

Tartu Ülikool
Sotsiaal- ja haridusteaduskond
Ühiskonnateaduste instituut
Sotsioloogia õppekava

Tiit Loim

**Eesti ja nelja Euroopa riigi pikaajalise hoolduse
süsteemi analüüs omastehooldajate perspektiivist**

Magistritöö sotsioloogia erialal

Juhendajad: Häli Tarum (MA)

Avo Trumm (PhD)

Tartu 2015

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

Tiit Loim

29.05.2015

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE LONG-TERM CARE SYSTEMS OF ESTONIA AND FOUR EUROPEAN COUNTRIES FROM THE PERSPECTIVE OF FAMILY CARERS

Tiit Loim

The aim of this thesis is to find out which kind of support measures are offered to family carers and the persons with long-term care needs in other European countries and what are the outcomes of these measures. This provides information on already existing measures which Estonia could potentially adapt to give better support for its family carers. The long-term care systems of Estonia, Germany, United Kingdom, Italy and Sweden were analysed. The theory section of the thesis gives an overview of the themes and problems regarding family care in Estonia, presents the different types of long-term care regimes in Europe on which the choice of analysed countries was based, defines “beneficial practices” and presents methods for assessing policies and conditions for successful policy transfer. The subjects explored in the analysis are the long-term care services and benefits provided in analysed countries, the financial availability of services to people, the satisfaction of people with provided measures and the applicability of potentially beneficial measures in Estonia. Information from different studies, databases, web pages and other written sources containing respective information was used to conduct a comparative analysis of long-term care policies. The main results show that in general the long-term care systems of different countries offer similar types of main services and benefits. The systems of United Kingdom and Italy were found to offer a rather similar level of well-being for family carers as Estonia, a greater level being in Sweden and Germany, where services are more more attainable. Satisfaction with measures appeared difficult to estimate, but the quality of services was given rather similar assessments by people in all countries. Four specific measures were considered as potentially beneficial for raising the well-being of family carers in Estonia and were chosen for closer examination: the public responsibility for care and national high cost protection of care services in Sweden and respite care and care leave measures in Germany.

Keywords: long-term care, family care, informal care, well-being, support measures, comparative analysis, Europe, Estonia

Sisukord

ABSTRACT	3
Sissejuhatus	6
1. Teoreetilised ja empiirilised lähtekohad	8
1.1. Omaste- ja pikaajaline hooldus Euroopa võrdlevas sotsiaalpoliitilises kontekstis	8
1.2. Eesti omastehooldajate ja pikaajalise hoolduse süsteemi olukorra kirjeldus	10
1.2.1. Eesti omastehooldajate olukorda käsitlevad kvantitatiivsed uuringud	13
1.2.2. Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi analüüse	15
1.3. Euroopa pikaajalise hoolduse režiimid	16
1.4. Abi ja hoolduse vormid	17
1.5. Kasulik praktika	19
1.6. Poliitikate ülekantavus	20
1.7. Probleemiseade, uurimuse eesmärk ja uurimisküsimused	22
2. Uurimismeetod	24
3. Analüüs.....	26
3.1. Omastehooldajatele ja hooldatavatele osutatavad teenused ja toetused uuritavates riikides	26
3.1.1. Eesti	27
3.1.2. Itaalia	31
3.1.3. Rootsi	34
3.1.4. Saksamaa	37
3.1.5. Suurbritannia	40

3.2. Hooldusteenuste kättesaadavus uuritavates riikides	44
Meetod.....	44
Tulemused	45
3.3. Uuritud riikide elanike hinnang toetustele ja teenustele	50
4. Diskussioon	55
Kokkuvõte	61
Kasutatud allikad.....	63
Lisa 1. Riikide PAH süsteemide ülevaatlük info	75
Tabel 1. Riikide PAH süsteemide ülevaatlük info	75
Tabel 1. jätk. Teenuste ja toetuste saamise tingimused.....	81

Sissejuhatus

Käesoleva magistritöö ajendiks olid mitmed ajakirjanduses ilmunud Eesti omastehooldajate eluolu äärmiselt mustas valguses kajastavad Eesti tõenäoliselt tuntuima omastehooldajate õiguste eest võitleja, ajakirjanik Tiina Kangro artiklid, mis mõjutasid mind selle teema kohta täpsemat selgust otsima.

Senised Eesti omastehooldajaid puudutanud uuringud ei ole katnud kõiki aspekte, tagamaks piisav informeeritus, mille pealt oleks võimalik luua maksimaalset heaolu tagavat, teadmispõhist sotsiaalpoliitikat. Seetõttu on antud töö eesmärgiks üks uurimist vajavatest teemadest: uurida, milliseid meetmeid ja poliitikaid (ingl *policy*) on omastehooldajate toetamiseks rakendatud teistes riikides, milliseid tulemusi on saavutatud nii hooldatavate kui hooldajate seisukohast ning mida võiks Eestil olla kasulik omastehooldajate heaolu parandamiseks üle võtta. Omastehooldust on siin mõistetud kui pereliikmete, sugulaste, sõprade või tuttavate osutatud mitteametlikku hooldust sõltumata hooldatava vanusest, reeglina tasuta ning hooldatava kodus. Valik langes Euroopa riikidele nende geograafilise ja kultuurilise läheduse tõttu, mille tõttu võib loota suuremat tõenäosust meetmete rakendamise võimalikkuseks Eestis. Lõplikusse valikusse jäid neli Euroopa riiki: Itaalia, Rootsi, Saksamaa ja Suurbritannia. Need riigid esindavad kõik erinevaid Euroopa hooldusrežiime ja peaks seega pakkuma valikut erinevatest lähenemistest. Töö keskendub kokkuvõttes pikaajalise hoolduse süsteemidele, kuna omastehooldus muutub kurnavaks just pikema hooldusvajaduse korral ning raamistikku, milles hooldajad ja hooldatavad teenuseid saavad või ei saa, võib üldiselt nimetada pikaajalise hoolduse süsteemiks.

Eesmärgi saavutamiseks kasutan allikatena kõikvõimalikke eri riikide pikaajalise hoolduse süsteemide kohta informatsiooni pakkuvaid allikaid nagu teadusartiklid, uuringud, institutsioonide kodulehed, andmebaasid ja ametlik statistika. Uurimismeetodiks on võrdlev sotsiaalpoliitikate analüüs, mille käigus otsin kõrgemat heaolu tagavaid meetmeid ja analüüsin, kui võrd võimalik on neid Eesti tingimustes rakendada.

Töö koosneb neljast peamisest peatükist. Teooriaosa annab ülevaate omastehoolduse ja pikaajalise hooldusega seotud mõistetest ja trendidest Euroopas, Eesti omastehooldajate ning pikaajalise hoolduse süsteemi probleemistikust, Euroopa pikaajalise hoolduse režiimidest, abi ja hoolduse erinevatest vormidest, kasuliku praktika tähendusest ja poliitikate ülekande

põhimõtetest. Meetodi peatükis on lähemalt kirjeldatud allikate analüüsi ja sotsiaalpoliitikate võrdlevat analüüsi. Analüüsi osas esitan riikide pikaajalise hoolduse süsteemide kirjeldused, elanike rahulolu teenustega ja info teenuste kättesaadavuse kohta ning diskussiooni peatükis arutlen, milliseid meetmeid võiks ja saaks Eestis rakendada.

Töö valmimisega seoses soovin tänada oma juhendajaid Avo Trummi ja Häli Tarumit ning samuti Tiina Kangrot, kellelt idee uurida teiste riikide praktikaid algselt pärineb.

1. Teoreetilised ja empiirilised lähtekohad

1.1. Omaste- ja pikaajaline hooldus Euroopa võrdlevas sotsiaalpoliitilises kontekstis

Hooldusteenuste korraldus on Euroopa vananevas (nt Euroopa Komisjon 2014) ühiskonnas üha aktuaalsem valdkond¹ ning seega muutub üha märgatavamaks ka küsimus, kuidas hooldussüsteemid saaksid kliendile pakkuda maksimaalset heaolu. OECD riikide endi esindajate hinnangul oli 2009.–2010. aasta seisuga kõige tähtsam poliitiline prioriteet tagada pikaajalise hoolduse (PAH) süsteemide majanduslik jätkusuutlikkus, sellele järgnesid koduhoolduse propageerimine ning hoolduse kvaliteedi tõstmine (OECD 2011: 39).

Mitme autori hinnangul oli uuringutele vaatamata põhjalik arusaam sellest, mil määral omastehooldajate vajadustele on vastu tulnud, endiselt vähene ning leidub lahendamata probleeme, kuidas neid kõige paremini toetada (Audit Commission, 2004; Pearlin, Harrington, Powell-Lawton, Montgomery, ja Zarit, 2001, viidatud Lamura jt 2008: 753 kaudu). Uurimused on kindlaks teinud mitmed inimeste teenuste kasutamist mõjutavad faktorid, mille hulgas lisaks kohalikele võimalustele ja hooldaja ning hooldatava omadustele on informatsiooni puudus, mured teenuse korraldatuse ja hinna pärast ning personali poolt pakutava professionaalse teenuse madal kvaliteet (Arksey ja Hirst, 2005; Lowenstein ja Ogg, 2003; Nolan ja Mestheneos, 2006; Zarit ja Leitsch, 2001, *ibid*). Mõnede autorite hinnangul pole isegi Euroopa kõige arenenumad perede toetamise hooldussüsteemid suutnud eelnevat teadmist kasutada, et tunnustada omastehooldajaid kui partnereid või kaaseksperte eksisteerivas ametlikus hooldussüsteemis (Banks 2004; Nolan ja Mestheneos 2006, *ibid*). Mitmed üleeuroopalised uuringud, nt CARMEN, OASIS, PROCARE, SOCCARE, CARMA, on rõhutanud tugevama partnerluse vajadust omastehooldajate ja professionaalsete hooldajate vahel läbi integreeritumate ja kasutajakesksemate teenuste (Banks, 2004; Kroø ger, 2003; Leichsenring, 2004; Lowenstein ja Ogg, 2003, *ibid*).

¹ Kuigi antud töös keskendutakse kõigile abivajajatele vanuserühmast sõltumata, on suurem osa pikaajalist hooldust vajavatest inimestest vanemaealised, näiteks OECD riikides moodustavad alla 65aastased pikaajalise hoolduse klientidest viiendiku (OECD 2011: 40–41).

Eriti tugevalt mõjutab inimeste elu just pikaajaline abivajadus, seetõttu on antud töös keskendunud **pikaajalisele hooldusele**, mida OECD on defineerinud kui „hulka teenuseid, mida vajavad kahanenud füüsilise või kognitiivse teovõimega inimesed ning kes on seetõttu pika aja jooksul sõltuvad abist igapäevaeluga toimetuleku tegevustes nagu vannis käimine, riidesse panemine, söömine, voodist või toolist tõusmine, liikumine ja WC kasutamine“ (OECD 2014: 1). Mainitud hooldustegevusi pakutakse aga tihti koos meditsiiniteenustega nagu abi haavade ravimisel, valu kontrollimisel, ravimite võtmisel, terviseseisundi kontrollimisel, ennetusel, samuti rehabilitatsioon ja palliatiivne ravi. Seega hõlmab pikaajaline hooldus nii hoolekande kui meditsiini komponente, mistõttu on keeruline nende kahe komponendi vahele piiri tõmmata (Euroopa Komisjon 2012a: 8). Eestis nimetatakse hooldust vajava isiku meditsiiniabi reeglina õendusabiks. Antud töös mõistan pikaajalist hooldust mõlema, nii hooldusteenuste kui õendusabina.

