluga (vt joonis 11), et nii abivajaduse hindamine kui teenuste osutamine oleksid korraldatud võimalikult inimesekesksest, olemas oleksid vajalikud teenusepakkujad (sh et inimene saaks vajadusele vastavat, mitte olemasolevat teenust) ja vajalikud andmed (vältimaks tegevuste dubleerimist, mis tooks kaasa halduskoormuse vähenemise nii spetsialistidele kui abivajajale), tagatud oleksid nii toetavad teenused, mis võimaldaks inimesel võimalikult kaua kodus olla, kui õigeaegselt kättesaadavad asjakohased teenused (7,62,67,68).



JOONIS 11. ABIVAJADUSE HINDAMISE JA TEENUSTE KORRALDAMISE STRATEEGILISED LÄHTEKOHAD KOV TASANDIL

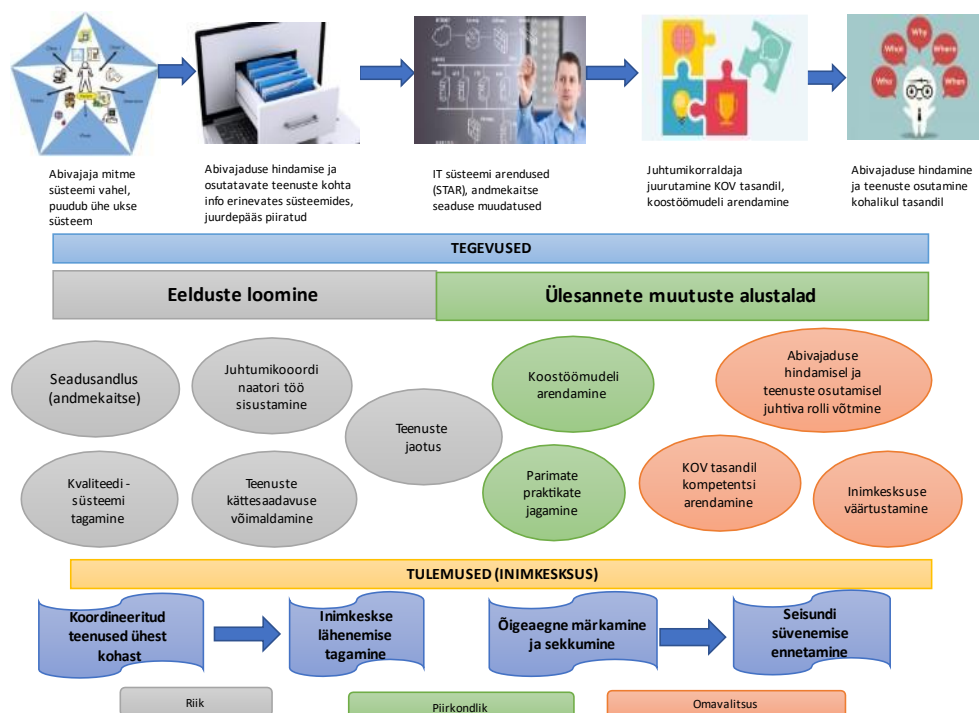
Euroopas propageeritakse abivajaduse hindamisel ja teenuste korraldamisel järjest enam juhtumikoordinaatori töö olulisust (69–71). Eelkõige mõeldakse juhtumikorralduse all lähenemisviisi, kus abivajadus ja teenused korraldatakse abivajajale ühes kohas, need on asjakohased ning kättesaadavad. Sealjuures on olulisel kohal terviklik lähenemine ja koostöö erinevate osapoolte vahel (nii tervishoiu kui sotsiaalvaldkonnas). Eelkõige muutub juhtumikoordinaatori roll oluliseks keerukamate juhtumite puhul, kus on vaja abivajajat kaasates koordineerida erinevate spetsialistide koostööd ning tagada erinevate tasandite teenuste kättesaadavus (72). Juhtumikoordinaatorite vajaduse olulisus tuli välja ka analüüsi käigus läbi viidud intervjuudest, kus rõhutati just seda, et juhtumikoordinaatoril peab inimese kohta olema tervikülevaade (62,68,73).

Alates 2018. aastast on Eestis alustatud mitme pilootprojekti läbiviimist, mille raames püütakse muuhulgas rakendada juhtumikorraldaja (-koordinaatori) tööd. Näiteks ESFi poolt rahastatud ja SKA poolt koordineeritud pilootprojekt „Isikukeskse erihoolekande teenusmodeli rakendamine kohalikus omavalitsuses“ (01.10.2019 – 31.12.2021), mille eesmärk on katsetada psüühilise erivajadusega inimeste abistamisel teenuskomponentidel põhinevat lähenemist ja testida korralduskeemi, kus psüühilise erivajadusega inimeste teenuste korraldaja rollis on kohalik omavalitsus (74). 01.08.2018-31.07.2019 viidi läbi hoolduse koordineerimise pilootprojekt, mille eesmärgiks oli hooldusvajadusega inimeste ja nende lähedaste koormuse vähendamine asjaajamisel; abivajadusega inimestele asjakohase abi pakkumine võimalikult vara (sh pikendades seeläbi toimetuleku aega kodus); ning senisest parema info kogumine süsteemsete kitsaskohtade kohta. Pilootprojekti raames testiti üldist kontseptsiooni ja detailsema mudeli väljaarendamist. Sihtgrupiks olid suure ja keerulise hooldusvajadusega täisealised inimesed, kes vajasisid pikemaajaliselt abi nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemist (75,76). Pilootprojekti tulemusena leiti, et hoolduskoordinaatori mudeli eduka rakendamise eelduseks on piirkonnas tegutsevate osaliste (KOV-i, perearstikeskuse, piirkonna haigla, sotsiaal- ja tervishoiuteenuste pakujate jt) vahel olevad selged kokkulepped ülesannete jaotumise osas, ülesannete teostamiseks vajalik kompetents ning arusaam, kas ja milliste ülesannete jaoks on vaja lisatööjõudu (77).

Nagu eelnevalt juba välja toodud, siis abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine peaksid toimuma inimesekeskelt, lähtuma konkreetse inimese tegelikest vajadustest ja ei tohiks olla seotud piiravate eeltingimustega. Kuna praegu toimub riigi tasandil nii töövõime hindamine kui ka puude raskusastme tuvastamine, siis kahjuks eeldavad mõned KOV-id meelevaldselt, et teenuste saamiseks on vajalik puude raskusastme olemasolu (62,68). Näiteks on paljude omavalitsuste kodulehel kirjas, et tugiisiku saamise tingimuseks on raske või sügava puude olemasolu. See ei ole kooskõlas SHS-ga (12) ja on vastuolus ka puude raskusastme tuvastamise põhimõtetega (16,22). Intervjueeritavate hinnangul on selle peamiseks põhjuseks teenuseosutajate puudus, mistõttu seovad KOV-id selle teenuse saamise lisatingimusega. Intervjuudest ilmnes ka, et ilmselt tekitab omavalitsustes segadust puude raskusastme tuvastamise nõude olemasolu rehabilitatsiooniteenuste osutamisel ja see võib viia vaikimisi eelduseni, et ka KOV-id võivad seda nõuda. Samuti võivad KOV-id saada puude olemasolul kinnitust abivajaduse tõsidusest ja selle eeldusel osutavad kergemini teenust (mõnel juhul toodi välja ka vastupidiseid näiteid, et puudega inimestele teenust ei osutatud, vaid suunati ta rehabilitatsiooniteenuseid saama) (62,68,73).

Tuginedes rahvusvahelistele soovitudele, Eesti olukorrale ning intervjuude tulemustele on järgneval joonisel (Joonis 12) näidatud abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise raamistik, mis põhineb inimkesksel lähenemisel. Kogu raamistik tugineb sellele, et erinevate tegevuste tulemusel saaks abivajaja

nii hindamise kui õigeaegsed ja asjakohased teenused samast kohast, mis läbi oleks tagatud varasem abivajaduse märkamine ning seisundi halvenemise vältimine.



JOONIS 12. INIMKESKSE ABIVAJADUSE HINDAMISE JA TEENUSTE KORRALDAMISE RAAMISTIK

Selleks, et tagada parem abivajaduse hindamine ja teenuste korraldus, on vaja luua teatud eeldused nii riigi kui ka KOVi tasandil.

- Üheks oluliseks eelduseks on see, et abivajaja kohta oleksid parima teenuse tagamiseks kõik vajalikud andmed ühes kohas olemas ja kättesaadavad. Selleks tuleb muuta kehtivat andmekaitseseadust ja tõhustada andmebaaside toimimist.
- Teiseks eelduseks on ühtne kvaliteedisüsteem, mis võimaldaks abivajaduse hindamist ja teenuste korraldust kogu riigis läbi viia sarnastel alustel ja tagada seeläbi ka piirkondlik võrdsus. Praegu käib küll mitu pilootprojekti seoses juhtumikorraldajate tööle rakendamisega, kuid ühtse raamistiku korral peaks juhtumikoordinaatori tööülesanded olema keskselt sisustatud ning nende koolitus/väljaõpe riigi poolt korraldatud ja tagatud.
- Kolmandaks peab KOVidel olema valmisolek juhtiva ja vastutava rolli võtmiseks abivajaduse hindamisel ja teenuste osutamisel ning olemas ka vastav võimekus. Nagu eelnevalt ka välja tuli, on Eestis KOVid erineva võimekuse ning stardipositsiooniga (eelkõige teenuseosutajate olemasolust lähtudes) ning kõik KOVid ei pruugi ilma täiendava toeta hakkama saada. Üheks võimaluseks ebavõrdsuse vähendamisel on tugev regionaalne koostöö, mille raames oleks võimalik jagada nii kogemusi, praktikaid kui ka teenuseosutajaid. Tugev regionaalne koostöö võimaldaks ka kaasa aidata KOVi tasandil kompetentsi tugevdamisele.
- Tagatud peab olema teenuste kättesaadavus. Nt spetsiifilisemate teenuste puhul (nt logopeed, füsioterapeut jne) peab olema riigi poolt tagatud ka piisav koolitustellimus.

- Praegu on seadusandlus täpselt reglementeerinud teenused, mida osutatakse KOVi ja mida riigi tasandil (sh tervishoiuteenused). Kuna käesoleva analüüsi üheks lähtekohaks on asjaolu, et osade teenustega oleks mõistlik tegeleda KOVi tasandil, siis tuleb seadusandlust vastavalt uuendada.

3.2. Abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise väljakutsed

Eestis on võetud suunaks reformida pikaajalise hoolduse süsteemi, mis praegu jagab vastutuse tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi vahel. Tervishoiusüsteem pakub õendusabi, geriaatrilist hindamisteenust ja hooldusravi kodus. Sotsiaalhoolekanne tegeleb hoolekandeesutuste, päevahoiuteenuste, koduhoolduse ja eluasemeteenustega. Kuna rahastamine ja teenuste korraldus tulevad erinevatelt tasanditelt, siis on ühtne koordineerimine seetõttu ka keerukam. Pilootprojektide raames (vt pt. 3.1) on katsetatud ka hoolduskoordinatsiooni, et sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonda paremini lõimida, aga kuna tervishoiusüsteemi hallatakse keskvõimu tasandil ja hoolekandesüsteemi rakendatakse valdavalt kohalikul tasandil, siis on nii horisontaalsed kui vertikaalsed takistused juba „sisse kirjutatud“ (78). Sama probleemi töid välja ka intervjuueeritavad, kes pakkusid olukorra lahendamiseks välja omavalitsuse tasandil suurema koordineeriva rolli ja seda juhtumikorraldaja (hoolduskoordinaatori) rolli rakendamise näol. Intervjuueeritavad pakkusid ka, et inimene võiks oma abivajadusega esmalt pöörduda KOVi, kust talle organiseeritakse vajalikud hindamised ja teenused (62,68). Viimast soovitusi rakendatakse edukalt nii Hollandis (79), Suurbritannias (80), Norras (81) kui mõningal määral ka Soomes. Soomes on suuri pingutusi viimastel aastatel tehtud ka selleks, et kõik tervise- ja sotsiaalhoolekande andmed oleksid lingitaval kujul olemas ning toimiksid ka automaatsed teavitussüsteemid (82).

Abivajadusega inimesel on nii hindamist kui ka erinevaid teenuseid võimalik saada mitmest erinevast kohast ja tasandilt (vt joonis 5). Probleemiks aga sealjuures ongi see, et kuna neid võimalusi on palju, siis on nii abivajajal endal, tema lähedastel kui ka ametnikel keeruline aru saada sellest, kus midagi hinnatakse, osutatakse või kuhu ja millises järjekorras peaks abivajaja pöörduma. Veidi lihtsam on abivajajal siis kui abi vajatakse ainult kas tervishoiu- või sotsiaalhoolekande süsteemist. Kui abi vajatakse kas mõlemast või veelgi rohkematest süsteemidest, muutub selle korraldamine kõigi osapoolte jaoks keerulisemaks ning kaasneb ka olukord, kus abivajaja olukorrast puudub terviklik ülevaade.

SHS-s on välja toodud teenused, mida KOV peab abivajajale tagama, ning üldiselt on need kõigile osapooltele (elanikud, perearst, ametnikud jt) ka teada. Analüüsi käigus läbiviidud intervjuudes toodi välja, et teenusepakkujate puuduse tõttu on mõne teenuse kättesaadavus piirkondade lõikes ebaühtlane (nt mainiti tugiisikuteenust ja tugiisikute puudust) ning seda asjaolu kinnitab ka EPE poolt (84) läbiviidud uuring, mille kohaselt ei olnud abivajajatele kättesaadavad umbes pooled teenused. Sealjuures leiti, et sotsiaalteenuste kättesaadavus on väiksema eelarve ja elanike arvuga omavalitsustes kolm kuni kuus korda piiratum kui suuremates omavalitsustes ning kolmandikus väiksema eelarvega KOVidest polnud kättesaadav mitte ükski erihoolekandeteenus. Teenuste kättesaamatuse põhjusteks on mh finantsvahendite ja spetsialistide puudus, lisaks mainiti olulise probleemina, et teenuste saamiseks esitatakse tihti omaosaluse nõue teenuse eest tasumiseks, mis teenuste korraldaja hinnangul peaks olema sihtgrupile jõukohane, kuid mis tegelikkuses muudab teenuse paljudele kättesaamatuks (84).

Intervjuueeritavad töid välja, et kõige suuremaks probleemiks on need juhtumid, kus inimene vajab erinevaid üksikteenuseid lühikese aja jooksul. Näiteks kui inimene vajab insuldijärgselt logopeedilist abi (kuid puude raskusastme tuvastamine ei ole otstarbekas), võib ta jääda teenuseta, sest perearsti teraapiafond on ära kasutatud ja rehabilitatsiooniplaani teenuse saamiseks ei ole. Ka perearstid kinnitasid selle probleemi

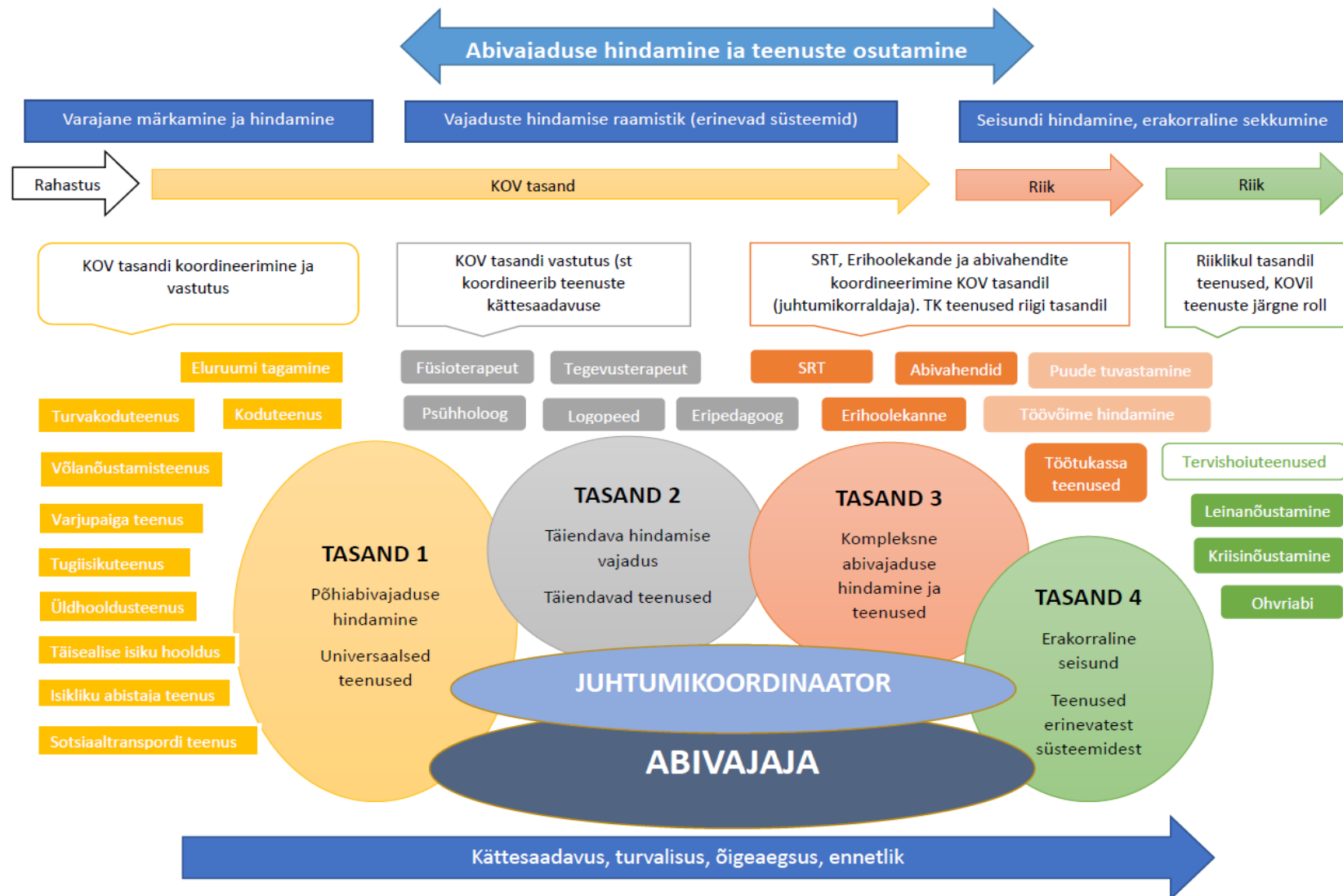
olemasolu, et tihti saab teraapiafond kasutatud ning ainuke võimalus on suunata abivajaja eriarsti juurde, kellelt saaks saatekirja teenusele. Selline tegutsemine võtab pikkade ravijärjekordade tõttu aega ning abivajadus võib selle aja jooksul oluliselt süveneda (85). Teraapiafondi vähest kasutamist tugiteenuste osutamiseks ilmestab ka asjaolu, et näiteks 2017. a. osutati Haigekassa andmete kohaselt logopeedilist teraapiat perearsti praksise kohta keskmiselt 31 korda (sh lapsed) ning keskmiselt sai aastas logopeedi teenust kasutada kolm abivajajat. Intervjueeritavad tegid ettepaneku, et üksikute teenuste osutamine võiks toimuda läbi KOVi, kuna see võiks tagada sujuvama ja kiirema teenusele pääsemise. Niimoodi on olukord lahendatud lastele rehabilitatsiooniteenuste pakkumisel (86), mistõttu tasub kaaluda täiskasvanute puhul analoogse süsteemi rakendamist (62,68). Kuigi erinevad osapooled tõid välja, et inimestel on raskusi üksikutele teenustele pääsemisega, puudub siiski täpne ülevaade, kui paljud inimesed teenustest ilma jäävad.

3.3. Abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise mudel

Nagu eelnevalt kirjeldatud võib inimese abivajadus olla mitmetasandiline (vt Joonis 5) ning see tingib vajaduse abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise parema koordineerimise järele. Lähtudes nii rahvusvahelistest praktikast, Eesti olukorra analüüsist kui ka intervjuude tulemustest, pakume, et abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine võiks olla kategoriseeritud neljaks tasandiks (Joonis 13) ning kõigi tasandite puhul oleks koordineeriv roll omavalitsusel.

- **Esimesel tasandil** toimuks inimese üldine abivajaduse hindamine. See peaks toimuma KOVi tasandil. Sealjuures on oluline, et abivajaja oskaks KOVi pöörduda ja et tema abivajadusega tegeletaks kiiresti, kuna see ennetab tema jõudmist järgmistele tasanditele.
- **Teisel tasandil** tähendab abivajaduse hindamine spetsialistide kaasamist ning inimene võib vajada (enamasti ajutiselt) teenuseid tervishoiu-, töövaldkonna- või haridussüsteemist.
- **Kolmas tasand** eeldab pikemaajalisi kompleksteenuseid (nt rehabilitatsiooniteenus, taastusravi) nii SKAst, TKst, KOVist kui ka tervishoiusüsteemist.
- **Neljas tasand** tähendab, et inimene on erakorralises seisundis ja vajab kohest sekkumist. Selleks võib olla äge terviseprobleem, mille tõttu ta vajab kohest haiglaravi, õnnetusjuhtum, mille tagajärjel ta vajab psühholoogilist kriisinõustamist vms. Olenemata sellest, kas kohest sekkumist pakutakse keskselt (nt EMO, Päästeamet, SKA) või kohalikul tasandil, lasub KOVil siin suur roll, sest KOV peab olema valmis inimese esmase sekkumise järgselt vastu võtma ja tagama talle vajaliku abi.

Pakutav mudel nimetatud tasandite ja teenuste lõikes on esitatud joonisel nr 13. Mudeli üldise loogika kohaselt peaks KOV täitma juhtumi koordinaatori rolli ja seda kõigil neljal tasandil. Seejuures ei pea KOV ise kõiki teenuseid osutama, kuid eesmärgiks peaks olema abivajaja kohta kogu olulise info omamine ning vajadusel sekkumine. Täpsem mudeli kirjeldus on toodud allpool.



JONIS 13. ABIVAJADUSE HINDAMISE JA TEENUSTE OSUTAMISE MUDEL NELJA TASANDI LÕIKES

Tabelis 12 on esitatud pakutud mudeli nelja tasandi teenused, rollijaotus riigi ja KOVi vahel ning peamised eeldused selle toimimiseks.

TABEL 12. MUDELI SISU, ROLLIJAOTUS JA EELDUSED

Tasand	Teenused	Roll ja vastutus	Eeldused
Tasand 1	KOV-i tasand peab minimaalselt tagama järgmised teenused: koduteenus, väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus, tugiisikuteenus, täisealise isiku hooldus, isikliku abistaja teenus, varjupaigateenus, turvakoduteenus, sotsiaaltransporditeenus, eluruumi tagamine, võlanõustamisteenus, lapsehoiuteenus, asendushooldusteenus, järelhooldusteenus.	Vastutab KOV (nii korraldus kui rahastus). Praegu toimib SHS järgi.	Praegu juba toimiva süsteemi tugevdamine, eelkõige teenuste kättesaadavuse osas.
Tasand 2	Inimesed, kes vajavad üksikuid teenuseid, nt logopeed, psühholoog, füsioteraapia, tegevusteraapia, eripedagoog jne.	Uus roll KOVi jaoks. KOV peaks teenuseid nii korraldama kui ka rahastama. Sealjuures võib teenuse otstarbekuse ja vajaduse sisend tulla hoopis TH süsteemist, kuid oluline on, et teenus saaks KOV tasandil korraldatud.	Juhtumikoordinaatori olemasolu, andmete liikumine (infosüsteemide arendus).
Tasand 3	Inimesed, kes vajavad kompleksteenuseid. SRT Abivahendite soetamine Erihoolekandeteenused TK poolt pakutavad teenused	KOVil on abivajaduse hindamisel koordineeriv roll, sh vajadusel suunab teenustele ja tagab kogu protsessi sujuvuse erinevate süsteemide vahel. Riik vastutab teenuste osutamise eest.	Juhtumikoordinaatori olemasolu, andmete liikumine (infosüsteemide arendus).
Tasand 4	Kõik vältimatut sekkumist nõudvad teenused nagu näiteks tervishoiuteenused, ohvriabiteenus, kriisinõustamine, leinanõustamine. Abivajaja siseneb teenusele sageli väljaspool KOVi asuvate institutsioonide kaudu (politsei, kiirabi, tervishoid, Eluliin jne).	Kuna tegu on erakorraliste teenustega ja inimene siseneb tihti riiklike institutsioonide kaudu, siis peaksid need teenused jääma riigi korraldada ja rahastada. Teenuse saamise järel antakse inimene KOVile üle.	Neljanda tasandi teenuseosutaja peab saama teenuse lõppedes inimese sujuvalt omavalitsusele üle anda – näiteks juhtumikoordinaatorile.

Tabel 13 kirjeldab, kuidas mõjutaks eelpool kirjeldatud mudelile vastav ülesannete jaotus teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti.

TABEL 13. MUDELILE VASTAVA ÜLESANNETE JAOTUSE MÕJU TEENUSTE KÄTTESAADAVUSELE JA KVALITEEDILE

Ülesanne	Korraldus	Kvaliteet ja kättesaadavus
Abivajadusest märku andmine ja abivajaduse hindamine (1. ja 2. tasand)	Inimene saab pöörduda igasuguse abivajaduse korral KOVi.	KOV-i sotsiaaltöötaja ja/või juhtumikoordinaator mõistab kõige paremini kohalikku eluolu ja kohalike inimeste vajadusi.
Teenuste korraldamine (1. ja 2. tasand)	Esimese taseme teenused peaksid KOVi tasandil juba praegu olemas olema, teise tasandi teenused on hetkel pigem juhuslikud. 1. ja 2. taseme abivajadust ja teenuseid peaks suutma KOV nii finantsiliselt kui korralduslikult hallata, eriti kui juurde tuleks juhtumikoordinaatori kompetents.	KOVile ülesande andmisel peab arvestama, et kuna teenuseosutajate kättesaadavus on kohati keeruline, siis võivad inimesed jääda ilma teenusteta. KOVis on parem ülevaade abivajaja lähikonna ja kogukonna kaasamise võimalustest. Suurimaks riskiks on siinkohal teenuseosutajate leidmine, kes osutaksid üksikteenuseid (logopeed, füsioterapeut, psühholoog jne).
Komplekshindamise koordineerimine (kõik tasandid)	Inimene pöördub abivajaduse korral KOVi, kes suunab ta õigele (sh SKA ja/või TK) hindamisele ja vajadusel korraldab teenuste saamise.	Abivajaduse hindamise kvaliteet võib muutuda ebavõrdsemaks olukordades, kus antud teenusepakkujad on väga detsentraliseeritud ning puudub ühtne toimimine. Tsentraalselt hallatava hindamisteenuse sisse ostmise puhul on tagatud ka võrdsem kvaliteet (nt SKA poolt koordineeritud hindamine).
Erakorraliste (kiiret sekkumist vajavate) juhtumitega tegelemine (tasand 4)	4. taseme korral ei pea alati küll KOV ise tegutsema (eriti, kui tegu on meditsiinilise sekkumisega või kui inimene satub teenusele kiirabi, politsei, Eluliini vms kaudu), kuid tal on nõ turvavõrgu roll: inimese teenuselt saabudes hoolitseb selle eest, et ta ei jääks abita.	KOVil peaks olema ülevaade kõigist kriitilistest teenustest, mida riik erakorralises situatsioonis pakub, kuhu saaks abivajaja suunata ja samuti võiks KOVil olla olemas strateegiline plaan kriisisituatsioonides tegutsemiseks (sh mis laadi teenuseid KOV ise suudab pakkuda jms).

Kuna eelpool kirjeldatud mudeli rakendamise juures on kesksel kohal juhtumikoordinaatori roll, siis tuleb see riiklikul tasandil kokku leppida ja kirjeldada (vältimaks piirkondliku ebavõrdsuse suurenemist). Tegemist on uue ja täiendava funktsiooniga KOV tasandil – sellega seonduvate ülesannete täitmist ei ole otstarbekas määrata täiendavaks koormuseks olemasolevatele KOV sotsiaalvaldkonna spetsialistidele. Joonisel 14 on välja pakutud juhtumikoordinaatori rolli kirjeldus mudeli erinevate tasandite lõikes, samuti on esitatud selle rolli täitmiseks vajalik kompetents. Praegu töötavatel sotsiaaltöötajatel sellised teadmised ja oskused puuduvad ning ka nende olemasolev töökoormus on suur, mistõttu oleks tegemist uue, täiendava ametikohaga. Sellise rolli toimimiseks on vajalik luua (täiend)õppekava, mille raames vajalikud teadmised ja oskused on võimalik omandada ning mis tagaks vajalike kompetentsidega inimeste olemasolu. Pikemat ajaraami silmas pidades oleks võimalik täiend koolitada ka praeguseid TK ja SKA juhtumikorraldajaid, kes saaksid siis edukalt juhtumikoordinaatori rolli täita.

JUHTUMIKOORDINAATOR

Juhtumikoordinaator tunneb kõiki erivajadusega inimesele abivajaduse tagamiseks oluliste süsteemide toimimist (tervishoid, sotsiaalhoolekanne, töötamine, haridus) ja teab kus süsteemis milliseid teenuseid pakutakse. Samuti oskab juhtumikoordinaator suunata abivajaja asjakohasele hindamisele ja omab abivajaja kohta kogu asjakohast informatsiooni mis on vajalik abivajaduse tagamiseks. Juhtumikoordinaator peab tagama, et abivajaja saaks võimalikult kompaktselt hindamise ja teenused vähesema vaevaga ühest kohast.

I TASAND Juhtumikoordinaatori roll ei ole suur, vajadusel suunab teistelt tasanditelt esimese tasandi teenustele.	II TASAND Juhtumikoordinaatori roll on suurem, kuna sellel tasandil on ta vastutav teenuste kättesaadavuse eest. Teenuse vajadust hindab küll vastav spetsialist, kuid juhtumikoordinaator peaks jälgima, et inimene kindlasti ka teenust saaks.	III TASAND Juhtumikoordinaatori roll on suur, kuna ta omab täit ülevaadet abivajaja hindamise tulemustest ning teenuste vajadusest. Samuti omab ta ülevaadet sellest, mis teenuseid inimene vajab TH süsteemist ning seisab selle eest et kõik teenused oleksid abivajajale kättesaadavad.	IV TASAND Juhtumikoordinaator on see osapool, kelle juurde saab IV tasandi teenuseosutaja abivajaja suunata pärast teenuse lõppemist. Seejärel võtab juhtumikoordinaator abivajaja nõ üle ning korraldab talle vajadusel teenused esimeselt kolmelt tasandilt.
--	---	---	---

JOONIS 14. JUHTUMIKOORDINAATORI ÜLESANDED ERINEVATEL TASANDITEL

Tabelis 14 on kokkuvõtvalt esitatud olemasoleva olukorra ja pakutud mudeliga kaasneva olukorra kirjeldused.

TABEL 14. MUDELIGA KAASNEVAD MUUTUSED

Mudeli tasand	Praegune olukord	Muutus
Tasand 1	SHS-s on välja toodud teenused, mida KOV peab osutama.	Olulist muutust senisega võrreldes ei toimu. Lisandub ainult juhtumikoordinaatori roll, kes vajadusel suunab inimese esimese taseme teenustele.
Tasand 2	Praegu on võimalik üksikteenuseid (vt joonis 13) saada vaid perearsti ja eriarsti kaudu. Perearsti kaudu teenusele saamist mõjutab tugevalt teraapiafondis raha olemasolu.	Teenuse vajaduse hinnang võib tulla nii perearstilt, eriarstilt kui ka teistelt asjakohastelt spetsialistidelt. KOV (juhtumikoordinaator) vastutab, et abivajaja vajalikku (üksik)teenust saaks.
Tasand 3	Inimene peab abivajaduse hindamiseks ja teenuste saamiseks nägema ise palju vaeva ja pöörduma erinevate institutsioonide poole (SKA, TK, KOV).	Juhtumikoordinaator on esimeseks ukseks, kuhu abivajaja pöördub ja kes hindab ära tema üldise abivajaduse ja nõustab inimest edasise tegevuse suhtes. Hindamise tulemusel aitab juhtumikoordinaator inimesele otsida sobivad teenusepakkujad ja tagab, et inimene saaks vajalikud teenused (nt sotsiaaltransport, vajadusel majutus vms). Pikemas perspektiivis võiks juhtumikoordinaator suuta ka inimese ise otse suunata töövõime hindamisele või puude raskusastme tuvastamisele.

Tasand 4	Inimene vajab mis iganes põhjusel erakorralisi teenuseid (vt joonis 13) ja sealjuures võib ta nendele teenustele sattuda erinevate tasandite kaudu (politsei, kiirabi, päästeamet, Eluliin vmt)	Olenemata sellest, kust inimene 4. tasandile satub, peale erakorraliste sekkumiste saamist võtab KOV (juhtumikoordinaator) inimese enda hoole alla, ja täidab nõ turvavõrgu rolli, kus ta teab inimese seisundit riikliku teenuse lõppedes ja oskaks kohe asjakohaseid vajalikke teenuseid KOV tasandil pakkuda.
-----------------	---	--

3.4. Ülesannete üleandmine KOVidele

OECD on soovitanud ülesannete eristamisel kasutada järgmist klassifitseerimist: munitsipaalatasand (meie mõistes KOV), piirkondlik tasand (maakond) ja regionaalatasand (nt Lõuna-Eesti regioon) (1). Sotsiaalhoolekande teenuste osutamise kontekstis peaks toimuma nii omavalitsuste omavaheline kui ka piirkondlik koostöö. Riigil peab koostöömudelil olema roll KOVide maakondliku ja piirkondliku koostöö toetamisel, mis aitaks omavalitsustel abivajaduse hindamise ja teenuse osutamisega seotud väljakutsetega toime tulla. Intervjuude käigus selgus, et KOVidel puudub tihti omavaheline koostöö selliste probleemide lahendamiseks. Kui ühel omavalitsusel ei ole piisavalt abivajajaid, et teenuse osutamine oleks mõttekas, oleks võimalik seda teenust jagada teiste naaberomavalitsustega. Võimalik, et kõiki teenuseid polegi mõistlik pakkuda KOVi tasandil ja mingid teenused võiksid toimuda maakonna või riiklikul tasandil. Eriti kriitiliselt peaks siinkohal vaatama spetsiifiliste teenuste osutamist olukorras, kus paljudes KOVides on probleeme just vajamineva teenusepakkuja leidmisega (62,68).

Abivajaduse hindamise ja teenuste osutamisega seotud süsteemi peaks kaasama nii kohalikul kui regionaalsel tasandil erinevad osapooled, kes panustavad valdkonna arengusse oma spetsiifiliste teadmiste kompetentsidega. Samas kirjeldati intervjuudes asjaolu, et enne täiendavate rollide andmist tuleks täita rida eeldusi, mida saab tagada vaid riiklikul tasandil (nt teenusepakkuja koolitus, andmekaitse seaduse muudatus, ühtsed infosüsteemide arendused jne). Intervjueeritavad rõhutasid, et arvestades meie KOVide suuruste erinevust ja võimekust, peaks eelnevalt põhjalikult kaaluma muudatuste võimalikku kasu ja kahju. Võib mõelda kohe teenuste maakondlikul tasandil ümberkorraldustele (62,68).