Lähenedamine pikaajalisele hooldusele on seotud sotsiaalsete ja moraalinormidega, valitsuse poliitika ja teiste riigispetsiifiliste muutujatega (OECD 2011: 38). Mõnede jaoks jääb pikaajaline hooldus erasfääri, kus pere ja sõbrad tegelevad tasustamata hooldusega, teised näevad seda kui kollektiivset kohustust (ibid.). Esimest juhtu nimetatakse **omastehoolduseks** (ingl *family care*, tihti ka *informal care*). Omastehooldust on eri uuringutes mõistetud erinevalt, näiteks olenevalt sellest, millisest pakutava hoolduse mahust alates võib isikut nimetada hooldajaks. Antud töös on omastehooldust mõistetud kui isikute poolt eelkõige oma igas eas² pere liikmetele, sugulastele, kuid ka sõpradele, naabritele jne osutatavat mitteametlikku hooldust kodustes tingimustes, mille eest reeglina hooldatavalt tasu ei saada. Seda tüüpi hoolduse pakkumine on tänapäevani väga levinud ning kõigis OECD riikides mahukam kui ametlikud hooldusteenused (ibid.).

Euroopa Komisjoni ühe uuringu kohaselt moodustasid Euroopa Liidus 2010. aastal avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele ligikaudu 1,8% riikide sisemajanduse kogutoodangust, riigiti on kulutustes suured erinevused (Euroopa Komisjon 2012b: 10). OECD hindas OECD riikide keskmiseks 2011. aastal sarnaselt 1,5% (OECD 2011: 37), seega on kokkuvõttes tegu pigem üsna väikese osaga kogu sotsiaalkulutustest, mis Euroopa Liidu riikides moodustavad keskmiselt kolmandiku (29,5% 2012. aastal) SKT-st (Eurostati...2015a).

² Iga rõhutan seetõttu, et tihti uuritakse omastehoolduse puhul vanemaaliste (vanus 65+) hooldajaid, kuid pikaajalist hooldust võivad vajada ka nooremad.

Keskmiselt on pikaajalise hoolduse süsteemid rahastatud suuremal osal avaliku sektori poolt (OECD 2011: 37). Suurem osa nii pikaajalise hoolduse teenuse osutajatest kui klientidest Euroopas on naised, viimane tuleneb nende pikemast keskmisest elueast (Euroopa Komisjon 2012b: 59). Ka omastehooldajad on valdavalt naised, kas lapse, õe, abikaasa või sõbra/naabrina, moodustades arvestatavalt umbes kaks kolmandikku omastehooldajate koguarvust ning olles veelgi suurem raske hooldusvajadusega juhtumite puhul (Mestheneos ja Triantafillou 2006: 17). Sooline jaotus on võrdsem kohtades, kus hooldust pakuvad üksteisele vanemad inimesed (ibid.).

Eelnevad arvud lähevad ligikaudu kokku ka Euroopa Elukvaliteedi Uuringu (EQLS 2012) tulemustega, mille põhjal hooldas oma elatanud või puudega sugulast Euroopas iga päev keskmiselt 6,6% inimestest ning vähemalt kord nädalas 14,5%, vähemalt kord nädalas hooldajate hulgas oli naisi veidi rohkem (16,2% meeste 12,2% vastu), iga päev hooldajaid oli aga naiste seas ligi poole võrra rohkem (8,1% meeste 4,5% vastu).

1.2. Eesti omastehooldajate ja pikaajalise hoolduse süsteemi olukorra kirjeldus

Perekonnaseaduse (PKS) paragrahvid 96 ja 97 sätestavad, et ülalpidamist on kohustatud andma täisealised esimese ja teise astme ülenejad ja alanejad sugulased, ülalpidamist saama õigustatud isikud on lisaks isiku lastele ka muud abivajavad alanejad või ülenejad sugulased, kes ei ole võimelised ennast ise ülal pidama. Perekonna kohustus hoolitseda oma abivajavate liikmete eest on olemas ka põhiseaduse § 27. Seadusega on määratud ka see, millises järjestuses sugulased ja abikaasa hooldust pakkuma peavad. Abivajava isiku abikaasa annab ülalpidamist enne abivajava isiku sugulasi (PKS § 107), alaneja sugulane annab ülalpidamist enne ülenejat sugulast (PKS § 105), kui isik on ülalpidamise andmisest vabastatud, annab ülalpidamist isik, kes on seda kohustatud tegema järgmisena (PKS § 106). Teineteise ülalpidamiskohustus on perekonnaseaduse § 16 järgi ka abikaasadel.

Probleemseks võib neid regulatsioone pidada riigi ja omavalitsuste vähese toe tõttu omastehooldajatele (nt PricewaterhouseCoopers 2009) ja teenuste kohatise kalliduse tõttu võrreldes inimeste elatustasemega – nt hooldekodu keskmine hind 400–600 € kuus (Riigikontroll 2014), samal ajal kui keskmine töövõimetuspension on 200 € kuus (Sotsiaalkindlustusameti...2015a) –, aga ka muudel põhjustel, millest allpool juttu tuleb. Tõsi,

omavalitsustel on kohaliku omavalitsuse korralduse seaduse § 6 järgi ülesanne korraldada vallas või linnas sotsiaalabi ja -teenuseid ning vanurite hoolekannet, lisaks sotsiaalhoolekandeseaduse § 8 järgi sotsiaalteenuste, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi andmist ning määrata ja maksta sotsiaaltoetusi. Samuti on sotsiaalhoolekandeseaduse § 3 toodud sotsiaalhoolekande üheks põhimõtteks abi andmise kohustus, kui isiku ja perekonna võimalused toimetulekuks ei ole piisavad, kuid ülalpidamise kaaskohustust see sellises sõnastuses ühelegi konkreetsele institutsioonile või haldusüksusele kaasa ei too. Sellele vaatamata rahastavad omavalitsused mitmel juhtudel inimeste hooldusteenuseid, kuid nagu on välja toodud allpool, ei järgita abi andmise otsustamisel tihti mingeid kindlaid kriteeriume ning samuti on teenuste valik omavalitsuseti väga erinev, osades omavalitsustes puuduvad näiteks täielikult koduteenused (PricewaterhouseCoopers 2009: 5).

Sugulussideme puhul on teatud juhtudel siiski võimalik ülalpidamiskohustuse tingimusi muuta või neist vabaneda. Põlvnemisest tulenevast ülalpidamiskohustusest on võimalik vabaneda selles ulatuses, milles isik ei ole võimeline ülalpidamist pakkuma, kahjustamata enese tavalist ülalpidamist. Vanemad alaealise lapse hooldamise kohustusest mõjuva põhjuseta ei vabane, kuid põhjuse olemasolu korral on võimalik elatist vähendada. (PKS § 102). Mõjuva põhjuse kriteeriumid ei ole sealjuures seaduses täielikult piiritletud.

Kohus võib isiku ülalpidamiskohustuse täitmisest vabastada, täitmist ajaliselt piirata või elatise suurust vähendada ka juhul, kui kohustuse täitmist nõuda oleks äärmiselt ebaõiglane. Täpseid ebaõigluse kriteeriumeid seaduses pole, välja on toodud “eelkõige” juhud, kui abivajadus on tekkinud hooldust vajava isiku enda ebamõistliku käitumise tagajärjel, isik on jämedalt rikkunud oma ülalpidamiskohustust ülalpidamiskohustuslase vastu või on süüdi tahtlikus kuriteos ülalpidamist andma kohustatud isiku või tema lähikondse suhtes. Kui hooldust vajava isiku nõuet on eelneva põhjal piiratud, ei või ta nõuda ülalpidamist ka teistelt sugulastelt. Alaealise lapse ülalpidamiskohustusest vanem eelneva põhjal ei vabane. (PKS § 103).

Abielu puhul seadus hooldusest vabanemise võimalust ei paku, ülalpidamiskohustuse tingimuste muutmiseks tuleb kõigepealt abielu lahutada ning seejärel kohtule avaldus esitada. Lahutuse korral puudub automaatne kohustus endist abikaasat üleval pidada, kuid teatud tingimustel on lahutatud abikaasal siiski võimalik ülalpidamist taotleda, näiteks kui lahutatud abikaasa ei suuda pärast lahutust ühise lapse hooldamise tõttu ise enda ülalpidamise eest

hoolitseda, võib ta teiselt lahutatud abikaasalt nõuda endale ülalpidamist kuni lapse kolmeaastaseks saamiseni. Lisaks võib üks abikaasa teiselt ülalpidamist nõuda, kui lahutatud abikaasa ei suuda kas oma vanuse või oma terviseseisundi tõttu pärast lahutust ise enda ülalpidamise eest hoolitseda ning vanusest või terviseseisundist tingitud abivajadus oli abielu lahutamise ajaks olemas (vt täpsemalt PKS § 72 ja § 73). Kohus võib küll ka sellist nõuet piirata või kaotada, kui elatise nõudmine oleks äärmiselt ebaõiglane, täpsemad juhised paiknevad PKS § 76, samas pole ebaõigluse kriteeriumid seaduses siiski lõplikult piiritletud.

Seaduste hooldaja heaolu vaatepunktist käsitlemise puhul ei tohiks seega olla võimalik, et sugulast hooldava isiku elukvaliteet langeb lubamatult madalale. Suurem osa puudega täiskasvanute ja laste hooldajatest tõepoolest oluliselt teenuste üle ei kurda (nt GfK, Sotsiaalministeerium 2009), aga nagu eeldada võib, on raskemas olukorras suurema hooldusvajadusega hooldatava lähedased. Näiteks mõjutab 54% omastehooldajatest hooldama professionaalse hoolduse liiga kõrge hind (Leppik, Tulva, Kasepalu, Tammsaar ja Laidmäe 2011), 27% sügava puudega isikute hooldajatest on hooldamise tõttu katkestanud täielikult õppimise või töötamise (Saar Poll, Tartu Ülikool, Sotsiaalministeerium 2009), 13% sügava puudega lastest pole saanud, kuid vajavad koduhooldust (GfK, Sotsiaalministeerium 2009), esineb mitmeid muid probleeme (pikemalt järgnevas peatükis “Eesti omastehooldajate olukorda käsitlevad kvantitatiivsed uuringud”). Eriti problemaatilised üksikjuhtumid on kajastust leidnud ka ajakirjanduses (nt Kangro 2011, 2012). Pikemalt on seda temaatikat kajastatud uuringus “Perekonna kohustused (sotsiaalsete probleemide tõttu) abi vajavate pereliikmete ees” (Henberg, Muller ja Alekand 2012).

Situatsioonis, kus isik peab tagama oma abikaasa või sugulase hoolduse, on tal võimalus maksta hooldusteenuse eest ise täies mahus, taotleda omavalitsuse või riigi rahastatud kohta teenusel või hooldada isikut ise oma vahenditega. Otsus selle üle, kas ja mis tingimustel kedagi teenustele lasta, tehakse omavalitsustes, kuid puuduvad riiklikud juhendid, mille põhjal omavalitsus otsuse tegema peab. Seega on valiku põhimõtted täielikult omavalitsuse otsustada. Sellise olukorra probleemsele hooldekodude seisukohast on tähelepanu juhtinud ka Riigikontroll, näiteks kontrolliti vaadeldud omavalitsustes hooldekodu kaasrahastuse määramisel vaid 14% juhtudest perekonna varanduslikku seisut, kuigi omavalitsuse ehk maksumaksja osa rahastuses peaks olema seda väiksem, mida suurem on perekonna maksevõime (Riigikontroll 2014: 2). Samuti puudub Eestis seaduse tasandil paika pandud

hindamisinstrument hooldusvajaduse hindamiseks, mistõttu määratakse ka hooldusvajadus omavalitsustes eri alustel. Sotsiaalministeerium on avaldanud soovitusliku hindamisinstrumendi, kuid auditeeritud omavalitsustest oli seda kasutanud vaid üks, ühel juhul oli kasutatud enda välja töötatud vormi, ülejäänutel puudus hindamisinstrument ja alus otsuse tegemiseks jäi segaseks (Riigikontroll 2014: 15–16).