2015.-2017. aastal tehtud haldusterritoriaalse reformi järgselt oleme jätkuvalt olukorras, kus on säilinud olulised erisused Eesti 79 kohaliku omavalitsuse üksuste vahel – 16 omavalitsuse rahvaarv on alla 5000 elaniku, 36 omavalitsuse rahvaarv vahemikus 5000-11 000 ning 27 omavalitsuses elab enam kui 11 000 elanikku. Linnade ja valdade tulubaas on otseses sõltuvuses elanike arvust ning riigieelarvest eraldatavad tasandus- ja toetusfondi eraldistest. Omavalitsuste võimekuse ebaühtlust süvendavad regionaalsed erisused, seda toetavad demograafilised trendid, sh rahvastiku kahanemine ja vananemine. Viimane ei toimu ruumiliselt ühtlaselt: üldise kahanemise taustal paistavad silma teatud piirkonnad, mis hoopis võidavad elanikke. Eestis kasvavad Tallinna, Tartu ja Pärnu ümbritsevad alad. Eesti rahvastiku üldise kahanemise (vähenemise ja vananemise) ning rändetrendide pikaajalise püsimise tulemusena on Eesti asustussüsteemi äärealadel märkimisväärselt tõusnud vanemaealise elanikkonna osatähtsus. 2011. aastal on alla 65-aastase rahvastiku osatähtsus alla 15% üksnes Tallinna lähema ja kaugema mõjuala paikkondades ning Tartu ja Pärnu tagamaal. 2017. aastal on üle Eesti palju väikeasulaid, kus vanemaealiste osatähtsus on kolmandik või rohkem (87).

Vaatamata eelpool kirjeldatud jätkuval ebaühtlusele loob 2015.-2017. aastal tehtud haldusterritoriaalsete ümberkorralduste tulemusena välja kujunenud omavalitsussüsteem eeldused, et käivitada protsess omavalitsustele täiendavate rollide andmiseks. Haldusreformi käigus muutusid KOVi kohati võimekamaks ja seda saab ära kasutada. Ühinemiseelsete omavalitsuste hoolekandevaldkonna spetsialistid pidid tihti vastutama kogu KOVi kohustuste hulka kuuluva teenusespektri eest nii sihtrühmade kui tööloikude osas. Ühinemise järgselt on laiemalt levinud sihtrühmapõhine spetsialiseerumine ning valdkonnajuristi rakendamine. Ka analüüsi käigus antud intervjuudes väljendasid omavalitsuste esindajad üldist valmisolekut ümberkorraldusteks, mis annaks neile suurema rolli abivajaduse hindamises ja sellega seotud teenuste süsteemis. (62,68).

Nii intervjuude kui toimunud Mõttehommiku käigus rõhutati, et täiendavate rollide täitmise esmaseks eelduseks on vastavate kompetentsidega tööjõu olemasolu. Viidati, et omavalitsusel on raske värvata ka tänaste hoolekandevaldkonna ülesannete täitmise jaoks vajalikke spetsialiste. Leiti, et tänases süsteemis puudub piisav hulk vastavate teadmiste ja oskustega spetsialiste (eelduseks mh sotsiaalhoolekande- ja tervishoiusüsteemi tundmine), kes suudaksid omavalitsustes tegeleda mitmetasandilise süsteemi koordineerimisega – selleks on vajalik vastavate kompetentsidega spetsialistide ettevalmistamine kõrg- või kutseharidussüsteemi ja/või täienduskoolituste kaudu. Viimane eeldab valdkondliku tööjõu kompetentside kaardistamist ja koolitusvajaduse hindamist, millest kujuneb omakorda sisend õppekavade koostamisse/uuendamisse või koolitusprogrammide koostamisse. Võtmekompetentsid on siinkohal hea ülevaade kogu süsteemi toimimisest ja üldteadmised selle osadest – muuhulgas ka meditsiinisüsteemi toimimisest, mis annaks suutlikkuse suunata abivajaja kõige õigema spetsialisti juurde nii abivajaduse hindamiseks kui teenuste tarbeks, lisaks IT-oskused (andmebaaside haldus, infovahetus) ning koostöö- ja suhtlemisvõimekus. Järgnevalt on tabelis 15 kokkuvõtlikult kirjeldatud erinevate võimalike KOVi üleantavate ülesannetega kaasnevate vajalike tegevuste mõjud.

TABEL 15. ÜLESANDE ÜLEANDMISEGA KAASNEV MÕJU

Tegevus	Positiivne mõju
Abivajakeskne koordineerimine ning kõigi osapoolte jaoks kättesaadava ühise inforuumi loomine.	Omavalitsustel paranevad võimekus ja ressurss, et võtta enda kanda roll toimida abivajajate jaoks peamise kontaktpunktina ja teistele osapooltele süsteemi koordineerijana.
Omavalitsuste võimekuse ja kompetentside kasvatamine.	Täiendav valdkondlik spetsialiseerumine – abivajadusega seotud sisuliste ja juriidiliste kompetentside tugevnemine KOVides.
Ühise infovahetuse süsteemi loomine, mis võimaldaks saada paremat infot abivajajate kohta ning selle baasil ka juurutada juhtumikoordinaatorite tööd.	Infovahetus toimub erinevate hindamisprotseduuride vahel, KOVi ametnik pääseb infole ligi ja suudab nii koordineerida tegevusi kõige efektiivsemalt.
Riigi poolt on tagatud abivajaduse hindamisinstrumentide olemasolu.	KOVi ametnikel on kindlad ja ühetaolised tegutsemisjuhised abivajaduse hindamiseks ja edasisuunamiseks. Seda ka keerulisemate juhtumite korral. Muudab KOVide tegutsemise tõhusamaks ja vähendab regionaalseid erisusi.
KOVide omavahelise koostöö parandamine ja riiklikult koordineerimine. Maakondliku koostöötasandi tugevdamine.	KOVi planeerivad ühiselt teenuseid, millega KOV üksinda hakkama ei saaks või ei suudaks kvaliteeti tagada.

Alustatakse vastavate kompetentsidega spetsialistide (juhtumikoordinaator) ettevalmistamisega kõrg- või kutseharidussüsteemi ja/või täienduskoolituste kaudu.	Annab KOVile kvalifitseeritud spetsialistide toel suutlikkuse suunata abivajaja kõige õigema spetsialisti juurde nii abivajaduse hindamiseks kui teenuste tarbeks.
Sotsiaalvaldkonna atraktiivsemaks muutmine läbi mainekujunduskampaaniate vms kaudu.	Sotsiaaltöötajate amet on senisest enam väärtustatud, see vähendab valdkondlikku tööjõupuudust.
Riiklikul tasandil toimub pidev valdkondliku arengu jälgimine, strateegilise suuna kujundamine ja koostöövõrgustike toetamine.	Võimaldab riiklikult õigel ajahetkel sekkuda ja vajadusel toetuste süsteemi muuta.

Peamine lisaväärtus süsteemi ümberkorraldamisele viisil, kus KOVidel on senisest kandvam roll, on **lähimuspõhimõte**. Abivajaja nõ siseneb süsteemi talle kõige lähemal olevalt valitsustasandilt (va neljanda tasandi korral, mille korral võib see sisenemine ka mujalt olla), kus eelduslikult tuntakse kohalikke olusid (sh abivajajate toetamise vajadusi ja võimalusi) kõige paremini ning toimub süsteemi koordineerimine abivajaja vajadusi ja selle dünaamikat (eri tasandite vahel liikumine) arvestades (88). Järgnevas tabelis 16 on kokkuvõtlikult välja toodud peatükis 3.4 viidatud ülesannete kohalikule tasandile korraldamiseks andmise positiivsed ja negatiivsed mõjud.

TABEL 16. ÜLESANNETE KOHALIKULE TASANDILE KORRALDAMISEKS ANDMISE POSITIIVSED JA NEGATIIVSED MÕJUD

	Positiivsed	Negatiivsed	Riskid
Ülesannete täitmise kasutegur ühiskonnas	Inimene pöörduv abivajaduse ilmnemisel esmalt KOVi: - märkimisväärne aja kokkuhoid; - teenuste osutamisse saab kaasata kohalikku kogukonda; - lisaks kohustustele lisanduks KOVile vastutus; - lisaväärtuseks on lähimuspõhimõte, abivajajale on teenus kõige lähemal.	Vähematraktiivsetes piirkondades on suurem tööjõupuudus ning ebavõrdsus KOVide vahel suureneb veelgi. Sellisel juhul KOVile uusi ülesandeid juurde andes jääksid kaotajaks pigem abivajajad.	KOV ei leia asjakohast tööjõudu, kes oskaks abivajajat komplekselt hinnata ja suunata edasi vajalike teenuste juurde.
Teenuste kättesaadavus ja kvaliteet	Kohalikud teenusepakkujad mõistavad kohalikku eluolu ja inimesi; Spetsiifiliste teenuste (nt logopeed, füsioterapeut jne) osutamiseks hakkavad KOVid tegema koostööd naaberomavalitsustega; KOVil on kõige parem pilt inimese abivajaduse vajadusest ja võimalustest; Teenused muutuvad inimesekeskseks ja kvaliteet paraneb;	KOVil ei ole terviklikku ülevaadet inimese kohta, kuna puudub ligipääs erinevatele registritele; Teenused lähevad välisriikide praktika näitel kallimaks.	KOV ei suuda tagada kõiki vajaminevaid teenuseid, eriti väga spetsiifilisi ja kalleid teenuseid; KOVil on raske palgata vajalikke spetsialiste.

	Süsteemi koordineerimine arvestab abivajaja vajadusi ja selle dünaamikat (eri tasandite vahel liikumine).		
Mõju kasusaajatele	Abivajajal on teada, et esmalt peab ta pöörduma KOVi ning vajadusel aitab KOV korraldada kogu abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise.	KOVis puudub valmisolek tegeleda keerulisemate probleemidega.	KOVide erinev võimekus, mõnede KOVide abivajajad on eelistatud seisus - KOVis on kõik teenused olemas, on neid, kes võivad abita jääda

Mudeli raames välja pakutud KOV-koordineerimisfunktsiooni rakendamise piirkonnaks on omavalitsusüksus. Pikas perspektiivis on oluline, et kõigis omavalitsustes oleks see funktsioon täidetud. Vaid sellisel viisil kohaldub maksimaalsel määral lähimuspõhimõtte ja abivajajakeskse lähenemise printsiip. Arvestades asjaolu, et meil ei ole praegu veel Eestis ühtegi juhtumikoordinaatori funktsiooniga (ja kompetentsiga) inimest ja neid lähiaastatel kindlasti kõikidesse KOVidesse ka koolitamise tulemusel ei jagu, siis on oluline koostöö mudeli juures arvestada ka seda, et KOVid (eriti väiksemad) saaksid juhtumikoordinaatoreid omavahel vähemalt alguses jagada. Seda, kui palju juhtumikoordinaatoreid Eestis vaja üldse oleks, peavad osapooled esmalt kokku leppima riiklikul tasandil. See võiks käia sarnaselt lastekaitse spetsialistidele, kus vastav number on olemas ja KOVid peavad tagama kindla arvu lastekaitse töötajate olemasolu. Sotsiaaltöötajate kohta selline arv puudub ja see on kaasa toonud ka olukorra, kus KOVides on väga erinev arv sotsiaaltöötajaid abivajajate kohta ning seetõttu on ka teenus piirkondade lõikes erineva kättesaadavuse ja kvaliteediga. Juhtumikoordinaatorite jaotusmudeli väljatöötamisel tuleks kindlasti arvesse võtta eelpool väljatoodud regionaalseid erisusi. Peale seda, kui osapooled on kokku leppinud juhtumikoordinaatorite optimaalse vajaduse ja selle aluspõhimõtted, saab töötasustatistika ja palgauuringute alusel kalkuleerida KOVidele hüvitatava palgafondi ulatuse.

Sellegipoolest on mudeli tervikliku funktsioneerimise tugitegevuste raames oluline koostöö ja partnerlus ja seda eelkõige teenuste pakkumisel - abivajaduse valdkonnas on mitmeid spetsiifilisi teenuseid (näiteks kliiniline psühholoog, kõnnirobot), mille osutamise tagamist saab läbi mastaabiefekti tekitamise toetada. Siinkohal on oluline nii KOV-KOV koostöö kui ka KOVide koostöö riiklike sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna institutsioonidega.

2017. aasta haldusreformi järgselt on oluliselt muutunud regionaalse valitsemise korraldus – maavalitsuste tegevus lõpetati ja osa nende endiseid ülesandeid anti üle maakonna kohalike omavalitsuste koostöötasandile. 2020. aastal koostatud „Eesti regionaaltasandi analüüs“ (83) tõdetakse, et suuremat muutust, kus oluliselt kasvaks kohalike omavalitsuste roll regionaalse või ka piirkondliku mõõtmega ülesannete täitmisel, ei ole toimunud. Samuti ei ole toimunud ümberkorraldusi riigi keskvalitsuse tasandil regionaalses valitsemises. Analüüs hindas erinevate teemavaldkondade, sealhulgas sotsiaalhoolekande ja regionaalse halduse territoriaalsete tasandite võimalikke mõjusid ja teostatavust. Sotsiaalhoolekande valdkonnas leiti, et sobivam regionaalne koostöötasand oleks maakond - maakondlik tasand omab olulist positiivset mõju Eesti regionaalse halduskorralduse subsidiaarsusele ning piirkondlikule identiteedile ning on sobiv esmatasandi üksustest suuremat mastaapi nõudvate, kuid olemuslikult KOVi ülesannete täitmiseks.

Optimaalne koostööpiirkond teenuste kättesaadavuse tagamiseks on üldjuhul maakond (Lääne-Eestis ka piirkond), et vältida olukorda, kus vajalikud teenused on kättesaadavad vaid suuremates linnades.

3.5. Muudatuste vajadus

3.5.1. Ekspertide ettepanekud muudatusteks

Mõttemaailma formaadis välja töötatud ekspertide ettepanekud, kuidas saaks erivajadustega inimeste abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine toimuda parimal võimalikul moel, mis on eelpool kirjeldatud mitmetasandilise mudeli tõhusta rakendamise eelduseks, saame ülevaatlikult esitada järgmiselt:

1. Seadusandlus – oluline on nii rolliselt erinevate tasandite ja osapoolte vahel kui andmekaitse küsimused, mida seadusandlusega saab paremini reguleerida. Hetkel on palju infot, kuid õiguslikku alust selle jagamiseks ei ole, mistõttu abivajaja peab igas asutuses oma vajadusi uuesti selgitama. Andmed peaksid liikuma erinevate institutsioonide vahel ja inimesel peaks olema õigus neid jagada esimeses kontaktpunktis, kus ta need esitab.
2. Infosüsteemid – andmed peavad olema riskasutuses ja infosüsteemid seda võimaldama. SKA, TK, Rajaleidja, tervishoiu institutsioonid ja KOV peavad saama omavahel andmeid vahetada, vastasel juhul ei ole KOVil võimalik koordineerimisfunktsiooni täita ja abivajaja liikumist süsteemis toetada. Kui üks amet on abivajaja kohta andmed kirja pannud, siis neid temalt uuesti küsima ei peaks.
3. Hindamismetoodika – oluline on ühtne hindamismetoodika ning jagatud kvaliteetsed tööriistad, mis tagavad inimeste võrdse kohtlemise ning mida iga KOV ei pea ise looma. KOV saab teostada esmase hindamise, kaasates vajadusel keerukama pädevusega spetsialistid või suunata riiklikule tasandile. Hindamisinstrumentidena ei saa olla kasutusel vaid üldised/ universaalsed hindamisinstrumentid, vajalik on valmisolek ja julgus kasutada ka spetsiifilisemaid. Selliste instrumentide loomine eeldab investeringuid, mida on mõttekas teha keskselt, samuti on oluline koostöö ja võrgustik.
4. Koostöö ja partnerlus teenuste pakkumisel – nii riik-KOV kui ka KOV-KOV tasandil, aga ka nt sotsiaaltöötaja – kodaniku vahel. Digiteenuste ja spetsiifilisemate teenusmodelite väljatöötamine peaks toimuma keskselt ja suunatult. Võrgustikutööd tuleb soodustada nii laialt kui võimalik, sest valdkonna spetsialiste on pigem vähe, eriti spetsiifilisemate kompetentside puhul. Oluline on ka KOVide omavaheline koostöö (näiteks maakonna tasandil ühiselt spetsialistide värbamisel) ja kogemuste vahetus. Vähem tähelepanu on saanud võrdse partnerluse idee sotsiaaltöötaja ja abivajaja suhtes. Mõlema osapoole pädevused vajavad toetamist. Ka kvaliteetsed teenusepakkujad ei sünni nõ üleöö, need saavad tekkida järk-järgult ning nende tekitamisega tuleb teadlikult tegeleda (nt alustades miinimumnõuetest ja liikuda sealt sammhaaval edasi).
5. Teenuseosutajate pädevus ja piisavus – oluline on nii sotsiaaltöötajate rolli kui võimekuse toetamine. Palju saab siinkohal teha just keskselt, alustades teenuseosutajate erialasest ettevalmistusest ja väljaõppest, mis peab vastama vajadustele ja ootusele. Valdonna ja positsiooni maine on samuti midagi, mida saab teadlikult toetada – seda meedias populariseerides kui pakkudes ka nt toetusi/ stipendiume põhjalikumaks väljaõppeks. Need võimalused on olemas nii riiklikul kui KOV tasandil.
6. Rahastusmudel - vajadus arvestada erinevate omavalitsuste/ piirkondade eripärasid, tagada jätkusuutlik põhirahastus (vs projektipõhine) ning paindlikkus, et tulla toime ootamatustega. Täpsemalt võtame rahastusega seonduvad küsimused tähelepanu alla järgmises alapeatükis (4.3.2).

7. Abisaaja teadlikkuse tõus - abisaajate pädevuse tõstmine ei olnud küll sageli mainitud, kuid väärrib kindlasti teadvustamist. Parem teadlikkus muudab koostöö tõhusamaks, tulemusena tõuseb abivajaja võimekus võtta vastutust ja seeläbi suureneb tema autonoomsus.

Ekspertide grupitööde koondtulemused on esitatud Lisas 4.