1.2.1. Eesti omastehooldajate olukorda käsitlevad kvantitatiivsed uuringud

Teadaolevalt on Eestis suuremahulise otseselt omastehooldajatele keskenduva uuringu läbi viinud vaid Tallinna Ülikooli sotsiaaltöö instituut. Samas pole see uuring kogu Eestile üldistatav, kuna inimesi küsitleti vaid Tallinnas ja Lääne-Virumaal. Nende 2010. aastal 448 omastehooldaja hulgas läbi viidud 65aastaseid ja vanemaid hooldavate inimeste uuringus vastas 85,9% intervjueritud omastehooldajatest küsimusele, millised asjaolud on mõjutanud otsust eakat hooldada, et mõjutegur oli kohusetunne. Veidi üle poole, 54,5%, vastas, et muid võimalusi polnud, 54% leidis, et professionaalse hoolduse hind oleks olnud liiga kõrge. Vastuseks küsimusele, millised põhjused on kõige olulisemad, eristusid teiste variantide seast drastilise vahega isiklik vastutustunne, emotsionaalne side ja kohusetunne, kümne variandi hulgas pidas üht neist kolmest kõige olulisemaks 88,4% (Leppik jt 2011: 22–23).

Seega leidis veidi alla poole omastehooldajatest, et hind või muud tegurid ei olnud otsustavad, selgelt kõige olulisemad tegurid oli emotsionaalne side ja kohusetunne. Vaid 5,1% olid nõus hooldamist jätkama ainult juhul, kui saavad veidi rohkem tuge teenustena, perelt või sõpradelt, 93,1% oli valmis hooldust samamoodi või isegi suuremal määral jätkama. 60% polnud mingil juhul nõus kaaluma eaka paigutamist hooldekodusse ning vaid 9,9% oli pidanud hooldamise tõttu töökoormust vähendama, veel väiksem osa (7,3%) tööst loobuma (Leppik jt 2011: 35–36). Samas olid 67% vastanutest vanaduspensionärid, mistõttu ei anna töökoormuse andmed tasakaalustatud ülevaadet. Ülaltoodud tulemuste põhjal võiks järeldada, et üldine rahulolu on väga kõrge, kuid see oleks ennatlik. Valim koosnes erineva hoolduskoormusega vastajatest, kelle hulgas oli arvestataval määral ka vähese koormusega hooldajaid (36,2% hooldas kedagi 1–3 tundi päevas). Kahjuks ei eristatud antud andmestikus erinevaid gruppe, mistõttu pole võimalik võrrelda vähem ja rohkem koormatud hooldajate vastuseid, millest suure tõenäosusega selguks, et suurema hoolduskoormusega hooldajate hinnang oma olukorrale on märgatavalt madalam.

2009. aasta Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuringus (Saar Poll jt 2009) uuriti 16aastaste ja vanemate puudega inimeste ja nende hooldajate toimetulekut, valimiks oli 1130 puudega inimest ja 567 pereliiget. Ligi kolmveerand puudega inimestest hindas, et nende sissetulek on toimetulekuks piisav, veerandil ei jätkunud raha isegi vältimatute kulutuste tarbeks, pooled sõltusid materiaalselt kas täielikult või osaliselt mõnest lähedasest inimesest. 48% valiks tasuta teenuste asemel rahalise hüvitise, mille puhul saab ise otsustada, millist teenust selle eest osta. 43% ei olnud rahul abivahenditega, 60% pidas neid liiga kalliks (ibid.: 72).

Kõige suuremat vajadust tundsid puudega inimesed taastusravi (32%) ja koduhooldusteenuste (17%) järele. Erinevate teenuste mittesaamise peamiseks põhjusteks oli puuetega täiskasvanute jaoks kas infopuudus või asjaolu, et puudega inimene ei tulnud selle peale, et võiks teenust taotleda (30%), samuti materiaalsed raskused teenuste saamisega seotud väljaminekute tegemiseks (19%). 13% nentis, et kohalik omavalitsus ei ole talle vajalikke teenuseid võimaldanud, 16% aga, et saab ise vajalikul määral hakkama. Kõrvalabi vajadus sõltus kõige rohkem puude raskusastmest, sügava puudega inimestest vajas seda 76%, 71% vajas hooldusabi (Saar Poll jt: 61). Oluline oli ka puude liik ja eeldatavalt isiku vanus, 75aastastest ja vanematest vajas kõrvalabi 88%. 77% õppivatest või töötavatest 16–64aastastest hooldajatest ei olnud pidanud viimase aasta jooksul puudega pereliikme abistamise või hooldamise tõttu vähendama koormust või loobuma õppimisest/töötamisest. 18% aga oli pidanud seda tegema, mehed veidi rohkem (22%) kui naised (14%) ning suurema hoolduskoormusega pereliikmed üle kolme korra rohkem kui väiksema hoolduskoormusega pereliikmed (vastavalt 29% ja 9%), sealjuures oli 27% sügava puudega isikute hooldajatest katkestanud õppimise või töötamise hooldamise tõttu täielikult (ibid.: 63).

Kõige rohkem on õppimises või töötamises pidanud muudatusi tegema sügava puudega, liitpuudega, aga ka nooremate ehk 16–29- ja 30–49aastaste puuetega inimeste hooldajad. Kõige vähem vaba aega oli naistel, suurema hoolduskoormusega ja sügava puudega inimeste eest hooldajatel. Kõige enam vajasid hooldajad transporditeenuseid, rahalist toetust ning teenuseid, mis aitaksid hoolduskoormust jagada ja vähendada: tugiisiku, isikliku abistaja, koduabilise ja põetaja, aga ka ööpäevase hoiu või päevakeskuse teenuseid. Lisaks tundsid hooldajad vajadust rehabilitatsiooni-, tervishoiu- ja nõustamisteenuste järele. (Saar Poll jt 2009: 18–20).

2009. aasta “Puudega lastega perede toimetuleku ja vajaduste uuringus” (GfK Custom Research Baltic Eesti filiaal ja Sotsiaalministeerium 2009) analüüsi eelneva uuringuga sarnaseid punkte 1031 leibkonnas, kus kasvas 0–17aastane puudega laps. 54% puudega laste vanematest leidis, et teenust pakutakse neist liiga kaugel, 57%, et teenuste saamiseks on pikk järjekord, 50% vanematest polnud teadlikud pakutavatest teenustest, 48% õigusest teenust saada ja 40% vastas, et teenuse maksumus oli liiga kallis (GfK ja Sotsiaalministeerium 2009: 50). Üldiselt olid vanemad teenustega rahul, suuremat osa teenustest kas ei vajatud või oli saadud (ibid.: 43), kuid eeldatavalt oli rühmiti erinevuseid. Kõige enam tundsid vanemad puudust füsioterapeudi teenustest, mida polnud kasutanud, aga vajas 13% lapsi ja oli saanud, kuid vähem, kui vaja 19%. Järgnesid psühholoogi, sotsiaalnõustamise ja tegevusterapeudi teenused. Ehk üllatuslikult vajati ühena kõige vähematest koduhooldus- ja koduõendusteenust, mida polnud saanud, aga vajas vastavalt 4% ja 2% lastest. (ibid.) Samas näiteks sügava puudega lastest polnud saanud koduhooldust, kuid vajas 13%, koduõendust 9%, isikliku abistaja teenust 23%. Vaimupuude või psüühikahäirega lastest vajas, kuid polnud saanud päevakeskuse teenust 10%. (ibid.).

1.2.2. Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi analüüse

Euroopa Komisjon (2012a: 16, 75) on hinnanud, et institutsionaalne hooldus (õendushaiglad, haiglad) katab Eestis ligikaudu 8%, koduhooldus 12% ja rahalised toetused ligikaudu koduhooldusega samas mahus kogu hooldusvajadusest³. Seega jääb selle hinnangu järgi umbes kaks kolmandikku hooldusvajadusega isikutest ametlikelt teenustelt välja ehk kas omaste hooldada või hoolduseta. Samas tõdevad nad meetodi mitmeid probleeme, näiteks võib rahaliste toetuste ja koduhoolduse vahel olla kattuvus, mida ei saa infopuuduse tõttu arvestada, hooldusvajaduse hinnangud pole päris täpsed ning on subjektiivsed ning mõnede riikide esitatud info teenuste saajate arvu kohta on puudulik (Euroopa Komisjon 2012a: 15). Seega tuleks neid hinnanguid võtta pigem ligikaudsetena. Meetodi hinnangulisusest tulenevat kaheldavat täpsust tõdes ka PricewaterhouseCoopers oma 2009. aasta uuringus jätkusuutliku eakate hooldamise süsteemi väljatöötamise kohta, kuid jõudis üldjoontes sarnastele järeldustele: Eesti Demograafia Instituudi andmete põhjal hindasid nad kogu teenuste

³ Hooldusvajaduse katvust mõisteti sellena, mitu protsenti raske puudega isikutest saab teenust. Raske puue (*severely disabled*) ei ole siin sama, mis konkreetne mõiste Eestis, vaid üldistatud mõõdik kõigile Euroopa Liidu riikidele.

hooldusvajaduseks 2008. aasta seisuga 65aastastest ja vanemate elanike seas 37,8%, millest 24,7% oleks kaetud ametlike teenustega ja ülejäänud omastehooldusega (PricewaterhouseCoopers 2009: 7). Tegelikult oli tasakaal vastupidine, ametlike teenuseid sai 2007. aastal 65aastastest ja vanematest 5,6% ehk 12746 inimest (tegelik näitaja), omastehooldust aga 32,2% ehk 73810 inimest (hinnanguliselt), mis tähendaks, et omastehooldajad katsid lausa 85% hooldusvajadusest. 2008. aastal hindasid nad teenustest kõige suuremateks murekohtadeks koduteenused ja koduõenduse, mille vajadusest on rahaliselt kaetud vastavalt vaid 15% ja 10% (ibid.: 8). Nende hinnangul oli selge, et süsteemi efektiivsemaks muutmiseks ei piisa, et vajadust paremini rahuldada ning vajalik oleks lisavahendite toomine süsteemi. Samuti leiti, et probleem on teenuste suur sõltuvus omavalitsuste finantsvõimekusest, mille erinevuste tõttu on teenuste hinnad ja kättesaadavus omavalitsustes väga erinev. Kokkuvõttes polnud eakate hooldamise mudel jätkusuutlik, kuna katmata oli suur osa teenuste vajadusest (ibid.: 5, 8).

1.3. Euroopa pikaajalise hoolduse režiimid

Kuna kõiki riike, kust potentsiaalselt mõnda kasulikku praktikat leida, ei ole kahjuks aja ja ressursside piiratuse võimalik analüüsida, pidin tegema valiku, millised riigid antud töös analüüsi kaasata. Valik langes Euroopa riikidele läheduse ja teatava sarnasuse ning seotuse tõttu riikide vahel, mille tõttu võib loota, et on tõenäolisem leida lihtsamalt ülekantavaid meetmeid. Et valitud riigid esindaks võimalikult erinevaid süsteeme, otsustasin valida vähemalt ühe riigi erinevate Euroopa hooldussüsteemide hulgast. Riiklike erinevuste tõttu pere hooldusrollides, naiste tööhõives, avaliku ja erasektori kulutustes hooldamisele ja jaotuses kodu-, institutsionaalse (*residential*) hoolduse ja toetuse vahel on Lamura jt (2008) eri autoritele toetudes (Alber ja Köhler 2004; Anttonen ja Sipila 1996; Kautto 2002; Rostgaard 2002) jaganud Euroopa riigid erinevaid hooldusrežiime esindavaks:

- Skandinaavia mudel (nt Rootsi): avaliku sektori suur rahastus kodu- ja institutsionaalsele hooldusele, vähene osa perel; kõrge naiste tööhõive
- Liberaalne mudel (nt Suurbritannia): suunab avalikud hooldusteenused rohkem haavatavale osale ühiskonnast, ülejäänud osa elanikest saab pigem erasektori hooldusteenuseid

- Subsidiaarne mudel (nt Saksamaa): suunab peavastutuse peredele, aga toetuseks on pikaajalise hoolduse kindlussüsteem, mis rahastab hooldust pakkuvaid kiriklikke ja mittetulundusorganisatsioone
- Perele tuginev mudel (nt Kreeka ja Itaalia): piiratud avaliku sektori kohustused, kesksel rollil mängivad sugulusvõrgustikud; madal naiste tööhõive
- Ülemineku mudel (nt Poola): sarnane perekeskse mudeliga riikidele, aga vähemate majanduslike võimalustega (Munday 2003, Lamura jt 2008: 754 kaudu).

Sellest jaotusest lähtuvalt said analüüsi kaasatud Rootsi, Suurbritannia, Saksamaa ja Itaalia (valides Kreeka ja Itaalia vahel langes valik viimase kasuks Kreeka viimaste aastate sündmuste tõttu, mis seavad küsimärgi alla sealse süsteemi jätkusuutlikkuse). Aja piiratuse tõttu esindab ülemineku mudelit käesoleval juhul Eesti.

1.4. Abi ja hoolduse vormid

Brandt jt (2009) toovad välja, et SHARE uuringus eristatakse vanemaealiste isikute abistamisel kolme tüüpi tegevusi, millest üks on füüsiline hooldamine ja kaks erinevat tüüpi abi majapidamises. Kokkuvõtvalt saab Brandti jt (2009: 589) põhjal eristada hooldamist ja abi (ingl. *care* ja *help*):

- Hooldus nagu riidesse panemine, pesemine, söömine, voodisse ja voodist välja käimine, WCs käimine. (*care*)
- Praktiline abi majapidamises ehk koduabi nagu abi remondi tegemisel, aia hooldamine, transpordiabi, poes käimine, majapidamistööd. (*help*)
- Abi paberimajanduses nagu abi dokumentide täitmisel, rahaga ja juriidilistes toimingutes. (*help*)

Lisaks on levinud ka eristus igapäevategevuste (ingl *activities of daily living* (ADL)) ja käeliste igapäevategevuste (*instrumental activities of daily living* (IADL)) vahel. Esimesed on põhilised enese eest hoolt kandmise tegevused, mis tavaliselt õpitakse varajases lapsepõlves. Sinna alla käivad söömine, WCs käimine, sobiva riietuse valimine, riietumine, pesemine, käimine ja liikumine. Mõnikord viidatakse ADLidele ka elementaarsete igapäevategevustena (*basic activities of daily living* (BADL)) (Caring.com...2015). Teise alla aga käivad

keerukamad iseseisvaks eluks vajalikud tegevused nagu enda rahaasjadega tegelemine, transport (auto juhtimine või ühistranspordiga liiklemine), poes käimine, söögitegemine, suhtlusvahendite kasutamine, ravimitega hakkamasaamine, kodused majapidamistööd (ibid.).

Antud töö fookuses on eelkõige hooldus ning igapäevaelu tegevused, kuna nende puudulikkus on abipakkujale kõige koormavam. Seega keskendun just pidevat hooldust (*care*) vajavate inimeste hooldamisele ja olen tööst välja jätnud selliste teenuste ja toetuste analüüsi, mis puudutavad abi (*help*) vajadusega isikuid.

Hoolduse vormide puhul kasutatakse mõnikord samade teenusevormide puhul erinevaid mõisteid. Näiteks Euroopa Komisjoni raport kirjeldab, et pikaajalist hooldust pakutakse hulgas eri tingimustes, näiteks koduteenustena (*home care*), institutsionaalsena (õendushaiglad, haiglad (*institutional: nursing homes, hospitals*)) ja hoolekandeesutustes (*residential care*). Päevakeskused paigutatakse üldnimetaja *semi-residential care* alla (Euroopa Komisjon 2012a: 8). Eestikeelse mõiste “hoolekandeesutus” alla on Sotsiaalministeeriumi koduleheküljel paigutanud vaid üldhooldekodu, Eesti.ee koduleheküljel on hoolekandeesutusteks märgitud aga ka päevakeskused, tugikodud, erihooldekodud, varjupaigad jt.

Terminoloogiline olukord on seega segane, lisaks esineb erinevaid kombineeritud teenuseid. Samuti pole allikates tihti täpsustatud, millised asutused on üldnimetaja all arvesse võetud, näiteks viidatakse Saksamaal koduhoolduse vastandina teenuseid saanud isikutele nii eri dokumentides nii mõistetega *institutional care* (Saksamaa Tervishoiuministeerium 2014) kui *residential care* (Augursky ja Mennicken 2013). Seetõttu ei pruugi erinevad väljatoodud teenuste saajate mahud riigiti täpselt võrreldavad olla, võimalusel olen täpsustavad märkused lisanud teenuste üldnimetajate järele. Olenemata erisustest grupeerimises on teenused eristatavad, kuigi tihti ühes asutuses kombineeritud (hooldusteenused: kas spetsiaalses asutuses ilma meditsiiniteenusteta (hooldekodu), mida pakuvad hooldajad või kodustes tingimustes koduhooldajate näol) ja õendusabi (põhiliselt õdede pakutavad õendusprotseduurid kas vastavas asutuses (õendushaigla) või ka kodu tingimustes).

Euroopa Komisjon on välja töötanud juhised hooldusteenuste deinstitutionaliseerimiseks Euroopa riikides, mille käigus eemaldataks kliendid suurtest institutsioonidest⁴, mis lõikavad nad ära oma kogukonnast ja perekonnast ning takistavad ühiskonnaelus osalemist. Selle asemel tuleks lähtuvalt jagatud Euroopa väärtustest nagu inimväärikus, võrdsus ja inimõiguste austamine, üle minna pere- ja kogukonnapõhisele hooldusele. (Euroopa Komisjon 2012c: 5,10). Seega võib öelda, et Euroopas eelistatakse suurtele hooldekodudele väiksemaid ja kodukesksemaid alternatiive. Sarnast teed, institutsionaalse hoolduse võimalusel vähendamist ja koduhoolduse arendamist, on suures osas Euroopa Liidu riikides seni ka mindud (Euroopa Komisjon 2012a: 16).

1.5. Kasulik praktika

Kuna käesolev töö püüab leida, milliseid praktikaid teistest riikidest võiks meile üle kanda, vajab selgitust, milline praktika väärib ülevõtmist, mida võiks nimetada kasulikuks praktikaks. Staroňová (2002) on Dunnile (1994) ja Pattonile (1986) tuginedes poliitike hindamise kriteeriumitena välja toonud efektiivsuse, adekvaatsuse, tõhususe, kasumlikkuse, institutsionaalse toe olemasolu, õigluse, huvidele vastavuse ja kohasuse. Kriteeriumid, mille juurde tulen tagasi töö diskussiooni peatükis, on esitatud Tabelis 1. Ideaaljuhul saaks kasulik praktika kõrge hinde iga kriteeriumi osas, kuid arusaadavalt võib näiteks eriti sotsiaalpoliitika valdkonnas suuremat heaolu kaasatav praktika vähemalt esmapilgul suure maksumuse tõttu tunduda vähe kulutõhus jne.

Lühidalt kokkuvõttes vääriks rakendamist praktika või poliitika, mis suure tõenäosusega tõstab praeguste või potentsiaalsete omastehooldajate subjektiivset ja objektiivset heaolu, mõjutades positiivselt järgmisi valdkondi: omastehooldajate sissetulek ja sotsiaalne kaitse ning garantiid; omastehooldajate tööhõive; omastehooldajate subjektiivne hinnang oma heaolule; hoolduskoormusest tulenevate tervisehäädade leevendamine; omastehooldaja sotsiaalse aktiivsuse suurenemine. Kõike eelnevat tuleks tagada hooldatavate heaolu vähendamata ning seda võimalusel suurendades läbi teenuste valiku ja kvaliteedi tõstmise.

⁴ Institutsiooni on siin mõistetud kui igasugust tüüpi hooldusasutust (*residential care*), mis lõikab asutuse elanikud ära laiemast kogukonnast ja sunnib neid koos elama; mille elanikel pole piisavalt kontrolli oma elu üle ja neid mõjutavate otsuste üle; asutuse nõuded kipuvad olema olulisemad elanike vajadustest.

Samuti ei tohiks valitud meetmed rakendada teiste valdkondade ressursside olulise vähendamise arvelt.

Tabel 1. Poliitika hindamise kriteeriumid

Kriteeriumi tüüp	Küsimused	Otsustuse aluse näide
Efektiivsus	Kas soovitud tulemus on saavutatud/saavutatav? Kas planeeritud poliitika toob kaasa kavatsetud efekti? Kui suures ulatuses aitavad plaanitud tegevused kaasa eesmärgi saavutamisele?	Teenuse ühikud
Adekvaatsus	Kui suures ulatuses planeeritud tulemus probleemi lahendab?	Fikseeritud kulud Fikseeritud efektiivsus
Tõhusus	Kui suuri jõupingutusi oli vaja, et saavutada soovitud tagajärg? Kuidas saavutada eesmärk minimaalsete kuludega?	Ühikukulu Tulu-kulu analüüs Kuluefektiivsus Diskonteerimine
Kasumlikkus	Kas algatatud projektist saadav tulu kompenseerib praegused kulud?	Kulu-tulu analüüs Rahanduslike mõjude analüüs
Institutsionaalne tugi	Kas eksisteeriv administratiivne süsteem on suuteline antud poliitikat või programmi ellu viima? Mis on peamised organisatsioonilised piirangud?	Võimekus Organisatsiooniline toetus Võim
Õiglus	Kas kulud ja tulud on jagatud erinevate gruppide vahel võrdselt (sissetulekute klass, vanus, rass, sugu, perekondlik kuuluvus, elukoht)?	Pareto kriteerium Kaldor-Hicks'i kriteerium Rawls'i kriteerium
Huvidele vastavus	Kas poliitika tulemusena on rahuldatud erinevate gruppide vajadused, eelistused ja väärtused?	Avaliku arvamuse uuringud
Kohasus	Kas soovitud tulemused (eesmärgid) on ka tegelikult väärtuslikud?	Ühiskondlikud programmid peaksid olema nii õiglased kui ka tõhusad

Allikas: Staroňová 2002: 31–32

1.6. Poliitikate ülekantavus

Teistelt riikidelt praktikate ülevõtmisel tuleb arvestada, kas ja mil määral on võimalik neid teistes tingimustes rakendada. Dolowitz ja Marsh (2000: 5) on sõnastanud poliitika ülekandmise (ingl *policy transfer*) kui protsessi, kus teadmisi poliitikatest, administratiivsest korraldusest, institutsioonidest ja ideedest ühes poliitilises kontekstis (olgu minevikus või olevikus) kasutatakse poliitikate, administratiivse korralduse, institutsioonide ja ideede arendamiseks teises poliitilises kontekstis.

Teiste riikide praktikate ülevõtmise juures on selge, et üks-ühene ülekandmine ei pruugi olla võimalik. Näiteks, mida keerukam on poliitika, seda keerulisem on seda üle kanda (Dolowitz ja Marsh 1996: 353). Keerukusega seoses on Rose (1993: 132–134) püstitanud järgmised hüpoteesid:

- Ühe eesmärgiga poliitikad on lihtsamini ülekantavad kui mitme eesmärgiga poliitikad.
- Mida lihtsam probleem, seda tõenäolisem on ülekanne (näiteks empiiriline fookus – mida lihtsam on tulemusi mõõta – on näide lihtsusest).
- Mida otsesem tundub suhe probleemi ja lahenduse vahel, seda tõenäolisemalt poliitika üle kantakse.
- Mida vähem tundub poliitikal olema kõrvalmõjusid, seda tõenäolisemalt poliitika üle kantakse.
- Mida rohkem poliitika ülekandjatel on informatsiooni, kuidas poliitika teises asukohas töötab, seda lihtsam on ülekanne.
- Mida lihtsamini on võimalik ülekande tulemusi ennustada, seda kergem on poliitikat üle kanda.

Potentsiaalseid takistusi on lisaks veel mitmeid, Dolowitz ja Marsh (1996: 353–354) on välja toonud, et piiravaks võivad saada järgmised asjaolud:

- Varasemad poliitikad piiravad seda, mida saab üle võtta ja mida poliitikategijad poliitika ülekandmiselt ootavad.
- Institutsionaalsed ja struktuursed piirangud.
- Ülekanne sõltub seda teostava poliitilise süsteemi poliitilistest, bürokratlikest ning majanduslikest ressurssidest, mis poliitikat ellu viivad.
- Domineeriv kohalik ideoloogia – ülekande toimumine ja edukus on tõenäolisem, kui poliitika on kooskõlas kohaliku domineeriva ideoloogiaga. (Robertson (1991: 71) näitab USA osariikide põhjal, et ühte ideoloogiat toetavad valitsused ei võta reeglina omaks teise ideoloogia alla käivat seadust, isegi kui need pole loogiliselt teineteist välistavad).