3.5.2. Rahastus

Üldiste avalike teenuste funktsioon hõlmab üldjuhul kohaliku omavalitsuse halduskulusid - omavalitsuste ametnike palku, avalike hoonete hooldamist jne. Selle funktsiooniga seotud kulud võivad olla kohaliku omavalitsuse kulude omavaheliseks võrdluseks. Need näitajad varieeruvad 9–50% ja ELis 28 keskmiselt 14%. Tuleb arvestada ka täiendavate teguritega, nagu munitsipaalasutuste arv ja koosseis, samuti selle funktsiooni kaudu rahastatud üksused (89).

Jätkusuutlikku rahastusmudeli väljatöötamisel, mis sobituks tänase KOVide rahastamise süsteemiga, tuleb muuhulgas arvestada ka Eesti demograafiliste trendidega ning nende regionaalsete erinevustega. Omavalitsuste finantsautonoomia tugevdamine läbi maksumeetmete (sh tulumaksuosa tõstmine) on küll jätkuvalt asjakohane, kuid abivajadustega seotud ümberkorralduste rahastamiseks ei ole see sobiv. Piirkondades, kus abivajajaid on proportsionaalselt rohkem, võivad vahendid nende aitamiseks olla väiksemad. Lisaks tuleb arvestada sellega, et omavalitsuste motivatsioon lisandunud tulumaksuosa just abivajadusega seotud valdkonda suunata võib samuti olla erinev (sellele viidati intervjuudes). Võrreldes tulubaasi tõstmise (või muu maksusüsteemi ümberkorraldusega) eeldab see rohkem ressursi süsteemi administreerimiseks, kuid on abivajadusega seotud ümberkorralduse kontekstis eesmärgipärasemad.

Vastavalt Euroopa Liidu muudetud eelarvetoetuse suunistele ja metoodilisele märkusele võib detsentraliseerimise, kohaliku valitsemise ja territoriaalse tegevuse toetamiseks kaaluda kolme tüüpi eelarvetoetusi (90):

- tüüp 1: eelarvetoetus detsentraliseerimise reformidele ja kohalike omavalitsuste süsteemide arendamisele;
- tüüp 2: eelarvetoetus detsentraliseeritud teenuste osutamiseks;
- tüüp 3: eelarvetoetus kohapõhisele arengule/ kohalike omavalitsuste territoriaalse arengu poliitikale.

Eelarvetoetus detsentraliseerimise reformidele ja kohalike omavalitsuste süsteemide arendamisele

Eelarvetoetust võib anda selleks, et aidata rakendada detsentraliseerimise reformi ja KOVide poliitikat erinevate programmide kaudu. Nende programmide ulatus on eelarvetoetuse kolmest liigist potentsiaalselt kõige laiem, kuid praktikas võib see sõltuda:

- detsentraliseerimise reformide poliitilisest põhjendusest;
- valitsuse arusaamast detsentraliseerimisest, KOVide autonoomiast ja arenguvajadusest selles vallas;
- KOVide omavahelisest koostööst ja KOVi ning riigi omavahelisest koostööst.

Kui kõigi tasandite ühine eesmärk on detsentraliseerimise tugevdamine, siis sobib esimene tüüp eelarvetoetus hästi. Sealjuures on väga oluline, et oleks tagatud poliitiline stabiilsus ja prioriteetsel kohal peaks olema KOVi tasandi tugevdamine (91).

Eelarvetoetus detsentraliseeritud teenuste osutamiseks

Eelarvetoetust võib anda selleks, et aidata kavandada ja rakendada KOVide poliitikat ja programme, mis toetuvad detsentraliseeritud, mitmetasandilistele rakendussüsteemidele. Need programmid võivad püüda tugevdada kohalikke süsteeme, samuti võimaldada osutada piirkonnas võimalikult suure spektriga avalikke teenuseid. Üldiselt sisaldab selle eelarvetoetuse tüüp kahte meetmete komplekti:

- programmihalduse ülesannete detsentraliseerimine keskasutuste riiklikele harudele;
- peamiste planeerimis- ja rakendusülesannete lepingulise delegeerimise vormid kohalikele omavalitsustele.

Viimane meede rakendab mitmetasandilise valitsemise kontseptsiooni ja võimaldab kohalikel omavalitsustel kasutada oma suhtelisi eeliseid (st kohalike prioriteetide mõistmine ja kohalike ressursside kasutamine) riiklike eesmärkide saavutamisel. Delegeerimiskord võib olla ka kõige tõhusam viis kohaliku suutlikkuse suurendamiseks ning järk-järgult konkreetsete funktsioonide ja ülesannete täielikuks üleandmiseks (92).

Eelarvetoetus kohapõhisele arengule/ kohalike omavalitsuste arengu poliitikale

Eelarvetoetuse toimingud võivad aidata kujundada ja rakendada kohapõhist poliitikat kohaliku arengu edendamiseks. Need saavad otseselt toetada piirkonna eripäradest tulenevaid tegevusi ja võimaldavad sihtotstarbelisemat rahastamist (93).

Eelarvetoetuse kasutamine kohaliku arengupoliitika toetamiseks oleks oluline uuendus. See lokaliseeriks eelarvetoetuse ja aitaks valitsusel realiseerida oma detsentraliseerimisega seotud strateegilised eesmärgid. Eelarvetoetuse kasutamine oleks eriti asjakohane nendes piirkondades, kus suurenev ruumiline ja sotsiaalne ebavõrdsus ohustab sotsiaalset ühtekuuluvust ja poliitilist stabiilsust ning nõuab nende lahendamiseks uuenduslikke piirkondliku/ kohaliku arengu strateegiaid. Selle rakendamine eeldab mõnede peamiste kontekstitingimuste täitmist. Selliseid eelarvetoetuse toiminguid võib seetõttu olla lihtsam arendada suhteliselt arenenumates oludes ja on kasulikumat suurematele, võimekamatele kohalikele omavalitsustele (suurlinna ja piirkondlikud omavalitsused või kohalike omavalitsuste mitme jurisdiktsiooniga konsortsiumid) (94).

Eelpool kirjeldatud aspektid olid küll seotud ELi tasandil väljatoodud erinevate eelarve rakendamise strateegiatega, kuid antud töö kontekstis ei ole eesmärgiks teha ettepanekuid detsentraliseerimisega seotud finantsmudelite arendamiseks. Küll aga tulid erinevad finantsidega seotud aspektid välja intervjuudest ja sealjuures ei rõhutatudki niivõrd rahaliste ressursside puudust, pigem oli palju suuremaks probleemiks kompetentse tööjõu puudus. Rahastus aga peaks kindlasti olema läbipaistev. Seetõttu peaks rahastus vähemalt alguses uute ülesannete andmisel olema sihtotstarbeline, muidu suunatakse see lihtsalt mujale (nt teede ehituseks) ja abivajajad jäävad ikka abita (62). Toimunud mõttehommikul rõhutati, et KOVil ei ole sageli teenusepakkujaid ja samas käib KOVides tihti jõudemonstratsioon, et sotsiaalvaldkonna eelarvesse miinimumstandardite tagamiseks raha saada (95).

Oluline on hinnata ka algava EL-finantsperioodi vahendite kaasamist nii abivajaduse valdkonda kui KOVi sotsiaalhoolekandesse laiemalt. Omavalitsuste finantsvõimekust sotsiaalhoolekandevaldkonnas mõjutab oluliselt asjaolu, et EL struktuurfondide 2014. - 2020. periood hakkab lõppema ning sellega ühiselt lõppevad ka toetusrahad KOVidele sotsiaalteenuste arenduseks ja osutamiseks. ELi struktuurfondide vahendid on olnud oluliseks abiks KOVidele teenuste välja arendamiseks ja osutatavate

teenuste mahu tõstmiseks. Oluline on arendatud teenuseid juba saavutatud mahus jätkata, kuid ELi vahendite lõppemine tekitab KOVidele olemasolevate eelarveliste võimaluste pärast muret. On oht, et pärast ELi vahendite lõppemist võib oluliselt väheneda või sootuks katkeda teenuste osutamise maht. See oleks arvestades saavutatud positiivset efekti väga kahetsusväärne ja inimeste toimetulekut halvendav. Kuigi mitmeid ELi käesoleva rahastuse perioodi meetmeid on pikendatud, siis jätkuvalt on lahtine, kas riik toetab täiendavalt ja näeb omavalitsustele ette lisavahendeid väljatöötatud teenuste jätkamiseks ja mahtude hoidmiseks (ELVL eelarveläbirääkimiste seisukoht).

Arvestades asjaolu, et joonisel 13 kirjeldatud mudeli rakendamine eeldab üpris suuri korralduslikke ja finantsilisi ümberkorraldusi, siis rahastamismudeli väljatöötamisel tuleks arvestada järgmiste aspektidega:

- Juhtumikoordinaatori ametikoha loomine ja juurutamine – sealjuures tuleb riigil lisaks palgafondi tagamisele arvestada ka kulutustega, mis on vajalikud vastavate koolitusprogrammide loomiseks ja väljaõppe pakkumiseks. Tegemist on uue rolliga, mis vajab täiendavaid finantse.
- Digitehnoloogilised arendused – juhtumikoordinaatori ametikoht eeldaks suuremat abivajaja andmete integreeritust ning seetõttu peab ka arvestama kulutustega, mis kaasnevad vastavate muudatuste tegemisel. Tegemist oleks ühekordse arendusprojektiga, mille teostamiseks oleks vajalik leida täiendavaid finantse.
- Teenuste järk-järguline liikumine KOV tasandile. Analüüsi tulemused ei viita sellele, et otstarbekas oleks täna riiklikult korraldatud teenuste ja tegevuste kiire ja ulatuslik detsentraliseerimine ja täna riiklikult täidetavate (SKA, TK, tervishoiusüsteem) üleandmine KOVidele. Küll aga on süsteemis teenuseid, mille osutamises saaksid KOVid senisest suuremat rolli mängida, eelkõige mudeli teise tasandi raames. Praegu on meil olemas küll üksikteenuste jaoks nõ teraapiafond ja haigekassa eelarvest vastav rida, kuid praktika näitab, et inimesed ei saa siiski teenustele. Siinkohal oleks oluline riigi tasandil ka välja selgitada, kui suur hulk inimesi jääb praegu teenusest ilma ning vastavalt sellele teha ka otsus, kas ja kui palju peaks KOV võtma üle rahastuskohustusest teenuse osutamisel. Siinjuures olekski oluline see, et kui perearst näeb vajadust, et inimene vajab teenust, siis ta ei jäta raha puuduse tõttu seda teenust välja kirjutamata, vaid suunaks selle vajaduse rahuldamise KOVile, kes korraldaks teenuse saamise. Alternatiiviks oleks lihtsalt perearsti teraapiafondi suurendamine, kuid intervjuueeritavate sõnul ei taga see ikka teenusele saamist ning vajadus teenuse kohta võib tulla ka mujalt (näide: inimene käis tasulise füsioterapeudi juures, kes nägi vajadust teenuse järele, samas perearst seda ei näinud ja inimene jäi abita ning seetõttu ta seisund ka halvenes).

Käesoleva analüüsi ülesandeks ei olnud küll välja töötada uut finantsmudelit, kuid järgnevas tabelis on kirjeldatud lähtuvalt mudelist (vt tabel 13) erinevad ülesannete liikumised ja sellega kaasnev finantside korraldusvajadus.

TABEL 17. ERINEVATE OLULISTE TEGEVUSTE VAJALIKKUS JA ÜMBERKORRALDUSTE TULEMUSLIKKUS

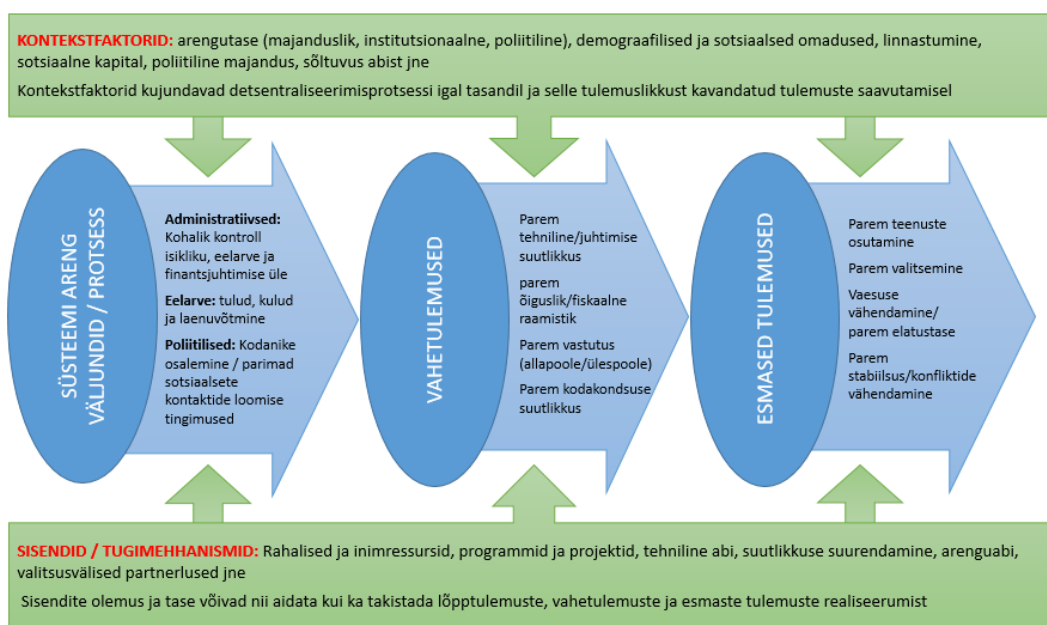
Tegevus	Praegune olukord	Ümberkorralduste tulemus
Juhtumikoordinaatori töökoha rakendamine abivajaduse komplekssemaks hindamiseks ja teenuste mitmekülgsemaks korraldamiseks	Praegu on mingil määral KOV juhtumikorraldaja, kuid seda ainult sotsiaalvaldkonna osas. Rahastus on eelarveline, KOVi tulubaasidest.	Igal KOVil on kas endal juhtumikoordinaator või jagatakse seda KOVide üleselt (väiksemad omavalitsused) Lühi- ja keskpikas perspektiivis toimub juhtumikoordinaatori palgafondi rahastus läbi riikliku sihtotstarbelise eraldiste, pikemas perspektiivis integreeritakse see KOVi tulubaasi (eeldab ülesande täitmiseks vajalike kulude ulatuses tulubaasi tõusu).
Üksikteenuste (logopeed, eripedagoog, füsioterapeut, psühholoog jms) üleviimine KOV tasandile	Praegu saab üksikteenuseid perearsti või eriarsti saatekirjaga ning on väga piiratud mahus saada. Rahastus tuleb kas perearsti teraapiafondist või haigekassa eelarvest (eriarstiabi puhul).	KOV juhtumikoordinaator oskab hinnata üksikteenuste vajadust ja suunab inimese teenusele. Lühi- ja keskpikas perspektiivis toimub teenus läbi riikliku sihtotstarbelise eraldise, pikemas perspektiivis integreeritakse see KOVi tulubaasi (eeldab ülesande täitmiseks vajalike kulude ulatuses tulubaasi tõusu).
Maakondlike koostöötegevuste käivitamine	Valdkondlikud koostöötegevused maakondlikul tasandil sisuliselt puuduvad.	KOVid rahastavad maakondlike koostööorganisatsioonide valdkondlike tegevusi (sihtotstarbeliste eraldiste/tulubaasi vahenditest).

Tasandite lõikes oleks KOV vaatest peamised finantsilised muutused järgmised, mida finantsmudelisis arvestada:

- Tasand 1 – kuna teenuseid kusagile tõsta või muuta vaja ei ole, siis suures plaanis jääks kõik endiseks. Juurde tuleks vaid juhtumikoordinaatori osa, kuid seda üle kõigi tasandite.
- Tasand 2 – selle tasandi puhul peab arvestama kõigepealt juhtumikoordinaatori rolli lisandumisega kaasnevate kuludega (KOV vaatest siis tööjõukuluga). Lisaks kui KOV võtab ülesandeks üksikteraapiate korraldamise, siis on vaja arvestada ka teenuste eest tasumisega seotud kuludega. Arvestades, et praegu jäävad paljud inimesed nendest teenustest raha puudumise tõttu ilma, siis osalt peaksid need olema kindlasti täiendavad ressursid, kuid juurde saaks arvestada ka näiteks perearsti teraapiafondi jagamist KOVidega.
- Tasand 3 – sarnaselt eelmise tasandiga on arvestatavaks kuluartiklikuks juhtumikoordinaator ja selle rolliga kaasnevad kulud. Esialgu teiste tasemete hindamisega seotud kulusid eraldi juurde ei tuleks, kuid pikemas perspektiivis võiks arvestada kuludega, mis kaasneksid sellega, kui KOV otse telliks töövõime hindamise või puude raskusastme tuvastamise. Seega võiks see raha SKAst ja TKst KOVi liikuda. Sama peaks toimuma teenuste korraldamisel, kui KOVile saab ülesandeks teenuste tagamine, siis tal peaks olema ka finantsid teenuste ostmiseks.
- Tasand 4 – siin kaasneks peamiselt juhtumikoordinaatoriga seotud kulud, mis on kõigi tasemete ülene.

3.5.3. Realistlik ajaraam muudatuste teostamiseks, nende eelhindamine ja seire

Joonis 15 iseloomustab, milliste kontekstfaktoritega peab minimaalselt arvestama omavalitsustele täiendavate ülesannete üleandmisel. Intervjueeritavad leidsid ja rahvusvaheline kirjandus toetas mõtet, et sarnaste protsessimuudatuste elluviimiseks peaks planeerima minimaalselt viis aastat, aga muudatuste täielikuks juurutamiseks võiks arvestada kuni kümne aastaga. Sealjuures peab ajaplaneerimisel olema paika pandud vahe- ja esmaste tulemuste tähtsajad.