- Bürokratia suurus ja efektiivsus riigis.
- Riigi tehnoloogilised võimalused (näiteks arenenud maade mürgiste gaaside emissioonistandardid nõuavad sellise tehnoloogia paigaldamist, mis käib madalalt arenenud riikidele üle jõu).
- Majanduslikud ressursid.

On selge, et Eestil pole selliseid rahanduslikke ressursse nagu maailma jõukaimatel riikidel, süsteemide ülesehituslikud erinevused on kohati suured (näiteks Eesti ja Saksamaa kindlustusel põhineva süsteemi vahel). Samuti võib väita, et kuna sotsiaalpoliitika peab arvestama kõigi väga keerukate mõjudega inimühiskonnas, ka inimeste psühholoogiliste iseärasustega, siis on tegu keeruka valdkonnaga, mis teoreetiliselt võib ülekannet takistada. Eesti poliitika paindlikkuse tõestuseks võib samas lugeda näiteks 2014. aasta 20. märtsil allkirjastatud koalitsioonilepingut Sotsiaaldemokraatliku Erakonna ja Reformierakonna vahel, millega liberaalne Reformierakond muu hulgas nõustus märkimisväärselt tõstma universaalseid lastetoetusi, mis on eelkõige sotsiaaldemokraatlik samm ja millele seni kindlalt vastu oldi.

Ülaltoodud poliitikate ülekantavavuse indikaatoreid kasutan töö diskussiooni peatükis hindamaks, milliseid potentsiaalselt kasulikest meetmetest on lihtsam või võimalik Eestisse üle tuua.

1.7. Probleemiseade, uurimuse eesmärk ja uurimisküsimused

Pikaajaline hooldus on valdkond, kus hooldajale ja hooldatavale suurt heaolu on raskete tervisehäädade elukvaliteeti madaldava iseloomu tõttu tõenäoliselt raske tagada ka väga hea poliitikakorraldusega. Nagu on pikemalt kirjeldatud peatükis “Eesti omastehooldajate ja pikaajalise hoolduse süsteemi probleemistiku kirjeldus”, on Eesti omavalitsustes rahapuuduse tõttu puudu ka hooldusteenuseid, suuremahulisemate teenuste nagu hooldekodu eest tasumiseks ei piisa reeglina hooldatava enda vahenditest, näiteks keskmisest pensionist, omastehooldajatele pole ette nähtud hoolduspuhkust ja esineb mitmeid teisi probleeme. Kokkuvõttes on süsteemi peetud vajadustele mittevastavaks (nt PricewaterhouseCoopers 2009). Kuigi kõiki probleeme pole võimalik lahendada, on siiski võimalik süsteemi parandada. Parandamise eelduseks on aga piisav informeeritus olukorrast ja võimalustest.

Eelnevalt lähtuvalt sai käesoleva magistritöö teemaks valitud teiste riikide süsteemide põhjalik uurimine, et tagada piisav informeeritus mujal tehtust, mis võrdluse läbi võiks esitada võimalusi, milliseid meetmeid kaaluda ja mis on nende eeldatav tagajärg omastehooldajate eluolule. Uurimuse eesmärgiks on luua eeldus Eesti pikaajalise hoolduse süsteemi parandamiseks omastehooldajate heaolust lähtuvalt.

Ülaltoodud ülesannetele lahenduse leidmiseks on magistritöö uurimisküsimused järgmised:

- **Milliseid teenuseid ja toetusi ning mis mahus eri riikides pakutakse omastehooldajatele ja nende hooldatavatele?**
- **Kuivõrd rahaliselt kättesaadavad on hooldusteenused riikide lõikes?**
- **Milline on eri riikides kasutajate hinnang toetustele ja teenustele?**
- **Kas ja millistel tingimustel on teiste riikide head praktikad Eestis rakendatavad?**

2. Uurimismeetod

Antud töös kasutatavat uurimismeetodit võib nimetada sotsiaalpoliitikate võrdlevaks analüüsiks. Poliitikaanalüüsi on samas keeruline konkreetselt defineerida ja piiritleda. Näiteks Dunn (2004: 2) defineerib seda kui multidistsiplinaarse uurimuse protsessi, mis on kavandatud looma, kriitiliselt hindama ja kommunikeerima informatsiooni, mis on kasulik poliitikate mõistmisel ning paremaks tegemisel. Staroňová (2002: 6) hinnangul leidub eri definitsioonides siiski ühisosa: “Poliitikaanalüüs on rakenduslik distsipliin, mis kasutab uurimisel süsteemset lähenemist ja erinevaid meetodeid, uurib alternatiivseid valikuvõimalusi ning püüab avalike probleemide lahendamiseks mõista sotsiaaltehnilisi teemasid”. Hea poliitikaanalüüs hõlmab nii kvantitatiivse kui kvalitatiivse iseloomuga informatsiooni (ibid.).

Sõnal “poliitika” on eesti keeles kahene tähendus. Inglise keeles on eraldi terminid *politics* ning *policy*, millest esimene väljendab eelkõige poliitilist otsustusmehhanismi, erinevaid maailmavaateid ja võimu realiseerimist, teine aga käsitleb konkreetsete valdkondade probleemide lahendamisele suunatud tegevust. Eesti keeles esindab sõna “poliitika” mõlemat, poliitika analüüs tähendab käesoleval juhul viimast – selle vasteks inglise keeles on *policy analysis*. Aruka poliitika loomisel on eelnev analüüs määrava tähtsusega. “Hästi ja õigeaegselt läbiviidud poliitikaanalüüs on üks olulisemaid avaliku halduse tõhususe parandajaid, kuna pelgalt tavaarusaamade ja “tunde” järgi tehtud otsused kujutavad endast suurt vahendite ja aja raiskamist”. (Staroňová 2002, saatesõna Drechsler ja Raidma).

Magistritöö praktiline meetod, mille andmetele võrdlev analüüs toetub, on erinevate dokumentide (nt arengukavad, rahvusvaheliste organisatsioonide raportid), andmebaaside (nt MISSOC, H-Veeb, S-Veeb), uuringute (EQLS, SHARE, FLOWS), seadusandluse (valdkonda reguleerivad õigusaktid), institutsioonide kodulehtede (ministeeriumid, erinevad sotsiaalvaldkonna ametid) ja teiste asjassepuutuvate allikate (nt teatud konkreetseid mõisteid selgitavad internetileheküljed) info analüüs, mis annab ülevaate analüüsi kaasatud riikide omasteholdajate ning pikaajalise hoolduse olukorrast. Kaasasin riikide pikaajaliste hooldussüsteemide analüüsi sellised teenused ja toetused, mis puudutavad otseselt omasteholdajaid või hooldatavaid, kuna mõlemad on kokkuvõttes kõige otsesemad tegurid, mis mõjutavad omasteholdaja heaolu. Kaudsemate teguritena on arvesse võetud ka hooldajate majanduslikku seisu üldisi mõjutajaid, nagu sissetulek, pension, üldised sotsiaal- ja muud toetused. Teenuste loetelu ei ole hõlma kõiki puudega inimestele pakutavaid teenuseid,

välja on jäetud need, mida pakutakse mitte hooldust (*care*), vaid pigem abi (*help*) vajavatele isikutele, kes üldjoontes tulevad enda eluga ise toime. Näiteks Suurbritannia autotoetus puudega isikule eeldab, et isik on suuteline omal käel linnas liiklema, teenused nagu töötamise toetamise teenus Eestis aga, et isik on võimeline töötama. Sellise toimetulekuastmega isikud ei vaja pidevat suuremahulist hooldust ja ei ole seega käesoleva töö fookuses.

3. Analüüs

Käesolev kirjeldava analüüsi peatükk on jaotatud uurimisküsimuste kaupa, millele peatükk vastuse annab. Kolm esimest uurimisküsimust on vastatud antud peatükis, küsimus „Kas ja millistel tingimustel on teiste riikide head praktikad Eestis rakendatavad“ on vastatud diskussiooni peatükis.

3.1. Omasteholdajatele ja hooldatavatele osutatavad teenused ja toetused uuritavates riikides

Selles peatükis toon välja kokkuvõtavad kirjeldused analüüsitud riikide pikaajalise hoolduse süsteemide kohta, mis koos töö lõpus paiknevas lisade peatükis asuva kokkuvõtva täpsemaid numbreid sisaldava tabeliga (Lisa 1. Tabel 1) annavad süsteemidest ülevaate. Lisades paikneva tabeli puhul on toetuste määrad ja teenuste hinnad mahutatud esimesse poolde ning suurem osa toetuste ja teenuste saamise tingimusi on tabelite loetavuse tagamise eesmärgil tabeli teises pooles. Kui teises pooles pole tingimusi esitatud, tähendab see, et tingimused on lühidalt kokkuvõetavad ning selguvad juba määrade ja hindade esitamisega. Lisaks toetuse ja teenuste ülevaadetele on peatükkide ees ka riikide süsteemide toimimist selgitavad üldised kirjeldused.

Tabelist 2. on näha, et riikide majanduslik võimekus on küllalt erinev. Rootsi ja Saksamaa sisemajanduse kogutoodang elaniku kohta on kõige kõrgem, Suurbritannial ja Itaaliale veidi madalam, Eestis selgelt kõige madalam. Sotsiaalsele kaitsele kulutab Eesti protsendina SKT-st teiste riikidega võrreldes lausa kaks korda vähem ning veelgi drastilisem on erinevus kulutuste osas pikaajalisele hooldusele, kus Eesti kulutab protsendina SKT-st viis korda vähem kui tasemelt järgmine Saksamaa ning lausa ligikaudu 18 korda vähem kui Rootsi, kes eristub teistest väga suure protsendiga. Seetõttu on eeldatav, et kordades erinevad kulutused ning erinevused üldise majandusliku heaolu tasemes tingivad erinevusi ja sotsiaaltoetuste ja -teenuste pakkumises. Sellele viitavad ka pikaajalise hoolduse süsteemide katvuse numbrid, millesse tuleks siiski suhtuda ettevaatlikult, kuna andmed on kohati ennustuslikud (täpsemalt peatükis “Hinnangud Eesti pikaajalise hoolduse süsteemile“).

Tabel 2. Analüüsitud riikide pikaajaliste süsteemide majanduslik taust

Riik	SKT elaniku kohta (PPP, 2013, \$)	Kulutused sotsiaalsele kaitsele (% SKT-st, 2012)	Avaliku sektori kulutused PAH-le, tervishoid + sotsiaalne (% SKT-st, 2011)	PAH katvus (kui suur osa sihtgrupist ehk raske puudega isikutest saab teenust) (2010) (*andmete täpsus küsitav, kohati prognoositud)		
				Institutsionaalne hooldus	Koduhooldus	Rahalised toetused
Eesti	25461,9	15,4	0,2	7,9%	12,2%	~13%
Itaalia	35597,3	30,3	1,91 (2010)	6,2%	17,6%	~39%
Rootsi	45148,1	30,5	3,6	32%	31,7%	~34%
Saksamaa	44469,4	29,5	1	8,5%	18,2%	~25%
Suurbritannia	38451,7	28,8	1,97 (2010)	4,7%	20,6%	~33%
Allikad:	Maailmapanga...2015	Eurostati...2015a	OECD 2013: 187; Itaalia ja Suurbritannia: Euroopa Komisjon 2012a: 11	Euroopa Komisjon 2012a: 16,75		

3.1.1. Eesti

Eesti kulutab võrreldes teiste analüüsi kaasatud riikidega oluliselt vähem avaliku sektori vahendeid nii sotsiaalsele kaitsele üldiselt⁵ kui ka pikaajalisele hooldusele⁶. Hoolekandeteenuste pakkumine on hetkel “Sotsiaalhoolekandeseaduse” ja “Kohaliku omavalitsuse korralduse seaduse” põhjal jaotunud riigi ja omavalitsuste vahel. Jaotus, teenuste nimekiri ja alus toetuste saamiseks on toodud Lisa 1. Tabelis 1.