JOONIS 15. AJAPLANEERIMIST MÕJUTAVAD KONTEKSTFAKTORID

Arvestades seda, et mudeli tööle rakendamine eeldab ühe uue KOVi funktsiooni juurutamist, siis soovime kavandada ettevalmistustegevusteks 5-aastat. 5-aastase ettevalmistusperioodi jooksul on järk-järgult võimalik luua eeldused selleks, et mudel pikaajaliselt ja jätkusuutlikult tööle hakkaks. Tegevused, mis on vajalikud 5-aastase ettevalmistusperioodi jooksul ellu viia:

Abivajadusega seotud KOV teenuste ja teenusepakettide kaardistamine. Selleks, et mudelis soovitatud KOV täiendav koordineerimisfunktsioon kasutajakeskselt tööle hakkaks, tuleks kaardistada, missugused on KOV täiendavad teenused ja teenusepakettid ja nendest tulenevad klienditeekonnad. Selleks, et KOV koordineerimisfunktsioon abivajakeskselt tööle hakkaks, on vaja kõigi süsteemi osapoolte selget rollijaotust ja tõhusat koostööd. Kasutajakesksete lahenduste väljatöötamiseks (piloteerimisfaasi eel) soovime ümberkorraldusi hinnata teenusedisaini põhimõtte perspektiivist. Muuhulgas sobib selleks kõiki süsteemi osapooli kaasava koosloomelise teenusedisaini arenguprogrammi läbiviimine, mille raames saab süsteemiga sobivad erinevad teenuste pakettid välja töötada ja neid piloteerida. Teenuste täiendava kaardistamise käigus saab välja selgitada ka nendega

seotud näitajaid (sh. ressursivajadus, kasutajagrupid jne), mida on võimalik integreerida loodavasse seire- ja hindamissüsteemi.

Baastaseme uuringu läbiviimine, seire- ja hindamissüsteemi loomine. Käesoleva töö raames läbi viidud välisriikide kogemuste ja erialakirjanduse analüüs ning intervjuu tulemused võimaldasid jõuda ümberkorralduste vajadust kirjeldavate soovituseni. Samas selgus, et valdkondlik andmestik, mis võimaldaks eelhindata soovitatud ümberkorralduste (KOV täiendav koordineerimisroll) mõju ning mis looks eelduse seire- ja hindamissüsteemi loomiseks, on puudulik. Baastaseme uuringu käigus on vaja süsteemselt hinnata abivajaduse valdkonnaga seotud sotsiaalmajanduslikke näitajaid, millega seotud muudatusi on võimalik hiljem monitoorida ja mille mõju hinnata.

Muuhulgas saab hindamis- ja seiresüsteemis kasutada näitajaid kohalike omavalitsuste suhtelise tähtsuse kohta riigi juhtimisstruktuuris, näiteks kohalike kulutusi ja tulusid avaliku sektori kogukulude ja tulude osakaaluna ning protsendina SKT-st. Nende tähtsus sõltub aga nii funktsioonidest, mille eest kohalikud omavalitsused vastutavad kui ka sellest, millised tuluallikad neile on määratud. Mõistlike otsuste tegemiseks kohalike omavalitsuste rolli kohta riigis on oluline teada, milline funktsioon on neile määratud (96).

Teatud määral saab indikaatorite süsteemi ülesehitamisel kasutada ka Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus RAKE ja Geomedia OÜ uuringu „Kohalike avalike teenuste tasemete seire metoodika väljatöötamine ja testimine ning analüüsi läbiviimine“ raames kaardistatud täiskasvanute sotsiaalhoolekandeline abi valdkonna kriteeriume ja lävendeid (26 kriteeriumi 53 lävendiga), mis aitavad kirjeldada KOVi valdkonnavõimekust viie kriteeriumite rühma lõikes – strateegiline ja organisatoorne valmisolek, inimressurss ja taristu, kättesaadavus, kvaliteet ja tulemuslikkus. Uuringus väljapakutud kriteeriume (ja infoallikaid) saab kasutada, et kohendada need abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise mudeli seire- ja hindamissüsteemiga. Kvantitatiivsete indikaatorite kõrval on oluline seire- ja hindamissüsteemi integreerida ka kvalitatiivsed protsessi osaliste hinnangud ning rahulolunäitajad (perioodiline arvamus- ja rahulolu-uuringute läbiviimise vajadus) (97).

Piloteerimine. OECD soovib detsentraliseerimise rakendamisel eelnevalt piloteerimist. Sealjuures on oluline, et piloteeritaks just erinevate võimekustega KOVe, mis tooks välja peamised kitsaskohad lähtuvalt võrdse kohtlemise printsiibist. Abivajaduse valdkonnas on pilootomavalitsuste valikul vajalik arvestada ka valdkondlike regionaalseid erinevusi. Ka intervjuueeritavate seisukohad olid kooskõlas OECD soovitustega - nad leidsid, et kui abivajaduse hindamisega seotud ülesandeid üle anda KOVidele, peaks arvestama minimaalselt viie aastaga. Oluline on läbi viia olukorra kaardistus (seadusandlus, KOVide võimekus ja võimalused, spetsialistide vajadus, koolitusmahud jne). Kuna teema eeldab mitmeid seadusemuudatusi (nt andmekaitseseadus), siis peaks kindlasti eelnevalt tegema juriidilise analüüsi, et teha kindlaks, kas ja kuidas seadusandlik olukord võimaldab täiendavate ülesannete üleandmist KOVidele.

Hinnanguline ajaraam eelnimetatud tegevuste elluviimiseks on 2-3 aastat. Seejärel saab piloottegevuste sisendite ja seire/hindamise tulemuste põhjal täpsustada mudeli toimepõhimõtteid ning koostöös osapooltega kavandada selle toimimiseks vajalikku õigus- ja finantsraamistikku ning vajadusel täpsustada ja täiendada mudeli toimimise seire- ja hindamissüsteemi. Leiame, et põhjalike ettevalmistustegevuste tingimustes on õigus- ja finantsraamistiku loomine võimalik läbi viia 1-2 aasta jooksul.

Peale 5-aastast mudeli (ja sellega seonduva KOV-koordineerimisfunktsiooni) ellu rakendamise ettevalmistamisperioodi on võimalik liikuda selle süsteemsesse juurutamisfaasi (samuti hinnanguliselt ca 5 aastat). Ka selleks perioodiks on oluline kavandada riiklik tugi, mis omavalitsustes ühtlaselt täiendava funktsiooni täitmiseks vajalike võimekuste teket toetaks. Eelkõige võiks need olla pikaajalised programmid, mis muuhulgas toetaks võrgustikuosaliste koostööd ja kogemuste vahetust. Edukate näidetena saab eeskuju võtta riiklikust toest omavalitsustele haldusterritoriaalse reformi jooksul ja järgselt (ühinemiskonsultantide- ja koordinaatorite võimaldamine) ja muudest riiklikest/ ELi struktuurivahenditest toetatud pikaajalistest arenguprogrammidest (nt teenusedisaini põhimõtete juurutamisest, ekspert-teavet, võrgustumist ja koosloomet toetavaid arengu- ja töötubade programme).

3.5.4. Lähimuspõhimõttel toimuva abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise poolt-ja vastuargumendid

Abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise korral suurema rolli viimisega KOVi tasandile on nii poolt- kui ka vastuargumente. Järgnevas tabelis 18 on välja toodud lähimuspõhimõttel abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise poolt- ja vastuargumendid.

TABEL 18 LÄHIMUSPÕHIMÕTTEL ABIVAJADUSE HINDAMISE JA TEENUSTE OSUTAMISE POOLT- JA VASTUARGUMENDID

Pooltargumendid	Vastuargumendid
Abivajaduse hindamine	
- Kogu hindamine toimub inimese jaoks ühes kohas - Killustatus erinevate süsteemide vahel väheneb - Kiirem sekkumine ja abivajadusega tegelemine - Abivajaja abivajaduse kohta oleks ühes kohas olemas parem ülevaade	- Omavalitsustel puudub ühtlane võimekus komplekssema hindamise teostamiseks - Hindamine ei toimuks enam ühtsetel alustel ja tekitaks ebavõrdsust
Teenuste osutamine	
- Abivajaja saaks kõik teenused võimalikult kodulähedalt - Paindlikud ja operatiivsed koostöövõimalused kohalike ettevõtete ja mittetulundusühingutega, kogukonnateenuste ellu kutsumine ja toetamine - KOVil oleks kõigist osutatavatest teenustest parem ülevaade (inimesekeskne)	- Omavalitsused ei ole piisavalt võimekad, et tagada suure amplituudiga teenuste pakkumist - Piirkonnas puuduvad teenusepakkujad ja omavalitsus ei suuda neid tekitada - Võib omavalitsusele minna kallimaks maksma

Peatüki kokkuvõte

1. Suurimaks väljakutseks on abivajaja kohta kogutud info kättesaadavus kõigile osapooltele valdkonnaüleselt. Selle nimel peavad nii riik kui ka KOVid ühiselt seisma.
2. Inimesekeskne ja koordineeritud teenuste osutamine on oluliseks muudatuste eesmärgiks.
3. Omavalitsused peavad muutma suurt osa abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamisega seotud süsteemidest, et saaksid paremini toime tulla kvaliteetse teenuse tagamisega.
4. KOVi juures tegutsev juhtumikoordinaator on oluline eelkõige keerukamate juhtumite puhul, kus on vaja koordineerida erinevate spetsialistide koostööd (kaasates ka abivajaja) ning tagada erinevate tasandite teenuste kättesaadavus.
5. Spetsiifiliste teenuste osutamiseks tuleb KOV tasandil tõsta spetsialistide kvalifikatsiooni. Siin saab riik koordineerida tegevusi.
6. Erinevate üksikteenuste kompleksseks osutamiseks on oluline KOV piires erinevate asutuste koostöö.
7. Muudatuste tegemiseks on vaja ekspertide hinnangul muuta seadusandlust, infosüsteeme, hindamismetoodikat, koostööd, pädevusi, rahastusmudeleid ja abisaaja teadlikust.
8. Euroopa Liidu praktika soovib detsentraliseerimisprotsessis kasutada 3 erinevat tüüpi eelarvetoetusi.
9. Realistlik ajaraam on antud protsesside läbiviimiseks minimaalselt 5 aastat, mis arvestab ka KOV valimistsükli.

4. Kokkuvõte

Eestis suureneb abivajajate arv iga aastaga. Üheks suurimaks väljakutseks on nii abivajajate, lähedaste kui ka ametnike jaoks see, et abivajaduse hindamiseks ning teenuste saamiseks peab läbima palju erinevaid institutsioone. Tegu on erinevate süsteemidega - tervishoiu-, sotsiaalhoolekande-, töövõime toetamise- ja haridussüsteem - ja seetõttu on abivajajatel ja nende lähedastel selles keeruline orienteeruda. See on üks põhjus, miks on hakatud järjest enam rääkima, et nii abivajaduse hindamine kui teenuste osutamine võiks toimuda kohalikul tasandil ehk teenuse kasutajale võimalikult lähedal.

Käesoleva analüüsi üks tuumküsimus on, kuidas oleks võimalik KOVi tasandil abivajaduse hindamist ja sellest tulenevate teenuste osutamist paremini sidustada. Praegu toimub küll üldise abivajaduse hindamine KOVi tasandil, aga enamasti KOVi kokkupuude SKA ja TK hindamisega puudub. Sealjuures ei olegi oluline (ega ka põhjendatud), et KOVi ise töövõimet või puude raskusastet hindama hakkaksid, küll aga on igasuguse abivajaduse rahuldamiseks oluline teada, et nende piirkonnas elab teatud teenuseid vajav erivajadusega inimene. Tulenedes nii rahvusvahelistest soovitustest kui ka läbiviidud intervjuude tulemustest, siis peaks olema suund kohale, kus omatakse täielikku ülevaadet abivajaja kohta.

Lähimuspõhimõttest juhenduses on igati asjakohane kaaluda ümberkorraldusi, mis suurendaksid omavalitsuste rolli abivajadustega inimeste toetamisel. Omavalitsuste ülesannete seas on juba täna hulk sotsiaalteenuseid, mille osutamiseks on rajatud süsteemid ja taristu, ning tööle rakendatud hulk asjatundlikke spetsialiste, kes kohalikke inimesi, olusid ja vajadusi hästi tunnevad. Omavalitsuste suutlikkuse tõstmine avalike teenuste osutamisel oli ka üks aastatel 2015-2017 läbiviidud haldusterritoriaalse reformi eesmärke. Üheks ootuseks 2017. aastal uutes oludes tööd alustanud omavalitsuste ametiasutustele oli kohalike spetsialistide spetsialiseerumine ja sellest tulenev täiendav võimekus kohalike elanike, sealhulgas panustada abivajadustega inimeste heaolusse. Osaliselt on see ootus territoriaalsete ümberkorralduste järgselt täitunud, kuid jätkuvalt on aktuaalne vajadus laiemate valdkondlike mitmetasandiliste haldussüsteemide väljatöötamise järele, kus uuenenud omavalitsustasandil on senisest kandvam roll.

Praegu on omavalitsuste võimekus piirkondade lõikes kohati väga erinev. Ühest küljest mõjutab seda KOVi asukoht, atraktiivsus ja elanikkonna demograafiline olukord, kuid teisalt võib võimekust mõjutada ka omavalitsuse poliitiline suundumus ja tahe sotsiaalvaldkonna arenguga tegeleda. Samas tunnistasid paljud intervjuueeritavad (KOVide töötajad ja ametnikud), et haldusreform on sotsiaalteenuste osutamisele mõjunud positiivselt, kus abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine on ühtlustunud ning muutunud kvaliteetsemaks.

Käesoleva analüüsi käigus leidsid intervjuueeritavad (ja seda kinnitavad ka võrdlusriikide praktikad ja rahvusvahelised soovitusel), et üldise suuna kohaselt peaks abivajaja saama võimalikult kompleksse hindamise ja vajalikud teenused kätte võimalikult lihtsalt – ilma, et nad peaksid ise selleks palju vaeva nägema. Näiteks praegu peab abivajaja käima paljude erinevate institutsioonide vahel, kus teda tihti topelt hinnatakse. Teiseks probleemiks on, et abivajajat hinnatakse erinevatel tasanditel ja samuti saab ta erinevatest süsteemidest teenuseid ning tegelikult puudub ühes kohas info tema vajaduste ja saadavate teenuste kohta. Omavalitsuse töötaja näeb infot vaid väga piiratult ning see ei aita kuidagi kaasa abivajaja paremale suunamisele või aitamisele.

Oleme käesoleva analüüsi raames välja toonud võimaliku neljatasandilise mudeli (vt joonis 13), kuidas abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine võiksid erinevate tasemete lõikes jagatud olla. Mudelisse on integreeritud võrdlusriikide parimate praktikate elemente, rahvusvaheliste organisatsioonide suuniseid ja soovitusi ning analüüsi käigus ekspertidelt ja asjaosalistelt kogutud sisendeid. Meie analüüs näitas, et abivajaduse hindamise ja teenuste osutamise süsteemi peamine probleem on selle keerukus abivajaja vaatest – süsteemiosalisi on palju ja selles orienteerumine on abivajajale keerukas ja aeganõudev. Siiski leiame, et valdavas osas on funktsioonid ja rollid riikliku ja kohaliku omavalitsuse tasandi vahel jagunenud optimaalselt ning olemasolevate ülesannete ulatuslik detsentraliseerimine ei ole otstarbekas. Siiski järeldame rahvusvahelisest praktikast ja analüüsi raames kogutud sisendist, et süsteemi toimimise efektiivsemaks muutmiseks on vaja tugevdada omavalitsustasandi rolli. Meie toimetamudel näeb ette, et süsteemi lisandub KOV täiendav roll – koostöömudeli inimkeskne koordineerimine läbi juhtumikoordinaatori funktsiooni loomise.

Kui esimene tase kuulub omavalitsuse juurde, siis teise taseme puhul on see piir hägusam. Eeldame, et teise taseme juures ei ole väga põhjalikku komplekshindamist vaja (nagu nt puude raskusastme tuvastamine), kuid inimene vajab ajutiselt üksikuid teenuseid (logopeed, füsioterapeut, psühholoog, nõustamine vms), mida näiteks perearst teraapiafondi lõppemise puhul pakkuda ei suuda. Enamikel omavalitsustel selliseid teenuseid endal praegu pakkuda ei ole, aga nad saaksid seda korraldada näiteks koostöös lähedal asuva rehabilitatsiooniteenuse pakkujaga. Kolmanda taseme hindamine ja teenuste osutamine kuuluks lähiaastatel endiselt riigile, kuid sealjuures on siiski oluline juhtumikoordinaatori roll abivajaja asjakohasele hindamisele juhtimisel ja vajalike teenuste tagamisel. Samuti omab ta ülevaadet abivajaja vajadustest läbi kogu protsessi. Neljas tase eeldab tihedalt riigitasandi ja KOVi koostööd, sealjuures inimene võibki vajada teenuseid kas vaheldumisi või isegi samal ajal mõlemast süsteemist.

Selleks, et kohalik omavalitsus saaks edukalt üle võtta teise taseme hindamise ja teenused, oleks oluline et KOVi tasandil oleks olemas ka teatud täiendav kompetents. Nii rahvusvaheliste kui intervjuueeritavate poolt välja toodud soovitude kohaselt võiks omavalitsustes töötada juhtumikoordinaatorid, kes tunneks erinevaid süsteeme ja sealt saadavaid teenuseid, oskaksid abivajadust veidi laiemalt hinnata ning omaksid abivajaja kohta vajalikku informatsiooni. See tagaks, et abivajaja ei pea enam nii palju erinevatest süsteemidest abi otsima ja väldiks ka tema sattumist mitme süsteemi vahele. Samuti on see pikemas plaanis kuluefektiivsem, kuna soodustab abivajaduse varast märkamist ja sekkumist, ilma et olukord väljuks kontrolli alt ja inimene vajaks nt pikemaajalist haiglaravi. Sealjuures on oluline keskselt ära sisustada juhtumikoordinaatori ametkoha tööülesanded koos vastutusega ning leppida kokku nende optimaalse jaotuse põhimõtted omavalitsuste lõikes. Intervjuude põhjal julgeme väita, et selliseid inimesi, kes kohe seda tööd tegema saaksid hakata, on pigem vähe, seetõttu peaks riigi poolt tulema ka selge koolitusplaan vastavate inimeste koolitamiseks.

4.1. Järeldused

- Abivajaja ja tema lähedaste jaoks on abi saamine süsteemide keerukuse tõttu raske, kus orienteerumine nii abivajajal (ja tema lähedastel) kui ka ametnikel keeruline. Tihti ei saa abivajaja aru, kuhu ta millise probleemiga peab pöörduma ja kust saada vajalikku abi.
- Rahvusvahelise praktika kohaselt peetakse kõige efektiivsemaks juhtumipõhist hindamist, mille käigus saadakse ülevaate kogu abivajaja vajadustest. Samas puude raskusastme tuvastamine ja töövõime hindamine on endiselt korraldatud riiklikul tasandil, kuid info selle tulemuste kohta jõuab juhtumikorraldajani, kes vajadusel aitab koostöös erasektori ja

kogukonnaga teenuseid korraldada (viimast eelkõige nendes riikides, kus teenuseid osutatakse KOVi tasandil).

- Juhtumi koordineerimine tagaks omavalitsuse tasandil inimkeskse lähenemise ja teenuse terviklikkuse, et abivajaja kohta oleks info ühes kohas ja tal oleks olemas koht vajadusel pöördumiseks.
- Täiendavate ülesannete üleandmine eeldab täiendavat kompetentset inimressursi kohaliku omavalitsuse tasandil – juhtumikoordinaatori ametikohtade loomist ja mehitamist. Tegemist on sisuliselt uue funktsiooniga, mille kompetentsimudel, täpsemad ülesanded ja rollid vajavad väljatöötamist.
- Üheks omavalitsuste suurimaks väljakutseks on teha teiste KOVidega koostööd või mõelda maakonna tasandil erinevatele lahendustele, et tagada parem teenuste kättesaadavus ja lahendada teenuseosutajate puudus..
- Juhtumikoordinaatorite rakendamine eeldab täiendavaid ressursse omavalitustasandil, mille leevendamiseks ei piisa alati nõ vähemvõimekatele KOVidele suurema rahalise ressursi eraldamisest, vaid vajadusel peab toetama ka kompetentside ja koostöö arendamisega.
- Juhtumikoordinaatori töö eeldab abivajaja kohta rohkemate andmete nägemist ja seetõttu on vajalik ka vastav infosüsteemide arendamine ja sealjuures võiks sellesse protsessi kaasata rohkem sotsiaaltöötajaid ning juhtumikoordinaatoreid, kes igapäevaselt peavad selle süsteemiga töötama.
- Praegust puude raskusastme tuvastamist ja töövõime hindamist ning joonisel 13 toodud teenuste osutamist oleks juhtumikoordinaatori rolli kaudu võimalik paremini KOV tasandiga siduda.
- Võimalik uus eelarvemudel peab toetama abivajajate võrdset kohtlemist (st kõik abivajajad sõltumata elukohast peavad saama asjakohast ja kvaliteetset teenust), kus riigi rolliks (antud juhul võiks see ka näiteks SoM ja SKA olla) on jälgida, et teenuste osutamist toetav eelarvemudel tagaks abivajajate võrdse kohtlemise (st kõik abivajajad sõltumata elukohast saaksid asjakohast ja ajakohast teenust), võimalikud riigieelarvelised vahendid nende tegevuste rahastamiseks oleks otstarbekas lahendada sihtotstarbeliste toetuste ja eraldistega.
- Maavalitsuse kadumisega kadusid paljudes maakondades ära ka omavalitsuste sotsiaaltöötajate omavahelised kohtumised ning koostöö jäi vähemaks.
- Kuigi intervjuudest peegeldus palju kartust, et omavalitsused ei pruugi täiendavate ülesannetega hakkama saada, siis ühine seiskoht oli siiski, et abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine võiks olla paremini ja inimkeskemalt korraldatud ja see võiks toimuda võimalikult kodulähedaselt.
- Sotsiaalvaldkond ei ole populaarne ja sellest tulenevalt on tekkinud ka järjest suurenev tööjõu puudus vajalike ametikohtade täitmisel.
- Riik on EL toetusel algatanud koostöös KOVidega mitmeid projekte, mille lõppedes on projektis teostatud ülesanded läinud üle KOVidele ja seda vahel ka ilma lisarahastuseta. See aga võib kaasa tuua olukorra, kus KOVid ei taha enam erinevates projektides osaleda ning kannatada võib näiteks üldine sotsiaalteenuste areng.

4.2. Soovitused

Riigi tasand

- Ühiselt kokku leppida kontseptsioon, et esmane abivajaduse hindamine peab algama KOVist.
- Juurutada KOVi tasandil juhtumikoordinaatori roll, kellel oleks ülevaade abivajaja abivajadusest ning osutatavatest teenustest ning kes tagaks ka abivajajale teenuste kättesaadavuse mudeli esimeselt ja teiselt tasandil ning omaks üldisemat ülevaadet kogu mudeli toimimisest (sh oskab abivajajale asjakohast infot jagada).
- Abivajaduse hindamise ja teenuste osutamisega seotud kompetentsimudeli väljatöötamine. Riiklikul tasandil peab KOVe kaasates ära sisustama suunised loodava ametikoha ametjuhendi koostamiseks koos ülesannete, pädevuse ja vastutusega.
 - Sealjuures on oluline välja töötada nii koolitusplaan (spetsiaalne väljaõpe ja täiendkoolituse vorm) ja peab olema tagatud ka piisav riiklik koolitustellimus.
- Praegune seadusandlus ei võimalda abivajat andmete puudumise tõttu täiel määral aidata. Seadusandlust tuleks muuta selliseks, et omavalitsuse töötajatel oleks parem ülevaade abivajaja abivajadusest, vajalikest teenustest ja muust asjakohasest infost. Sealjuures on oluline, et seadused lubaksid ka paindlikku lähenemist, nt ühe omavalitsuse elanikud saaksid vajadusel teisest omavalitsusest teenuseid (ehk siis teenuse saamine ei tohiks baseeruda inimese sissekirjutusel).
- Rahaliste vahendite eraldamisel võiks rohkem jälgida ka piirkonna erinevusest tulenevat võimekust ja vajadusi (nt nendes piirkondades, kus on suur abivajadusega inimeste osakaal, võiks olla teistsugune rahastusmudel).
- Kui riik viis ellu mõne projekti (tavaliselt ELi kaasfinantseerimisel), siis ei saa eeldada, et omavalitsused on suutelised need ülesanded pärast ilma rahaliste lisavahenditeta üle võtma. Riiklikul tasandil peab olema plaan, kuidas selliseid ülesandeid hiljem omavalitsustele üle anda.
- Leida võimalusi riiklikult täiendatavate ülesannetega seotud protsesside ja menetluste lihtsustamiseks.

Omavalitsuse tasand

- Arvestades teenusepakkujate ja kompetentse inimressursi vähesust, peaksid omavalitsused tegema palju rohkem koostööd, et tagada piirkonna elanikele parem teenuste kättesaadavus. Oluline on igakülgne koostöö ka valdkonnas juba tegutsevate või potentsiaalselt vajalikke teenuseid osutama hakkavate äri- ja mittetulundusühingutega (eelkõige teenuste osutamise vaatest).
- Kuna maakond on sotsiaahoolekande valdkonnas optimaalseim koostöötasand, siis peaks maakonna või piirkonna tasandil looma uuesti võrgustikud, mille raames saaksid osapooled vastastikku jagada kogemusi ja teha strateegilisi plaane piirkonna sotsiaalsüsteemi arendamiseks.
- Omavalitsuste sotsiaaltöötajad peaksid enam teadvustama oma rolli abivajajate teadlikkuse tõstmisel ja seeläbi ka inimkeskse lähenemise suurendamisel teenuste osutamisel.
- Omavalitsus peab poliitilisel tasandil suurendama sotsiaalvaldkonna väärtust (nt sotsiaalvaldkonna võrdväärne tähtsustamine teiste valdkondadega eelarveotsuste tegemisel).

Mõlemad osapooled

- Rakendada uut mitmetasandilist kontseptsiooni (juhtumikoordinaator), mis võimaldaks abivajadust hinnata ilma abivajajat erinevate institutsioonide vahel jooksutamata ja milles oleksid reglementeeritud kõigi osapoolte (KOV, SKA, TK) vastutus ja ülesanded.
- Toetada maakondlike ja piirkondlike (juhtudel, kus maakondade ja omavalitsuste territoriaalses ulatuses ei ole suuri erisusi, eelkõige Lääne-Eestis ja saartel) kompetentsikeskuste arendamist. Kuna üheks väljakutseks on KOVide omavaheline vähene koostöö, siis seda saaks muuhulgas leevendada ka maakondlikult tihedama suhtluse soodustamisega. Sealjuures võib mõelda, et erinevad maakonnad võivad arendada erinevaid kompetentsikeskuseid ning see suurendaks ka maakondade vahelist koostööd, kompetentsikeskuste tööd saab sidustada SKA piirkondlike KOV nõustamistalituste tööga.
- Suurendada sotsiaalvaldkonna populaarsust ja tegeleda mainekujundamisega. Seda saab teha nii positiivsete näidete baasil riiklikul tasandil kui ka muuta omavalitsused oma poliitilise agendaga.
- Olemasolevate teenuseosutajate kaardistus (sh kompetentside kaardistus). See aitaks aru saada, kui palju on üldse vaja lisanduvat kompetentsi (sh riiklikke koolitustellimusi) ja teisalt aitaksid ka riiklikul tasandil planeerida, kas ja kui palju ülesandeid oleks olemasolevate teenuseosutajate baasil võimalik omavalitsustele anda.
- Mõistlik oleks teha strateegiline plaan, kus on järkjärgulised tegevused järgmiseks kümneks aastaks kirjas. Näiteks võiks järgmise viie aasta jooksul toimuda juhtumikoordinaatori ametikoha juurutamine. Selle käigus saab paremini hinnata, kas oleks võimalik ja mõistlik ka kolmanda taseme teenuste tagamine omavalitsustele üle anda. Viimast ei saa kindlasti teha ilma suure kindlustundeta, kuna võime leida end varsti samast olukorrast, kus Soome, kes liigub tagasi teenuste konsolideerimise poole.

Kasutatud kirjandus

1. OECD. Making Decentralisation Work A HANDBOOK FOR POLICY-MAKERS. 2019.
2. Ivanyina M, Shah A. How Close is Your Government to its People? Worldwide Indicators on Localization and Decentralization [Internet]. The World Bank; 2012 [cited 2020 Nov 13]. 41 p. (Policy Research Working Papers). Available from: <https://doi.org/10.1596/1813-9450-6138>
3. Debela KW. Local governance in Switzerland: Adequate municipal autonomy cum intergovernmental cooperation? Meissner R, editor. null. 2020 Jan 1;6(1):1763889.
4. Olowu D. Local institutional and political structures and processes: recent experience in Africa. Public Administration and Development. 2003 Feb 1;23(1):41–52.
5. Shah A, Thompson T. Implementing Decentralized Local Governance: A Treacherous Road with Potholes, Detours, and Road Closures [Internet]. The World Bank; 2004 [cited 2020 Nov 13]. (Policy Research Working Papers). Available from: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/1813-9450-3353>
6. OECD. Multi-level Governance Reforms [Internet]. 2017. 172 p. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264272866-en>
7. OECD. Ten Guidelines for Effective Decentralisation Conducive to Regional Development [Internet]. 2019. Available from: <https://www.oecd.org/eurasia/countries/ukraine/Ten-Guidelines-for-Effective-Decentralisation-Conducive-to-Regional-Development.pdf>
8. Arends H. The Dangers of Fiscal Decentralization and Public Service Delivery: a Review of Arguments. Politische Vierteljahresschrift. 2020 Sep 1;61(3):599–622.
9. Kattai K, Lääne S, Noorkõiv R, Sepp V, Sootla G, Lõhmus M. PEAMISED VÄLJAKUTSED JA POLIITIKASOOVITUSED KOHALIKU OMAVALITSUSE JA REGIONAALTASANDI ARENGUS. Tallinna Ülikool; 2019.
10. Taro K. Haldusreform riigireformi osana [Internet]. Õiguskantsler; 2019. Available from: <https://www.oiguskantsler.ee/et/k%C3%BClli-taro-haldusreform-riigireformi-osana>
11. Habicht T, Reinap M, Kasekamp K, Sikkut R, Aaben L, van Ginneken E. Tervisesüsteemid muutustes. Health Syst Transit. 2018 Mar;20(1):1–189.
12. Riigi Teataja. Sotsiaalhoolekande seadus. 2020.
13. Masso M, Nuiamäe M, Michelson A, Murasov M, Kirsti M, Laurimäe M, et al. Töövõime toetamise skeemi loomise ja juurutamise vahehindamine. Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2019.
14. Riigi Teataja. Täiskasvanute koolituse seadus [Internet]. 2020. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/110062015010?leiaKehtiv>
15. Riigi Teataja. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus [Internet]. 2020. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/13114771?leiaKehtiv>
16. SKA. Puude tuvastamine [Internet]. 2020. Available from: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/puude-tuvastamine>

17. Sotsiaalministeerium. TÖÖVÕIME HINDAMISE METOODIKA [Internet]. 2015. Available from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Toovoimereform/toovoime_hindamistest/metoodika.pdf
18. Riigi Teataja. Töövõimetoetuse seadus [Internet]. 2020. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/124122016018?leiaKehtiv>
19. SKA. Puude tuvastamine [Internet]. 2020. Available from: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/puude-tuvastamine>
20. Olle V. Valdade ja linnade korraldatavate kohustuslike kohalike sotsiaalteenuste probleeme. 2019;1:30–42.
21. Riigi Teataja. Sotsiaalhoolekandelse abi andmise kord [Internet]. 2020. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/403102019005?leiaKehtiv>
22. SKA. SOTSIAALTEENUSTE KORRALDAMINE KOHALIKUS OMAVALITSUSES ÜLDJUHEND Juhend kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö ametnikule. Sotsiaalkindlustusamet; 2020.
23. SKA. Sotsiaalne rehabilitatsioon [Internet]. 2020. Available from: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon>
24. Masso M, Nuiamäe M, Michelson A, Murasov M, Kirsti M, Laurimäe M, et al. Töövõime toetamise skeemi loomise ja juurutamise vahehindamine. Poliitikauringute Keskus Praxis; 2019.
25. Riigi Teataja. Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus [Internet]. 2020. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/126032013006?leiaKehtiv>
26. OECD. Decentralisation in the health sector and responsibilities across levels of government: Impact on spending decisions and the budget. DIRECTORATE FOR EMPLOYMENT, LABOUR AND SOCIAL AFFAIRS PUBLIC GOVERNANCE DIRECTORATE; 2019.
27. OECD. Making Decentralisation Work A HANDBOOK FOR POLICY-MAKERS. 2019.
28. JMMS. The impact of decentralization and privatization on municipal services [Internet]. 2001 [cited 2020 Nov 21]. Available from: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_007862/lang--en/index.htm
29. UN-HABITAT. The Challenge of Local Government Financing in Developing Countries _3.pdf [Internet]. 2015 [cited 2020 Nov 21]. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1732The%20Challenge%20of%20Local%20Government%20Financing%20in%20Developing%20Countries%20_3.pdf
30. Mansell J, Beadle-Brown J. Deinstitutionalisation and community living: position statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities1. Journal of Intellectual Disability Research. 2010 Feb 1;54(2):104–12.
31. Trutkowski C. An effective local government office Developing personnel competence to build efficient local administration. 2016.
32. Ghejan AL, Gal JH. Delegation in Low Trust Countries. School of Business, Society & Engineering; 2017.