Teenused

Hoolekandeadustustes (üldhooldekodud) sai 2013. aasta jooksul teenuseid 9605 isikut (siia alla käivad ka aasta sees lahkujad ja lisandujad), 2013. aasta lõpus oli hooldusel 6333 inimest, kellest riiklikku pensioni said peaaegu kõik ehk 6312, kellest omakorda suurem osa ehk 5299

⁵ 2012. aastal 15,4% (Eurostati...2015a)

⁶ 2011. aastal 0,2% vs nt Saksamaa 1% ja Rootsi 3,6% (OECD 2013: 187).

inimest sai vanaduspensioni, 817 inimest töövõimetuspensioni ja 193 rahvapensioni. Hoolekandeesutustes oli 2013. aastal kokku 6919 kohta (Statistikaamet 2013), seega riigis keskmiselt oli kohti rohkem kui teenusel kliente. Enamik omavalitsuste hooldekodudest on siiski rahvast täis ning vajaduse tekkimise korral ei pruugi eelistatud hooldekodus või kodu lähedal kohta olla (Riigikontroll 2014: 2). Valdavas osas omavalitsuse hooldekodudes on kohamaksumus vahemikus 400–600 €. Riigikontrolli 2014. aasta auditis uuritud kümnes hooldekodus oli omavalitsus aidanud koha eest tasuda umbes pooltel juhtudel 168st uuest kliendist aastal 2012, omavalitsuse panus jäi vahemikku 32–500 €, keskmine oli 200 € (Riigikontroll 2014: 18).

2009. aasta uuringu põhjal sai hoolekandeesutuses hooldamisteenust tasuta 21%, tugiisiku või isikliku abistaja teenust 55%, päevakeskuse teenust 62% ja koduhooldusteenust 71% puudega isikutest, ülejäänutel tuli teenuste eest kas osaliselt või täielikult ise tasuda (Saar Poll jt 2009: 81). Maakondade kaupa on aastalõpu statistika põhjal kohtade puudus aktuaalsem saartel, Järvamaal ja Läänemaal (ibid.). Kõige suurem osa hooldusteenuste rahastusest kulus just hoolekandeesutustes hooldamisele. 68,3% ulatuses ehk kokku 28305798 € tasusid 2013. aastal hooldekodukoha eest kliendid, 31% ehk 12839271 € ulatuses tasusid teenuste eest omavalitsused, riigieelarvest tasuti teenuste eest 177480 € ulatuses. Kliendi kohta kulutati kuus keskmiselt 552 €. (H-Veeb). Riigikontroll uuris 2014. aastal eakate hoolekande korraldust omavalitsuste hooldekodudes ja leidis hulga probleeme, näiteks olid omavalitsused hooldekodu kohta rahastades vaid 14% juhtudel kontrollinud kliendi rahalist seisut, samuti ei põhjendatud otsuseid, kui suure pidi eakas oma pensionist kohatasuks maksma (Riigikontroll 2014: 2).

Koduteenuseid sai 2013. aasta jooksul (koos aasta sees lahkujate ja lisandujatega) 6435 inimest. 95,5% rahastusest ehk 4764495 € tuli kohalike omavalitsuste eelarvetest, 4,3% ehk 212508 € klientidelt, väga väike osa, 11288 € riigi eelarvest. Keskmiselt kulutati kliendi kohta kuus 65 €. (S-Veeb).

Isikliku abistaja teenust sai 2013. aastal 389 inimest. 84% ehk 520600 € rahastusest tuli kohalike omavalitsustelt, 6,7% ehk 41765 € riigi eelarvest ja 5% ehk 30902 € klientide omaosalusest. (S-Veeb).

Antud töös asjasse puutuvad riigi poolt pakutavad teenused on rehabilitatsiooniteenus, ööpäevaringne erihooldusteenus ning lapsehoiuteenus raske ja sügava puudega lastele. Rehabilitatsiooni jaoks on ette nähtud kuni 51 € aastas rehabilitatsioonitoetus ja rehabilitatsiooniteenuse kompenseerimine olenevalt isiku vanusest, töövõimest ja psüühikahäire olemasolust 483 € kuni 2325 € aastas (Vabariigi Valitsuse määruse “Rehabilitatsiooni...2015). Täpsemad hindade kirjeldused leiab Lisa 1. Tabelist 1. Teatud kindlatele teenustele on eraldi piirmäärad, näiteks füsioterapeudi teenus kompenseeritakse kuni 117 € eest aastas, mille eest näiteks Ida-Tallinna Keskhaiglas saaks kuus tunniajalist seansi, kuid arsti saatekirja olemasolu korral saab füsioteraapiat ka tasuta (Ida-Tallinna...2015).

Lapsehoiuteenust raske või sügava puudega lapsele sai 2013. aastal 614 last. Kokku kulutati teenustele 394550 €, mis teeb lapse kohta 643 € aastas. (S-Veeb). Suurem osa 2013. aastast oli riigi maksimaalne kompensatsioon lapsehoiu kompenseerimiseks sügava või raske puudega lapsele 371 € (Vabariigi Valitsuse määrus “Riigi rahastatava...2013), seega moodustas riigi kompensatsioon veidi üle poole tarbitud teenusest. Kui teenust soovitakse saada riiklikult kehtestatud maksimaalse maksumuse määrast rohkem, katavad teenuse kulud kokkuleppel lapsevanem ja elukohajärgne omavalitsus (Sotsiaalministeerium). Lisaks on võimalik saada täiendavat rahastust läbi erinevate projektide, SA TÜK Lastefondi poolt kehtestatud toetus ühele lapsele on 1500 eurot aastas, eeldusel, et ära on kasutatud lapsele ettenähtud riigi rahastatav lapsehoiuteenuse summa (MTÜ Eliise Puhkusepesa 2015). 2015. aastal on riigi kompenseeritav sügava või raske puudega lapsele 402 € aastas (Vabariigi Valitsuse määrus “Riigi rahastatava...2015), selle summa eest on keskmiselt võimalik lapsehoiuteenust pakkuda umbes viis ööpäeva (Tartu Ülikooli...2015).

Ööpäevaringse erihooldusteenuse eri vorme sai 2013. aastal kokku 2643 inimest (H-Veeb). Teenustele kulutati kokku 19,8 miljonit eurot, millest 69% tasus riik ja 30% teenuse saajad (ibid.). Seal maksaks enda rahastatud koht ligikaudu 750 € kuus (vt Lisa 1. Tabel 1), ent Sotsiaalkindlustusameti (SKA) suunamiskirjaga peab isik ise tasuma vaid toitlustuse ja majutuse eest ehk umbes 250 € kuus. Kui isik maksab eelarvelise koha eest ise, peab talle pärast kohatasu maksmist kätte jääma 15% oma tuludest, mis tal oleks pärast tulumaksu, töötuskindlustusmaksu, kogumispensionimaksu ja elatise tasumist (SHS § 11¹⁹ 2015). Eelarvelisele kohale pääsedes on kohatasu maksmine seega küllaltki jõukohane, probleem on

aga järjekorrad, mistõttu kõigile taotlejatele eelarvelisi kohti ei jätku. Ööpäevaringsete teenuste (erihooldusteenust ja ööpäevaringne teenus ebastabiilse remissiooniga isikutele ning ööpäevaringne teenus sügava liitpuudega isikutele) järjekorras oli 16.02.15 seisuga 439 inimest, kuid järjekord ei väljenda ainult uusi kliente, osad järjekorras olijatest võivad juba teenust saada, kuid oodata kohta teise asutusse (Sotsiaalministeerium 2015). Sotsiaalkindlustusameti 31.10.2013 andmetel oli õigus erihooldekandeteenust taotleda 12 417 inimesel, kuid nad ei olnud seda teinud ehk ei olnud end järjekorda pannud ega teenust saanud. Seega on erihooldekandeteenuste õigustatud potentsiaalseid taotlejaid lisaks praegustele teenusesaajatele ja järjekorras olijatele ligi kolm korda (2,65 korda) enam. (Erihooldekande arengukava 2014–2020: 8–9 (2014)).

Toetused

2012. aasta Euroopa elukvaliteedi uuringus (EQLS) vastas 8,2% inimestest, et hoolitseb iga päev elatanud või puudega sugulase eest. Antud töös analüüsitud riikidest oli vastav protsent kõrgem vaid Itaalias. Statistikaameti järgi oli 2014. aastal 20aastaseid ja vanemaid (lähim kättesaadav arv täisealiste isikute arvule) elanikke 1046480. 8,2% sellest tähendaks ligikaudu 86000 inimest. Hooldajatoetuse saajaid oli aga 2015. aasta jaanuaris 11597. Neist 10473 ehk 90,3% hooldas täisealist inimest. Tööl käis 27,3% hooldajatoetuse saajaist, vanaduspensionari sai 40,4%, 15,7% olid tööealised kodused (tööealine, koduses majapidamises tegev), 9,8% töövõimetuspensionärid ja 4,6% registreeritud või mitteregistreeritud töötud (Sotsiaalministeerium 2015). Toetuse suuruse ja saamise tingimused määravad vastavalt sotsiaalhoolekandeseadusele omavalitsused ning selle suurus on omavalitsustes küllalt erinev, varieerudes 15,34 eurost 150 (Audru vald) euroni kuus, arvestuslik keskmine hooldajatoetuse väljamakse oli 2015. aasta jaanuaris 27,24 € (Sotsiaalministeerium 2015).

Eesti keskmine töövõimetuspension oli 2015. aasta 1. jaanuari seisuga 199,7 € ja keskmine vanaduspension 348,2 € (Sotsiaalkindlustusameti...2015a).

Hetkel on hooldajatoetuse saajal võimalik ennast töötuna arvele võtta ja saada töötukassa teenuseid. Puudega lapse ja täiskasvanu hooldamise toetust saavate inimeste eest maksavad omavalitsused sotsiaalmaksu juhul, kui isik ei tööta ja ei saa riiklikku pensioni (Sotsiaalmaksuseadus § 6).

3.1.2. Itaalia

Pikaajalisele hooldusele kulutas Itaalia 2010. aastal ligikaudu 1,91% SKT-st (Euroopa Komisjon 2012a: 11). PAH süsteemi iseloomustab suur institutsionaalne killustatus, rahastus ja teenuste korraldus on jaotunud omavalitsuste (Itaalias on 8100 omavalitsust (*comuni*)) ja regionaalsete võimude vahel (Itaalias on 20 regiooni (*regioni*) ja 110 provintsi (*province*)). Otseselt PAH organiseerimisega seotud on omavalitsused, kohalikud tervisekeskused (*aziende sanitarie locali, ASL*), õendushaiglad vanemaealistele (*residenze sanitarie assistenziali, RSA*), sotsiaalkindlustusamet (Istituto Nazionale Previdenza Sociale, INPS), kuid teised institutsioonid osalevad planeerimises ja rahastamises, näiteks riik, regioonid ja provintsid. Suur osa pikaajalise hoolduse rahastusest tuleb otse majapidamistelt ning mitteametliku hoolduse osakaal on suur, erasektori koduhooldust pakuvad tihti immigrandid. Üldistavalt võib öelda, et Põhja-Itaalias on avalikud PAH teenused küllalt levinud, mis tuleneb osalt naiste suuremast tööhõivest ning arenenumast haldussüsteemist ning rohkematest rahalistest võimalustest, Lõuna-Itaalias aga langeb hoolduskoormus peamiselt peredele. (Tediosi ja Gabriele 2010: 1–2).