33. Baldersheim H, Houlberg K, Lidström A, Hlynisdóttir E, Kettunen K. Local Autonomy in the Nordic Countries A report for the Norwegian Association of Local and Regional Authorities. 2019.
34. Hammerschmid G, Virtanen T, Thijs N, European Commission, Directorate-General for Employment SA and I. Public administration characteristics and performance in EU28 Finland. 2018.
35. Keskimäki I, Sinervo T, Koivisto J. Integrating health and social services in Finland : regional and local initiatives to coordinate care. In 2018.
36. Katsui H, Kröger T, Valkama K. Finland Fact Sheet on Social Care & Support Services Sector for Persons with Disabilities: Part of a series of Country Fact Sheets available on the EASPD website. Policy Impact Lab; 2018.
37. Ministerie van Volksgezondheid W en S. The Dutch health care system - About us - National Health Care Institute [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018 [cited 2020 Dec 1]. Available from: <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands>
38. Belastingdienst. Vrijstelling voor maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 22]. Available from: https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/zakelijk/btw/tariefvrijstellingen/vrijstellingen/gezondheidszorg/vrijstelling_voor_maatschappelijke_ondersteuning_langdurige_zorg
39. Smits J. Country report on disability assessment - Netherlands. 2019.
40. NHS. The NHS Long Term Plan [Internet]. 2019. Available from: <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>
41. Chang J, Peysakhovich F, Wang W, Zhu J. The UK Health Care System. 2008.
42. Health Assessment Advisory Service. Your DWP Disability Assessment | CHDA UK. 2020.
43. Services M of H and C. Municipal health and care services [Internet]. Government.no. regjeringen.no; 2008 [cited 2021 Jan 11]. Available from: <https://www.regjeringen.no/en/topics/health-and-care/municipal-health-and-care-services-/id10903/>
44. NAV. Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven] - Lovdata [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 12]. Available from: <https://lovdata.no/nav/nav-loven/kap3>
45. Hetemaa T. Social welfare and health care services. In: Report on Basic Public Services. Helsinki: Ministry of Finance Publications; 2018.
46. Waddington L, Priestley M, Sainsbury R. Disability Assessment in European States ANED Synthesis Report. SSRN Journal [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec 2]; Available from: <https://www.ssrn.com/abstract=3320419>
47. Louwerse I, Huysmans MA, van Rijssen HJ, van der Beek AJ, Anema JR. Characteristics of individuals receiving disability benefits in the Netherlands and predictors of leaving the disability benefit scheme: a retrospective cohort study with five-year follow-up. BMC Public Health. 2018 Jan 18;18(1):157–157.
48. Europe WHORO for, Policies EO on HS and, Sperre Saunes I, Karanikolos M, Sagan A. Norway: health system review. 2020 [cited 2020 Aug 18]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331786>

49. Sperre Saunes I, Karanikolos M, Sagan A. Norway: health system review [Internet]. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2020. (Health Systems in Transition, vol. 22 (1)). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331786>
50. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. FINLEX® - Ajantasainen lainsäädäntö: Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 [Internet]. Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy; 2014 [cited 2020 Nov 22]. Available from: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
51. Kroneman M, Wagner C, Bal R. The Netherlands, Reform of Long-Term Care. In 2018. p. 205–12.
52. Vermeulen W. Decentralization of social policy in the Netherlands [Internet]. 2015. Available from: <https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-background-document-decentralization-social-policy-netherlands.pdf>
53. Andreassen TA. Reforming social services: the institutional and organizational context of the HUSK program. J Evid Inf Soc Work. 2015;12(1):32–49.
54. Sveinsdottir V, Bull HC, Evensen S, Reme SE, Knutzen T, Lystad JU. A short history of individual placement and support in Norway. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2020 Mar;43(1):9–17.
55. Norway Social assistance and services [Internet]. Available from: http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=88486&p_classification=15.05
56. Pedersen L-ML. Interprofessional collaboration in the Norwegian welfare context: a scoping review. J Interprof Care. 2019 Dec 9;1–10.
57. OECD. Decentralisation in the health sector and responsibilities across levels of government: Impact on spending decisions and the budget. DIRECTORATE FOR EMPLOYMENT, LABOUR AND SOCIAL AFFAIRS PUBLIC GOVERNANCE DIRECTORATE; 2019.
58. UNHCR. NEEDS ASSESSMENT HANDBOOK. 2017.
59. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (U.S.), editor. Integrating social care into the delivery of health care: moving upstream to improve the nation's health. Washington, DC: the National Academies Press; 2019. 177 p. (A consensus study report of the National Academies of Sciences, Engineering, Medicine).
60. Kabir SM. METHODS OF DATA COLLECTION. In 2016. p. 201–75.
61. STAR. Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister [Internet]. 2020. Available from: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/kvaliteet-jarelevalve/sotsiaalteenuste-ja-toetuste-andmeregister>
62. KOV tasand. Abivajaduse hindamise valdkonna intervjuud omavalitsuste valdkonna spetsialistidega. 2020.
63. Aavik-Märtmaa G. Teekond inimesekeskse teenusepakkumise suunas. Sotsiaaltöö. 2020;3:23–8.
64. WHO. Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. 2018.
65. WHO. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. 2016. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1

66. SUSTAIN. SUSTAIN (Sustainable Tailored Integrated Care): projekti ülevaade [Internet]. 2019. Available from: <https://www.sustain-eu.org/ee/>
67. SUSTAIN. Sustainable tailored integrated care for older people in Europe (SUSTAIN-project): Lessons learned from improving integrated care in Europe [Internet]. 2019. Available from: https://www.sustain-eu.org/wp-content/uploads/sites/4/2019/01/SUSTAIN-overarching-policy-report_final-version.pdf
68. Ametnike tasand. Abivajaduse hindamise valdkonna intervjuud ametnikega. 2020.
69. Duarte-Climents G, Sánchez-Gómez MB, Rodríguez-Gómez JÁ, Rodríguez-Álvarez C, Sierra-López A, Aguirre-Jaime A, et al. Impact of the Case Management Model through Community Liaison Nurses. *IJERPH*. 2019 May 29;16(11):1894.
70. Lukersmith S, Millington M, Salvador-Carulla L. What is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *Int J Integr Care*. 2016 Oct 19;16(4):2.
71. SUSTAIN. SUSTAIN Sustainable tailored integrated care for older people in Europe: ROADMAP [Internet]. 2019. Available from: <https://www.sustain-eu.org/wp-content/uploads/sites/4/2019/03/SUSTAIN-Roadmap.pdf>
72. González-Ortiz LG, Calciolari S, Goodwin N, Stein V. The Core Dimensions of Integrated Care: A Literature Review to Support the Development of a Comprehensive Framework for Implementing Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*. 2018 Aug 8;18(3):10.
73. Spetsialistid. Abivajaduse hindamise intervjuud valdkonna spetsialistidega. 2020.
74. SKA. Isikukeskse erihoolekande teenusumodeli rakendamine kohalikus omavalitsuses. Pilootprojekti kirjeldus. III konkursivoor (seisuga 28.08.2020) [Internet]. Sotsiaalkindlustusamet; 2020. Available from: https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Erihoolekanne/lisa_2._pilootprojekti_kirjeldus.pdf
75. Kupper K. Uued algatused hoolekandes. *Sotsiaaltöö korraldus*. 2018;3:34–7.
76. Luide U. Hoolduse koordineerimine – pilootprojekt ja riiklik mudel. 2019; Sotsiaalministeerium.
77. Aavik-Märtmaa G. Teekond katsetustest rakendatava mudelini. *Sotsiaaltöö korraldus*. 2020;1.
78. Toots A, Malmstein R. COVID kui võimaluste aken pikaajalise hoolduse reformile. *Sotsiaaltöö*. 2020;3:15–22.
79. MacNeil Vroomen J, Van Mierlo LD, van de Ven PM, Bosmans JE, van den Dungen P, Meiland FJM, et al. Comparing Dutch Case management care models for people with dementia and their caregivers: The design of the COMPAS study. *BMC Health Services Research*. 2012 May 28;12(1):132.
80. Hugman R. Social Work and Case Management in the UK: Models of Professionalism and Elderly People. *Ageing and Society*. 2008/11/14 ed. 2004;14(2):237–53.
81. Hansen HC, Natland S. The working relationship between social worker and service user in an activation policy context. *Nordic Social Work Research*. 2016 Aug 16;7.
82. Vehko T, Ruotsalainen S, Hyppönen H. E-health and e-welfare of Finland Check Point 2018. National Institute for Health and Welfare; 2019.

83. Kattai K, Lääne S, Sootla G, Lepik K-L, Viks A, Saar I, et al. EESTI REGIONAALTASANDI ARENGU ANALÜÜS Regionaalse valitsemise mudelite kujundamise ettepanekud. Tallinna Ülikool, Tartu Ülikool, Geomedia, TalTech; 2020.
84. Uri A. Sotsiaal- ja hoolekandeteenuste osutamine puuetega ja erivajadusega inimestele Eesti omavalitsustes. Eesti Patsientide Esindusühing; 2014.
85. Perearstid. Intervjuud perearstidega. 2020.
86. Riigikontroll. Hariduse tugiteenuste kättesaadavus Kas lapsed saavad hariduse omandamisel lasteaia ja koolis vajalikke tugiteenuseid? [Internet]. 2020. Available from: file:///C:/Users/gerli/Downloads/14726_RKTR_2516_2-1.4_2261_003-2.pdf
87. Hendrikson&Co. Eesti väikeasulate uuring. Tallinna Ülikool, Rahandusministeerium; 2019.
88. Barnes D, Boland B, Linhart K, Wilson K. Personalisation and social care assessment - the Care Act 2014. BJPsych Bull. 2017 Jun;41(3):176–80.
89. Thijs N. A comparative overview of public administration characteristics and performance in EU28. European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection and Austrian Federal Ministry of Health , Family and Youth; 2017.
90. European Commission. Providing EU budget support in decentralised contexts: A methodological note. 2014.
91. European Commissi. Public Sector Reform & Decentralisation: Supporting Decentralization, Local Governance and Local Development through a Territorial Approach. 2016.
92. European Commission. Directorate General for International Cooperation and Development. Supporting decentralisation, local governance and local development through a territorial approach. [Internet]. LU: Publications Office; 2016 [cited 2021 Jan 13]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2841/5468>
93. OECD. Regional development: Policies to promote catching up [Internet]. 2016. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264260245-5-en/index.html?itemId=/content/component/9789264260245-5-en>
94. European Commission. Directorate General for International Cooperation and Development., European Commission. Directorate General for Neighbourhood and Enlargement Negotiations. Budget support :trends and results 2020. [Internet]. LU: Publications Office; 2020 [cited 2021 Jan 13]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2841/78156>
95. Mõttehommik. Praxise Mõttehommik: Abivajaja:kelle mure ja vastutus? 2020.
96. Levitas T. Fiscal Decentralization Indicators for South-East Europe 2006-2014. 2016.
97. Sepp V. Kohalike avalike teenuste tasemete seire metoodika väljatöötamine ja testimine ning analüüsi läbiviimine. Tartu Ülikool, Sotsiaalteaduste valdkond, Johan Skytte poliitikauuringute instituut; 2018.

Lisa 1. Intervjuude kavad

Intervjuu kavad ametnikele

Viisime läbi intervjuusid valimisse asjaga kokkupuutuvate ametnikega, et aru saada riigi vaatest ning võimalustest erivajadustega inimeste hindamisest ja teenuste osutamisest. Küsimused, millele riigi tasandil vastust otsime, on järgmised:

- Kuidas näeksid omaavalitsuste ülesannete detsentraliseerimist erivajadusega inimeste abivajaduse hindamisel ja teenuste osutamisel?
 - Mis on peamised probleemkohad praegu selle teemaga?
 - Mida detsentraliseerimine juurde annaks eelkõige riigi vaatest?
- Kas ja millises mahus oleks mõistlik ülesandeid KOVidele anda?
 - Millised ülesanded oleksid delegeeritavad, millised peaksid riigile edasi jääma?
- Kuidas peaks toimuma abivajaduse hindamisel ja teenuste tagamisel riigi (eelkõige siis SKA ja Töötukassa) ning KOVide koostöö?
- Kellel ja kus peaks olema abivajaja kohta kogu info (sh milliseid tervishoiu- ja sotsiaaltoetuste ning töötukassa teenuseid inimene vajab)?
 - Kuidas seda lahendada juriidilisel tasandil (andmekaitse)?
 - Kas riigi infosüsteemidel oleks tehniline valmisolek olemas?
- Kuidas peaks ülesannete üleminekul toimuma teenuse ja hindamise kvaliteedi tagamine?
 - Kes peaks seda keskselt jälgima?
 - Kas ja kuidas toimuks üldiste standardite väljatöötamine?
 - Kes oleksid kesksed vastutajad?
 - Kuidas peaks korraldama hindamist?
- Milline inimressurss peaks omaavalitsuses ülesande täitmiseks olema?
 - Kuidas tagada omaavalitsuses ülesannet täitva (vähemalt teenust korraldava) kompetentse personali olemasolu?
 - Millises ulatuses on vajalik inimressursid ja kompetents võimalik riigi tasandilt kohalikule tasandile üle kanda ja kuivõrd tuleb välja arendada uus/alternatiivne kompetents?
- Kuidas kogu detsentraliseerimise teemaga suhestuks nõ juhtumikorraldajate juurutamine?
 - Kui juhtumikorraldajad oleksid mitme KOVi peale, kuidas toimuks rahastamine?
- Millised tehnilised ja muud ressursid peaks omaavalitsuses ülesande täitmiseks olema (sh andmed, infosüsteemid)?
 - Kuidas tagada omaavalitsuses vastava ressursi olemasolu?

- Millises ulatuses on vajalikud ressursid võimalik riigi tasandilt kohalikule tasandile üle kanda?
- Milline on realistlik ajaraam ülesande üleandmiseks arvestades ettevalmistuste läbiviimise (sh võimekuse väljakujundamise) vajadust?
- Kuidas peaksid ülesannete detsentraliseerimisel olema tagatud jätkusuutlik finantsmudel?
 - Sh kuidas vältida olukorda, et „vaesemate“ KOVide abivajajad raha, inimeste või teadmiste/oskuste puuduse tõttu hindamist ja teenust ei saa?
- Kas peaks välja töötama uue finantsmudeli?
 - Milline see olema peaks?
 - Kas see peaks olema KOVi põhine või saaks rakendada sarnaselt Hollandile ka erinevaid koostöömudeleid?

Intervjuu küsimustik KOV töötajatele

Viisime läbi intervjuusid valimisse sattunud kohalike omavalitsuste spetsialistidega, et aru saada KOV vaatest ning võimalustest erivajadustega inimestele teenuste osutamisel. Küsimused, millele KOV tasandil vastust otsime, on järgmised:

- Kuidas KOVid oma ülesandeid praegu seoses abivajaduse hindamisega hindavad?
 - Millist tüüpi hindamisi praegu tehakse ja kuidas see seotuks puude tuvastamisega (kas ja millistel juhtudel see üldse oleks oluline)?
- Kas ja kui palju puutub abivajaja KOViga kokku puude ja töövõime määra taotlemisel.
 - Kui jah, siis millises etapis ja mis aspektidega seoses.
 - Kas joonistuvad välja kindlad inimtüübid (abivajadused), mille raames KOV on puude ja töövõime taotlemisse on kaasatud.
- Milline inimressurss peaks omavalitsuses ülesande täitmiseks olema?
 - Kuidas tagada omavalitsuses ülesannet täitva (vähemalt teenust korraldava) kompetentse personali olemasolu?
 - Millises ulatuses on vajalik inimressursid ja kompetents võimalik riigi tasandilt kohalikule tasandile üle kanda ja kuivõrd tuleb välja arendada uus/alternatiivne kompetents?
- Millised tehnilised ja muud ressursid peaks omavalitsuses ülesande täitmiseks olema (sh andmed, infosüsteemid)?
 - Kuidas tagada omavalitsuses vastava ressursi olemasolu? Millises ulatuses on vajalikud ressursid võimalik riigi tasandilt kohalikule tasandile üle kanda?
- Kas ja kuidas toimub praegu KOV töötajate suhtlus teiste abivajajaga seotud spetsialistidega (perearst, terapeutid, rehabilitatsiooniosutajad jne)?
 - Kas koostöö toimumiseks peavad olema täidetud teatud eeldused?

- Kuidas erinevad SKA ja töötukassa teenused abivajajale (kellele on juba puue või töövõimekaotus määratud)?
 - Kas ja kuidas saab määratud teenustest KOV teada?
 - Kas ja millistel tingimustel saab KOV omalt poolt pakkuda erivajadusega inimesele toetavaid teenuseid?
 - Kas KOVi jaoks on vahet ka puude raskusastmel ja/või töövõime kaotuse protsendil, kui nad määravad inimesele toetavaid teenuseid?
- Kuidas ülesande KOVidele üleandmise järel piiritleda rollid kesk- ja kohaliku omavalitsuse vahel (nt järelevalve funktsioon, juhendamine, koolitused, seire jne)?
- Kas ja millises mahus oleks mõistlik ülesandeid KOVidele anda? Millised ülesanded oleksid delegeeritavad, millised peaksid riigile edasi jääma?
- Kuidas peaks toimuma abivajaduse hindamisel ja teenuste tagamisel riigi (eelkõige siis SKA ja Töötukassa) ning KOVide koostöö?
- Kellel ja kus peaks olema abivajaja kohta kogu info (sh milliseid tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande ning töötukassa teenuseid inimene vajab)?
 - Kuidas seda lahendada juriidilisel tasandil (andmekaitse)?
- Kuidas peaksid ülesannete detsentraliseerimisel olema tagatud jätkusuutlik finantsmudel?
 - Sh kuidas vältida olukorda, et „vaesemate“ KOVide abivajajad raha, inimeste või teadmiste/oskuste puuduse tõttu hindamist ja teenust ei saa?
- Kuidas peaks ülesannete üleminekul toimuma teenuse ja hindamise kvaliteedi tagamine?
 - Kes peaks seda keskselt jälgima?
 - Kas ja kuidas toimuks üldiste standardite väljatöötamine?
 - Kes oleksid kesksed vastutajad?
 - Kuidas peaks korraldama hindamist?
- Kas peaks välja töötama uue finantsmudeli?
 - Milline see olema peaks?
- Milline on realistlik ajaraam ülesande üleandmiseks arvestades ettevalmistuste läbiviimise (sh võimekuse väljakujundamise) vajadust?

Intervjuu kavad perearstidele ja patsiendi organisatsioonidele

Küsimused, millele eelõige abivajaja tasandil vastust otsime, on järgmised:

- Kuhu inimesel on võimalik abivajaduse ilmnemisel esmaselt pöörduda ja kas ta kasutab süsteemi sisenemiseks tervishoiu või sotsiaalsüsteemi (kas emb-kumb oleks eelistatum)?
 - Kas ja kui palju saab perearst kaasa aidata inimese teekonnale süsteemis?
 - Kas oleks vaja juhtumikorraldajat?

- Kuidas peaks koostöö toimuma perearsti ja KOVi (ning teiste asjakohaste spetsialistide) vahel?
- Kas perearstil on ülevaade abivajaja kõigist saadavatest teenustest?
 - Kuidas saaks perearst teada milliseid KOV poolseid teenuseid abivajaja saab?
 - Kas perearstidel on võimalik kaasa aidata KOV poolsete teenuste saamisele?
- Kas ja kui palju puutub abivajaja KOViga kokku puude taotlemisel.
 - Kui jah, siis millises etapis ja mis aspektidega seoses.
 - Kas joonistuvad välja kindlad inimtüübid (abivajadused), mille raames KOV on puude taotlemisse kaasatud.
- Kas ja kui palju puutub abivajaja KOViga kokku töövõime hindamisel.
 - Kui jah, siis millises etapis ja mis aspektidega seoses.
 - Kas joonistuvad välja kindlad inimtüübid (abivajadused), mille raames KOV on töövõime hindamisse kaasatud.
- Kas enam taotletakse üldiselt puuet või lastakse hinnata töövõimet?
 - Kui tehakse ainult ühte, siis miks?
- Kuidas erinevad SKA ja töötukassa teenused abivajajale (kellele on juba puue või töövõimekaotus määratud)?
 - Kas ja kuidas saab määratud teenustest KOV teada?
 - Kas ja millistel tingimustel saab KOV omalt poolt pakkuda erivajadusega inimesele toetavaid teenuseid?
 - Kas KOVi jaoks on vahet ka puude raskusastmel ja/või töövõime kaotuse protsendil, kui nad määravad inimesele toetavaid teenuseid?
- Kas ja kuidas toimub praegu KOV töötajate suhtlus teiste abivajajaga seotud spetsialistidega (perearst, terapeutid, rehabilitatsiooniosutajad jne)?
 - Kas koostöö toimumiseks peavad olema täidetud teatud eeldused?
- Kuidas näeksid omavalitsuste ülesannete decentraliseerimist erivajadusega inimeste abivajaduse hindamisel ja teenuste perearstid/patsiendi esindusorganisatsioonid?
- Kas ja millises mahu oleks mõistlik ülesandeid KOVidele anda?
 - Millised ülesanded oleksid delegeeritavad, millised peaksid riigile edasi jääma?

Lisa 2. Teenuste kasutamine ja summad KOV lõikes

VALD	TK_tee~d	EH_tee~d	REH_te~s	Abivah	EH_summa	REH_su~a	Isik_a~h
Alutaguse vald	206	9	20	180	88	16221.07	28595
Anija vald	103	19	20	178	27	18666.21	37829
Antsla vald	320	27	53	144	32	50248.39	30916
Elva vald	498	93	177	531	50	154011.3	84931
Haapsalu linn	350	42	32	375	181	26027.28	60408
Haljala vald	101	4	6	132	0	9513.36	19509
Harku vald	128	13	22	180	0	22359.93	45400
Hiiumaa vald	216	48	21	236	0	19699.68	39512
Häädemeeste vald	99	12	19	134	11	18256.31	21481
Järva vald	262	49	37	302	282	38014.13	56582
Jõelähtme vald	86	12	16	84	56	18472.4	13065
Jõgeva vald	497	75	153	496	71	149858.1	78268
Jõhvi vald	656	23	130	689	285	107567.6	119401
Kadrina vald	140	26	32	126	42	35671.66	17870
Kambja vald	251	30	129	279	25	116393.9	46136
Kanepi vald	193	76	91	187	327	62306.72	24737
Kastre vald	173	18	48	178	65	63973.27	34645
Kehtna vald	149	7	25	152	38	44270.45	30607
Keila linn	143	44	40	159	47	59731.76	40624
Kihnu vald	17	0	0	29	0	0	6894
Kiili vald	61	6	12	83	0	16597.47	18730
Kohila vald	118	13	20	119	78	18874.78	24846
Kohtla-Järve lin	2745	75	515	2088	321	392637	326210
Kose vald	121	32	32	145	162	41592.18	31245
Kuusalu vald	91	60	38	133	245	27477.12	25169
Loksa linn	59	3	4	77	0	3530.64	16228
Luunja vald	118	13	39	106	0	53833.64	22212
Lääne-Harju vald	289	24	46	311	13	61504.51	63160
Lääne-Nigula val	215	101	58	213	1109	32567.51	34749
Lääneranna vald	171	25	27	187	2	19408.46	43775
Lüganuse vald	448	14	49	386	111	43490.32	66503
Maardu linn	346	21	38	377	14	28084.21	67125
Muhu vald	38	2	9	55	0	10655.33	8318
Mulgi vald	255	35	66	352	28	57450.61	60737
Mustvee vald	222	17	62	259	0	57204.72	36824
Märjamaa vald	185	19	27	217	129	22241.8	31714
Narva linn	3541	131	359	3638	389	348339	666212
Narva-Jõesuu lin	263	3	26	226	2	21155.05	46779
Nõo vald	110	11	43	108	0	50202.93	14355
Otepää vald	232	27	81	213	107	80404.32	36014
Paide linn	329	52	67	342	88	87623.42	56470
Peipsiääre vald	219	13	81	239	0	65494.13	36370
Pärnu linn	1378	163	312	1772	260	232144.3	318526
Põhja-Pärnumaa v	268	58	58	308	18	36999.3	57323
Põhja-Sakala val	262	57	77	259	189	68086.81	44269
Põltsamaa vald	334	100	102	369	454	74777.8	51322
Põlva vald	706	65	208	655	53	220341.7	107748
Raasiku vald	72	6	12	99	120	18938.78	23868
Rae vald	128	6	24	139	25	23431.25	38530
Rakvere linn	389	41	65	500	103	85264.87	81111
Rakvere vald	156	6	15	139	0	14447.08	18255
Rapla vald	342	34	46	281	68	47852.45	44319
Ruhnu vald	4	0	1	1	0	62.06	514
Räpina vald	359	35	142	290	26	148606.1	39938
Rõuge vald	260	26	102	294	75	103005.8	49849
Saarde vald	159	6	11	134	0	8889.67	19413
Saaremaa vald	799	307	295	1248	1433	347137.2	216781
Saku vald	87	13	19	170	13	15096.51	31652
Saue vald	280	29	55	388	267	49658.8	109748
Setomaa vald	185	12	60	158	53	45464.95	20425
Sillamäe linn	879	48	129	664	134	81207.21	145672
Tallinn	7562	1006	1488	9876	1556	1791512	1922748
Tapa vald	375	46	85	414	79	95760.67	73982
Tartu linn	2741	488	1108	3426	504	1069350	550735
Tartu vald	266	39	64	265	0	54449.41	35441
Toila vald	215	11	30	181	27	19588	31277
Tori vald	322	47	66	379	146	42258.3	59496
Tõrva vald	255	51	70	248	0	82879.3	41689
Türi vald	333	44	53	314	81	67513.35	54880
Valga vald	1011	146	167	730	230	144933.9	121091
Viimsi vald	147	19	40	226	0	53705.65	58459
Viljandi linn	449	101	148	640	65	149424	117507
Viljandi vald	464	136	152	455	452	152160.3	84766
Vinni vald	205	25	22	248	18	20999.45	38607
Viru-Nigula vald	208	9	20	203	0	26133.32	25467
Vormsi vald	5	0	0	12	0	0	2442
Väike-Maarja val	161	43	48	210	527	56257.39	48900
Võru linn	486	68	193	534	194	184415.1	74537
Võru vald	546	50	167	468	74	160046.1	75857
Total	37562	4665	8424	41342	11669	8364431	7408299

Lisa 3. Detsentraliseerimise ja tsentraliseerimise protsess Soome näitel

Soomes vastutavad kohalikud omavalitsused sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuste osutamise korraldamise eest. Omavalitsused peavad pakkuma teenuseid inimestele, kellel on määratud puue ja kes vajavad abivajaduse teenuseid. Nende teenuste eesmärk on aidata puuetega inimestel osaleda ühiskonna tegevustes ja hõlbustada puuetega inimeste elu.

Puuetega inimestel on teenuste saamiseks vaja perearsti poolt väljastatud arstitõendit või puude otsust KELAst. Sellega saab pöörduda oma elukohajärgse omavalitsuse sotsiaalteenuste osakonna poole individuaalplaani koostamiseks. Sotsiaalteenuste osakond saab korraldada teenuste osutamist iseseisvalt või moodustada üksteisega ühiseid omavalitsusasutusi kas ise teenuseid osutades või erasektorst sisse ostes. Puuetega inimeste teenuste eest vastutavad Soomes riigi toetusel omavalitsused. Puudetoetusi makstakse otse inimestele, sellega tegeleb KELA. Puudetoetusi makstakse Soomes järgmiselt:

- *alla 16-aastaste puudetoetust,
- *üle 16-aastaste puudetoetust,
- *pensionäri hooldustoetust ja hooldustoetuse osana makstavat veteranitoetust.

Läbi KELA on võimalik puudega inimestel taotleda lisaks erinevaid päevarahasid ja hüvitisi. Nendeks on taastusravi toetus, laste rehabilitatsioonitoetus, pensionitoetus, eluasemetoetus, ravimite hüvitamine, transporditoetus ja elamistoetus. Puudetoetusi ja hooldustoetust antakse tähtajaliselt või määramata ajaks. Puudetoetused ja hooldustoetus on jaotatud vastavalt inimese vajadusele põhipuudetoetuse, suurenenud puudetoetuse ja kõrgema puudetoetuse järgi.

Puudetoetuste suurused:

- *põhipuudetoetus 74,19 eurot kuus,
- *suurenenud puudetoetus 173,12 eurot kuus,
- *kõrgeim puudetoetus 335,69 eurot kuus.

KELA toetab taastusravi-, eestkostja- ja tõlketeenuseid, väljastatakse puude kaarti. Samuti korraldab KELA rehabilitatsiooniteenuseid igas vanuses inimestele, vajalik on KOVi või arsti juures koostatud plaan. KELA toetab nii selleks vajamineva transpordikulu kui ka töötava isiku päevarahaga. Teenuseid viiakse läbi rehabilitatsioonikeskustes. Teenused on inimesele tasuta, KELA toetab otse teenusepakkuja. Taastusraviga seotud toiminguid ja teenuseid rahastatakse omavalitsuse maksutulust. Puuetega inimeste teenuste eest vastutavad peamiselt Soomes riigi toetusel omavalitsused.

2021. aastal viiakse Soomes läbi tervise- ja sotsiaalteenuste reform, mille eesmärk on tagada kõigile võrdne juurdepääs kvaliteetsetele tervise- ja sotsiaalteenustele. Praegu lasub Soomes vastutus tervise- ja sotsiaalteenuste korraldamises 310 omavalitsusel. Ressursid, mis omavalitsustel nende teenuste korraldamiseks on, erinevad märkimisväärselt. Praegu ei ole tagatud inimestele võrdne juurdepääs teenustele. Nii elanikkonnarühmade kui ka piirkondlikud erinevused on suurenenud, mis väljendub tervise ja heaolu ebavõrdsuses. Reform viib vastutuse tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ning päästeteenuste korraldamise eest kohaliku omavalitsuse tasandilt (omavalitsused) üle 22 piirkondliku omavalitsuse tasandile (maakonnad). Esialgu hakkab moodustatavate maakondade rahastamine põhinema peamiselt riigi rahastusel. Tervise- ja sotsiaalteenuste rahastamissüsteemi reformitakse ja see hakkab põhinema vajaduspõhistel standardiseeritud kriteeriumidel. Maakondade õigust maksudele otsustatakse parlamentaarselt. Omavalitsused jäävad edaspidi vastutama elanike heaolu ja tervise edendamise eest. Avalik sektor jääb edaspidi teenuste korraldajaks ja peamiseks teenuste pakkujaks. Erasektori osalejad ja kolmas sektor täiendavad rahvatervise- ja sotsiaalteenuseid.

Tervise- ja sotsiaalteenuseid arendatakse edasi tulevaste tervise- ja sotsiaalteenuste keskuste programmi raames.

Programmi eesmärk on luua Soomes laiaulatuslike teenustega tervise- ja sotsiaalteenuste keskused, mis peavad tagama inimestele sujuva teenuse pakkumise ja inimeste abistamise individuaalsete vajaduste rahuldamiseks. Samuti on reform suunatud inimeste rahvatervise ja sotsiaalteenuste usalduse parandamisele. Teenuste fookus viiakse spetsialiseeritud tervishoiult esmatasandi tervishoiule ja ennetusele. Senisest enam hakatakse rõhutatama sotsiaalhoolekande rolli.

Tulevaste tervise- ja sotsiaalkeskuste programmi viis peamist eesmärki:

- *parandada teenustele võrdset juurdepääsu ning teenuste kestust ja järjepidevust;
- *nihutada tegevuste fookus spetsiaalteenustelt ennetavale tegevusele;
- *tõsta teenuse kvaliteeti ja tõhusust;
- *tagada teenuste multidistsiplinaarsus;

*pidurdada kulutuste kasvu.

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ümberkorraldamise juhtrühm hakkab teenuste arendamist suunama. Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ümberkorraldamise juhtrühma all hakkab töötama koordineerimisrühm, mille liikmeteks on sotsiaal- ja tervishoiuministeeriumi ning Tervise ja Heaolu Instituudi ametnikud. Programmi haldamise eest vastutab Sotsiaal- ja Tervishoiuministeerium ning programmi operatiivse rakendamise eest Soome Tervise ja Heaolu Instituut.

Lisa 4. Ekspertide ettepanekud, kuidas saaks Eesti erivajadustega inimeste abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine toimuda parimal võimalikul moel



„Informatsioon on
kõige demokraatlikum võimuallikas.”

Alvin Toffler

Seadusandlus	Infosüsteemid	Hindamismetoodika	Koostöö teenuste pakkumisel	Teenuse osutajate pädevus	Teenuse osutajate piisavus	Rahastus	Kommunikatsioon ja teadlikkus
Õigusloome: selgus korralduses ja vastutuses eri tasandite vaates.	Infosüsteemid - andmete vahetus. Eeldab nii seadusandluse muutusi, mis on toodud esimeses veerus, aga ka infosüsteemide võimekuse arendamist vastavale tasemele.	Koostöös KOVidega töötada välja ühtne hindamismetoodika, mis tagab võrdse kohtlemise - inimesi käsitletakse ühtsetel alustel olenemata KOVist.	Teenuste pakkumisel on oluline koostöö nii riik-KOV kui KOV-KOV tasanditel. Kogemuste vahetuse igakülgne toetamine ja soodustamine.	Sotsiaaltöötaja rolli ja võimekuse kasvatamine ja pidev toetamine.	Selgitada välja teenuseosutajad ja tingimused (osakoormus, kaugtöö jmt) tagamaks nende olemasolu kõigis piirkondades.	Uus rahastusmudel, mis arvestaks erinevaid piirkonna eripärasid (nt asustustihedus, distants abivajajani).	Info peab riigi ja KOV-i poolt olema kergesti kättesaadav ja ühtne nii teenuseosutajatele kui abisaajatele.
Andmekaitse küsimused. Sotsiaaltöötaja pädevuste kirjeldus.	Vajalik on infosüsteemide ristkasutus. Inimene esitab info üks kord, info liigub süsteemide vahel.	Mitmetasandiline hindamine ja instrumendid. KOV teostab esmase hindamise, spetsiifilisemateks hindamiseks kaasab täiendavaid spetsialiste ja hindamisinstrumente.	Meetmed teenuste tagamiseks: vajaduste hindamine ja nendest (mitte pakkumusest) lähtumine; keerukamate teenuste ühine hankimine; häid teenusepakkujaid tuleb samm-	Teenuseosutajate ettevalmistamine ja toetamine riiklikul tasandil (haridusasutused).	Koostöö KOVide vahel, nt maakonna tasandil ühiste spetsialistide värbamiseks. See soodustab ka isereguleeruvust ja toetab võrgustike tekkimist.	Püsirahastus (vältida projektipõhist rahastamist). Eelarve sihtotstarbeline ja samas paindlik (võimaldaks ootamatustega toimetulekut).	Abisaajate teadlikkuse tõstmine: inimene teab, millised on tema õigused ja milliseid võimalusi pakutakse. Ta oskab oma vajadusi väljendada ning abi saamiseks pöörduda. Tulemusena

			sammult kasvatada (nt alusada miinimumnõuetes t ja liikuda sealt edasi); digi- ja kaugteenused (nt üle veebi nõustamise arendamine).				suureneb tema autonoomia ja vastutus.
Seadusliku aluse andmine, et SKA, TK, Rajaleidja, tervishoid ja KOV saaksid omavahel andmeid vahetada.	STAR ühilduvus teiste infosüsteemidega: tehniline keskkond, kus toimub hindamine, peab ühilduma teiste keskkondadega, kust saab andmeid.	Info hindamistest eri tasanditel liigub süsteemis (sotsiaaltöötaja kaudu), mitte selle eest ei vastuta abivajaja.	Teenuste ühtlustamine: vajalik rakendustugi - koolitused, nõustamised.	Erialane kõrgharidus ja täiendkoolitus (uued oskused ja teadmised) peavad vastama ootustele, mis on vajalikud KOVi sotsiaaltöötajale. (Näiteks juriidilised teadmised vmt.)	Valdkonna populariseerimine ja atraktiivsemaks muutmine (võimaluste näitamine). Seda saab teha nii KOV, teenuseosutajad kui riik.	Hoomamatu tulevikuväljavaade: milline eelarve rahuldaks tegelikku abivajadust nt 5 a pärast? Teadmise puudus süvendab hirmu.	Jagatud arusaama kujundamine, millal on nõ õige aeg abi taotleda? Et iseseisev toimetulek oleks maksimaalselt soodustatud ja samas ei pöörduks abi poole alles viimase hädas.
Seadusandluse muutus, et erinevatel osapooltel oleks abivajajast ja saadud teenustest kõikne ülevaade.	Arendatud tehnilised keskkonnad eeldavad ka kasutajate koolitusi.	Abivajaduse hindamise süsteem peab varasemast enam lähtuma konkreetse inimese vajadustes.	Töötada välja spetsiifilisi teenusmudeleid (nt sõltlased, autistid jne). Sellist arendustööd on lihtsam teha keskselt.	Stipendiumid sotsiaaltöö ja lastekaitse eriala kõigile üliõpilastele põhjalikuma hariduse omandamiseks.	Tasakaalustada negatiivseid juhtumeid, mis paratamatult saavad palju tähelepanu. Nt saade ERRis sotsiaaltöö populariseerimiseks.		Valdkonna väärtus KOV juhtkonnas.
Vähendada bürokraatiat - dokumenteerimist mitmesse keskkonda.		Riigilt heade ja toimivate tööriistade üleandmine. Nõustamisüksus SKAlt. Parimate praktikate jagamine.	Digi- ja kaugteenuste arendamine on mõistlik keskselt. Vajalik kasutajakoolitus.	Juhtumikorraldaja profiili täpsustamine - ametnik või eraldi teenuse osutaja?			



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks

2021