Igapäevaselt hoolitses oma elatanud või puudega sugulase eest 9% inimestest (EQLS 2012), mis on antud töös analüüsitud riikidest kõige kõrgem protsent. Erinevalt paljudest teistest Euroopa Liidu riikidest ei ole Itaalia pikaajalise hoolduse süsteemis viimase kahekümne aasta jooksul suuremaid muutusi läbi viidud (Jessoula ja Pavolini 2013). Erinevad juriidilised aktid ja arengukavad on küll määranud eesmärgiks suuna institutsionaalselt (*institutional*) hoolduselt koduhooldusele ning sotsiaalteenuste minimaalse pakkumise taseme üle riigi, kuid suurt reformi on siiani takistanud rahastus – Itaalia on suur riigivõlg –, samuti poliitilised eelistused, kuna näiteks rahalised toetused jätvavad inimestele mulje meetme otsesemast mõjust (Tediosi ja Gabriele 2010: 2).

Avaliku sektori pikaajaline hooldusabi koosneb tervishoiuteenustest (haiglaravi, kodune tervishoid, psühhiaatriline ravi), sotsiaalteenustest, mida pakuvad peamiselt omavalitsused ning mille pakkumine sõltub isiku sissetulekust (õendushaiglad, koduteenused, hooldekodud) ning riiklikest rahalistest universaalsetest toetustest puudega isikutele, mille saamine ei sõltu sissetulekust. 2007. aastal moodustasid tervishoiuteenused 0,81%, rahalised toetused 0,7% ning sotsiaalteenused 0,16% SKT-st. Ligikaudu 30% rahastusest kulus koduteenustele ja intervall- ning päevahoiuteenustele, 27% institutsionaalsele hooldusele ning 43% rahalistele

toetustele (Tediosi ja Gabriele 2010: 6). Itaalia riiklik tervishoiuteenistus (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) koordineerib läbi kohalike tervisekeskuste koduseid terviseteenuseid (mida nimetatakse integreeritud koduteenusteks (*assistenza domiciliare integrata, ADI*)) ning muid tervishoiuteenuseid institutsionaalse hoolduse raames. Sotsiaalteenuste eest nii kodus (*servizi di assistenza domiciliare, SAD*) kui institutsioonides vastutavad omavalitsused. Tervishoiuteenistuse pakutavad tervishoiuteenused on riiklikest maksudest rahastatud ja inimestele tasuta, sotsiaalteenuste eest maksavad omavalitsused, ent klientidel on omaosalus, mille suurus sõltub nende varalisest seisust, kaasrahastust küsitakse ka sugulastelt, vahel tuleb kliendil-sugulastel teenuse eest täies mahus ise maksta (Tediosi ja Gabriele 2010: 6). Teenuste rahastamise tase erineb omavalitsuseti oluliselt ning ühe riikliku süsteemi asemel on pigem mitu kohalikku (ibid.: 1–4). Teenuseid rahastavad nii riiklik tervishoiuteenistus, sotsiaalkindlustusamet kui KOV-d ja regioonid, kuid kõigi nende rahastus tuleb omakorda riiklikest maksudest (ibid.: 6).

Toetused

Pikaajalise hoolduse süsteem koosneb kahest peamisest osast: peamine on puudega isikute toetus (*indennità di accompagnamento* või *assegno di accompagnamento* (sünonüümid); *companion allowance*), rahaliste toetuste programm raske puudega isikutele, mida rahastatakse riigi eelarvest ja mis jääb sotsiaalkindlustusameti haldusalasse. Suur osa Itaalia rahalistest toetustest, mis moodustavad 0,86% SKT-st, on seotud selle programmiga (Jessoula ja Pavolini 2013).

Rahaliste toetuste määramiseks esitab inimene taotluse kohalikku tervisekeskusesse, mille meditsiiniline komisjon hindab, kas inimesel on toetuse saamiseks vajalikud kriteeriumid täidetud. Tervisekeskuste vastavaid kriteeriumeid on riigis erinevaid. Jaatava vastuse korral suunatakse isik sotsiaalkindlustusameti komisjoni, kes teeb lõpliku otsuse (Tediosi ja Gabriele 2010: 3). Puudega inimesed saavad 2015 mai seisuga toetust (*assegno di accompagnamento*) 508,55 € kuus ilma kohustuseta deklareerida, mida selle summa eest osteti, töövõimetuspensioni saajate puhul on see summa 487,35 €, täielikult pimedate isikute puhul 880,70 € (MISSOC, Diritti e Risposte...2015). Puudega isikute toetuse programm katab umbes 10% abivajavatest eakatest ning sellele kulub ligikaudu 45% kogu pikaajalise hoolduse kuludest. (Jessoula ja Pavolini 2013). 2008. aastal sai 65aastastest ja vanematest rahalist toetust 9,5% (Tediosi ja Gabriele 2010: 16). Haiglaravil viibivad puudega inimesed, kurdid ja

täielikult pimedad ning vaegnägijad (*ciechi parziali*) saavad pensioni 279,75 € kuus, haiglas mitteolevad täielikult pimedad saavad 302,53 € kuus. Vaegnägijatele on lisaks eritoetus (*indennità speciale per ciechi parziali*) 203,15 € ning kurtidele suhtlustoetus (*indennità di comunicazione per sordomuti*) 253,26 € kuus (MISSOC, Diritti e Risposte...2015). Lisaks riiklikele toetustele maksavad kehvast rahalisest seisusest inimestele toetusi ka regioonid, provintsid ja eelkõige omavalitsused, kuid nende mahud on kohtade lõikes väga erinevad ning samuti erinevad kriteeriumid toetuste saamiseks (Tediosi ja Gabriele 2010: 4).

Teenused

Teise osa moodustavad sotsiaal- ning tervishoiuteenused, mida osutavad omavalitsused (sotsiaalteenuste ehk hoolduse osa) ning regioonid (tervishoiu- ja õendusteenused) (Jessoula ja Pavolini 2013). Omavalitsused kulutasid 2010. aastal sotsiaalteenustele 0,46% SKT-st. (IStat 2013). Teenusele saamine sõltub vajadusest ning samuti isiku sissetulekust. Teenustele on tihti pikad järjekorrad. 2010. aastal sai 175929 isikut koduhooldusteenust, ühe isiku kohta kulutati 2000 €. 86381 isikut sai koduõendusteenust ning ühe isiku kohta kulutati 830 €. (IStat 2013).

2010. aasta detsembri seisuga oli Itaalias institutsionaalsel hooldusel (72% pakkusid nii sotsiaal- kui tervishoiuteenuseid, 28% olid vaid hooldekodud) 394374 inimest, kellest 75% olid vanuses 65+, 20% vanuses 18–64 ning 5% nooremad kui 18. oli kokku 424705 voodikohta, mis seega ületab hooldusel olevate isikute arvu. Suurem osa (72%) hooldusasutusi pakkus nii hooldus- kui õendusabi, ülejäänud pakkusid ainult hooldust. Riigisiselt olid Itaalias suured geograafilised erinevused teenuste pakkimises, 66% hooldekodukohtadest asus riigi põhjaosas, kus iga 1000 inimese kohta oli 10 voodikohta, lõunas oli 1000 inimese kohta vaid kolm voodikohta. 70% institutsionaalse hoolduse teenusepakkujatest kuulusid erasektorisse. (IStat 2012).

Inimeste omaosaluse ja isikliku raha eest ostetud teenuste kohta puudub ametlik statistika, kuid Network Non Autosufficienza (2009, viidatud Tediosi ja Gabriele 2010) kaudu püüdis ligikaudseid numbreid IStati (Itaalia ametlik statistika) põhjal arvutada. Nad jõudsid 2004. aasta arvude põhjal tulemuseni, et ligikaudu pool kogu institutsionaalsete teenuste maksumusest tasusid kliendid. Kogukulu isiku kohta oli hooldekodus (*residenza assistenziale*) 1530 € ning kahes eri tüüpi õendushaiglas (*residenza socio-sanitaria* ning

residenze sanitarie assistenziali) vastavalt 2450 € ja 2700 €, millest kliendid tasusid keskmiselt 47% ehk 1065 € kuus. Lisaks arutati, et 57% vanemaealistest tasus teenuse eest täies mahus ise, 36% tasusid osaliselt ning 8% said teenust tasuta. Sarnased täpsemad arvutused koduteenuste kohta puuduvad. (Tediosi ja Gabriele 2010: 7).

Hooldusvajaduse hindamine toimub KATZi indeksi põhjal (MISSOC). Teenustele saamise tingimused ei ole regioonide ja omavalitsuste lõikes ühtsed (Tediosi ja Gabriele 2010: 4).

3.1.3. Rootsi

Sarnaselt Eestiga on Rootsis hooldusteenuste osas suur roll omavalitsustel. Varasemalt olid pikaajalise hoolduse teenuste eest vastutavad lääninõukogud (*county councils*, riik jaguneb 21ks lääniks), alates 1990ndate keskpaigast võtsid erinevate pikaajaliste hooldus- ja tervisteenuste pakkumise üle omavalitsused, mida Rootsis on 290 (Anderson ja Backhans 2013: 27). Teenuste koordineerimine lääninõukogude ja omavalitsuste vahel oli keerukas ning üks reformi põhjuseid oli paremini integreerida tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid, lisaks viia hooldus institutsioonidest välja inimeste kodudesse (ibid.). Lääninõukogud vastutavad tervishoiuteenuste pakkumise eest nagu haiglad ja tervisekeskused, omavalitsuste ülesanne on pakkuda hooldusteenuseid nagu koduhooldus, hooldekodud, õendushaiglad ja koduõendus (Fukushima, Adami ja Palme 2010: 3). Põhiosa PAH rahastusest tuleb avaliku sektori rahast, mille allikaks on peamiselt maksud, eraisikute panus moodustab vaid alla 5% (ibid.: 5). Peamine valdkonda reguleeriv seadus on Sotsiaalteenuste seadus (*Socialtjänstlagen, Social Services Act*) (MISSOC). Selles seaduses on ära toodud põhimõtted, millest teenuste pakkumise lähtutakse:

„Avalikud sotsiaalteenused edendavad demokraatia ja solidaarsuse baasil inimeste majanduslikku ja sotsiaalset turvalisust, elamistingimuste võrdsust ja aktiivset kogukonnaelus osalemist. Võttes küll arvesse isiku vastutust enda ja teiste sotsiaalse olukorra eest, on sotsiaalteenused suunatud inimeste ja gruppide vabastamisele ja nende sisemiste ressursside arendamisele“ (Rootsi Sotsiaalteenuste seadus 2001: 3).

On küll mainitud isiku enda vastutust, kuid baas on siiski solidaarsusele ja ühisele vastutusele suunatud. Abikaasadel ja sugulastel pole kohustust hoolitseda oma vanas eas sugulaste eest (MISSOC). Seaduse järgi peab isikul olema mõistlik elatustase, selle elluviimine erineb omavalitsuseti (ibid.). Vanemaealistest abielupaaridel on õigus koos elada ka juhul, kui üks

neist vajab institutsionaalset hooldust (*special housing or residential care*), seega on neil mõlemal õigus kolida tingimustesse, kus pakutakse pidevaid hooldusteenuseid (ibid.).

Toetused

Töövõimetuspension jaguneb kaheks: haiguskompensatsioon (*sjukersättning*) noorematele, pigem ajutisema probleemi korral ja puudekompensatsioon (*aktivitetsersättning*) vanematele inimestele, kes ei saa tõenäoliselt kunagi täiskohaga töötada. Mõlemad jagunevad omakorda kaheks: töötavatele inimestele või ettevõtjatele (sissetulekust sõltuv) (*inkomstrelaterad sjukersättning/aktivitetsersättning*); madala või puuduva sissetulekuga inimestele garanteeritud kompensatsioon (*garantiersättning*). (Rootsi sotsiaalkindlustusamet 2015a, MISSOC).

Rahalised toetused arvutatakse tavaliselt hoolduse tundide arvu järgi, toetustel pole ühtset süsteemi ja mõnes omavalitsuses neid ei maksta (MISSOC). Hooldajatoetus on Rootsis puudega või haige lapse eest hoolitsevale isikule 0–19aasta vanuse lapse eest hoolitsemiseks makstav toetus, mida makstakse ühele hoolitsevale isikule 2014. aasta juuli seisuga maksimaalses summas 111000 Rootsi krooni ehk 2015. aprilli keskpaiga seisuga 11858 € aastas/988 € kuus. Puudega isiku toetust makstakse vanemale kui 19aastasele puudega isikule maksimaalselt 30636 krooni aastas ehk 272 € kuus. Abistamistoetust (*assistansersättning, assistance allowance*) makstakse isikule, kes vajab nädalas vähemalt 20 tundi abi seoses põhiliste vajadustega, tavamäär on 30 € tunni eest. Haigetele või puudega isikutele pakutakse eluasemetoetust kuni 5000 krooni (534 €) kuus vallalisele ning kuni 2500 krooni (267 €) abielus isikule. (Rootsi sotsiaalkindlustusamet 2015a; MISSOC). Tingimused ja täpsema info toetuste kohta leiab Lisa 1. Tabelist 1.

Teenused

Teenustest pakutakse koduhooldust, institutsionaalset hooldust (*special housing*), päevakeskusi, koduõendust, toiduteenuseid, häirenuputeenust, eluaseme kohandamist ja transporditeenust (Fukushima jt 2010: 10). Viimase neljakümne aasta jooksul on Rootsis toimunud oluline liikumine institutsionaalse hoolduse vähendamise ja koduhoolduse ning -õenduse osa suurendamise suunas. Kui 1975. aastal sai 80aastastest ja vanematest institutsionaalset hooldust 30%, siis 2007. aastal poole vähem, 16% (ibid.: 11). Selle tõi osalt

kaasa koduteenuste väiksem maksumus omavalitsustele, lisaks on välja toodud ka tänapäeva vanemaealiste paremat tervist, mis lubab neil varasemast kauemaks oma koju jääda (ibid.).

65aastastest ja vanematest sai 2012. aasta oktoobri seisuga koduteenuseid 219 564 inimest (Rootsi tervishoiuamet 2013: 20), kellele pakuti inimese kohta keskmiselt 23,4 tundi teenust kuus. Sealjuures sai omavalitsuse teenusepakkujalt 2012. aastal teenust 77% inimestest, ülejäänud kattis erasektor. Erasektori osakaal on viimastel aastatel märgatavalt kasvanud, olles veel 2007. aastal 13%. Institutsionaalsel hooldusel oli 2012. oktoobris üle 90521 inimese (ibid.: 27). Alla 65aastastest sai koduhooldust üle 21030 inimest (ibid.: 59) ning 4166 (ibid. 66) inimest institutsionaalset hooldust (*special housing*). (Rootsi tervishoiuamet 2013: 4–5).

Hooldus maksab inimesele Rootsis vähe (MISSOC). Sotsiaalteenuste seaduse peatükk 8 sätestab, et koduteenuste ja päevakeskuste eest ei tohi võtta tasu rohkem kui 1/12 0,48-kordsest sotsiaaltoetuste baasmäärast (*price base amount*), milleks on 44400 krooni ehk 4828 € (MISSOC) ehk mitte rohkem kui 193 € kuus ja hooldekodude eest mitte rohkem kui 1/12 0,5-kordsest sotsiaaltoetuste baasmäärast ehk 201 € kuus (Rootsi sotsiaalteenuste seadus 2001). Kuid hooldekodul tuleb lisaks hoolduse maksumusele tasuda ka majutuse ja toitlustuse kulud, mis on mõlemad hooldusest ligikaudu viis korda kallimad, seetõttu jääb hooldekodu keskmiseks maksumuseks eakale umbes kaks kolmandikku tema sissetulekust (Johansson 2004: 33). Inimesele peab jääma summa elukoha üüri jaoks ja vähemalt 545 € kuus igapäevasteks kuludeks, enne kui omavalitsus tohib hoolduse eest raha küsida, paaride puhul on summa 460 € kuus. (MISSOC). Teenuste tasu võib vähendada, kui inimene teenib vähem kui elatusmiinimumi summa, 2006. aastal sai ligikaudu 19% koduteenuse klientidest teenuse täiesti tasuta tulenevalt väikesest sissetulekust (Fukushima jt 2010: 5). Maksimaalne tasu meditsiinilise abi eest on 120 € aastas, ravimite eest 239 € aastas (MISSOC). Alates 2009. aastast on omavalitsustel kohustus pakkuda abi omastehooldajatele, Sotsiaalteenuste seaduse järgi peavad KOV-d omastehooldajatega koostööd tegema ning vajadusel pakkuma individuaalselt kohandatud abi (Fukushima jt 2010: 7). Lähedase surmava haiguse korral on tema eest hoolitsemiseks võimalik võtta hoolduspuhkust, mille ajal tasutakse isikule 80% tema eelnevast palgast kuni 60 päeva jooksul (Johansson 2004: 35).

3.1.4. Saksamaa

Sotsiaalhoolekannet reguleerib Saksamaal Sotsiaalseadustik (*Sozialgesetzbuch, Social Code*), mille alla kuulub ka pikaajalise hoolduse kindlustus, mis omakorda on osa kohustuslikust tervisekindlustusest. PAH kindlustus on kohustuslik ja isiku sissemaksetest rahastatav (MISSOC) ning toetub põhimõttele “rehabilitatsioon enne hooldust, koduhooldus enne institutsionaalset (*institutional*) hooldust ning lühiajaline institutsionaalne hooldus enne täielikku institutsionaalset hooldust” (Schulz 2010: 10). 2009. aasta seisuga oli Saksamaal kokku 200 PAH kindlustusfondi, mis jagunesid seitsmeks eri tüübiks (Schulz 2010: 6). Fondid on iseseisvad ettevõtted, mis tegutsevad riigi antud ülesannete põhjal ja järelevalve all, lisaks on ka ligikaudu 40 erafondi (*ibid.*).

Kõik kindlustatud isikud saavad vastavalt oma abivajadusele toetust sõltumata vanusest, sissetulekust või vara suuruselt (Schulz 2010: 2). Kindlustus jaguneb sotsiaalseks ja erakindlustuseks. 2011. aasta seisuga oli esimese poolt kindlustatud umbes 70 miljonit kodanikku ning erakindlustuse poolt umbes 9 miljonit, sotsiaalse tervisekindlustuse omajad liituvad automaatselt esimesega, eratervisekindlustuse omajad teisega (Schmähl, Augursky ja Mennicken 2013). Sotsiaalse kindlustuse sissemaksed ei sõltu isiku terviseriskist ning on 2013. aasta seisuga kõigile lastega üle 23aastastele isikutele 2,05% (*ibid.*: 20). Poole sellest tasub tööandja, lisaks laieneb kindlustus ka ilma olulise sissetulekuta lastele ja abikaasadele (*ibid.*). Lasteta üle 23aastased inimesed maksavad alates 2005. aastast sellele lisaks 0,25% sissetulekust (Schulz 2010: 7). Seda otsust põhjendati teesiga, et laste kasvatamine on üks sotsiaalkindlustussüsteemide tugisambaid (*ibid.*).

Era pikaajalise hoolduskindlustuse sissemaksed ei sõltu sissetulekust, vaid eelkõige isiku vanusest ja ei tohi ületada avalike fondide sissemaksed (*ibid.*). Hooldust vajavatel inimestel, kes pole võimelised tööl käima, ei suuda ennast ülal pidada ning ei saa teistelt isikutelt ülalpidamist, on õigus maksudest rahastatavale hooldusabile (*care assistance*) (MISSOC). Oma elatanud või puudega sugulast hooldas 2012. aastal igapäevaselt 3,3% elanikest (EQLS 2012).

Toetused ja teenused

Reeglina saavad kliendid valida hooldustoetuse (raha kätte), koduhoolduse (makse otse teenusepakkujale) ja institutsionaalse (*residential*) hoolduse (makse otse teenusepakkujale)

vahel (Schmähl jt 2013: 20). Institutsionaalse hoolduse puhul jaguneb kohatasu majutuse (*board and lodging*) ja teenuste vahel, majutuse osa ei hüvitata ja see tuleb kliendil ise maksta (Schulz 2010: 3). Kuna teenuste hinnad on kõrgemad kui hüvitis, tuleb klientidel tasuda suuri omaosalusi, kuid need, kellel ei jätku selleks vahendeid, saavad taotleda sissetulekust sõltuvat sotsiaalabi (ibid.: 16). 2013. aastal oli keskmine majutuskulude hind PAH institutsioonides 21,43 € päevas ehk 642 € 30 päeva eest (Saksamaa statistikaamet 2015), kulud isiku kohta teenustel on toodud Tabelis 3.

Tabel 3. Teenuste kulud isiku kohta päevas Saksamaal (2013)

	Hooldusvajaduse tase I	Hooldusvajaduse tase II	Hooldusvajaduse tase III ja kõrgem	Majutuskulud (lisanduvad hoolduse hinnale)
Pikaajaline institutsionaalne hooldus	45,51 €	61,69 €	77,80 €	21,43 €
Lühiajaline hooldus	50,91 €	65,79 €	81,23 €	22,81 €
Päevahoid	35,66 €	43,15 €	50,41 €	12,24 €
Ööhoid (<i>night care</i>)	39,66 €	43,75 €	47,60 €	12,52 €

Allikas: Saksamaa statistikaamet 2015

Nende omastehooldajate eest, kes hooldavad vähemalt 14 tundi nädalas ja on töötud või töötavad vähem kui 30 tundi nädalas, tasuvad PAH kindlustusfondid sotsiaalkindlustuse makseid, tasutakse ka koolituste ja nõustamise eest (Schulz 2010: 10). Rahalise toetuse puhul otsustab haige ise, mida sellega teha, näiteks kas tasuda selle eest omaksehooldajale (Schulz 2010: 2). 2013. aastal sai 71% PAH klientidest hooldust kodustes tingimustes ning 29% pikaajalist institutsionaalset (*full time residential*) hooldust (Saksamaa tervishoiuministeerium 2014). Omastepoolset hooldust sai 1245929 inimest⁷, koduhooldusteenust 615846 ja institutsionaalset hooldust 764431 inimest (ibid.).

Kindlustus eristab kolme hooldusvajaduse taset lähtuvalt kliendi tervises seisundist: 1. tase tähendab vähemalt 90 minutit intensiivset hooldust päevas, 2. tase vähemalt 180 minutit ja 3. tase vähemalt 300 minutit päevas. Kui abivajadus ületab oluliselt ka kolmanda taseme, on

⁷ Vastab nende arvule, kes saavad hooldustoetust (*Pflegegeld*)

mõne teenuse puhul võimalik taotleda rohkemat abi. (ibid.: 20). Lähtuvalt nendest tasemetest on ette nähtud erineva suurusega toetused koduteenusteks (450 € kuni 1918 € kuus), päeva- ja öökeskuste kasutuseks (450 € kuni 1550 € kuus), hooldekodu rahastuseks (1023 € kuni 1918 € kuus) või hooldustoetuseks (120 € kuni 700 € kuus) (MISSOC). Lisaks hüvitatakse kindla summa ulatuses ka abivahendite maksumus, intervallhooldus haiguse või hoolduspuhkuse ajal kuni üheks kuuks aastas, lühiajaline ravi kuni kuuks ajaks aastas (nt hooldaja puudumise või haiglast vabanemise järel), olemas on lisanduvad hooldustoetused laiaulatusliku üldise hooldusvajaduse puhul (dementsus, vaimne alaareng, psüühikahäire) ning eluruumide kohandamise hüvitamine (ibid.). Rahalise abi määrad erinevate tasemete ja toetuste puhul on toodud Lisa 1. Tabelis 1.

Hooldusvajaduse üle otsustamist korraldab Tervisekindlustuse Meditsiiniteenistus (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung), erakindlustuse puhul täidab sama rolli eraettevõtte Medicproof (Schulz 2010: 4). Üle riigi viivad hindamisi läbi 15 meditsiinikomisjoni, mille hindajad on peamiselt geriaatria taustaga arstid ja õed, kes lähtuvad komisjonide loodud reeglitest, mis on üle riigi ühtsed ja järgimiseks kohustuslikud (ibid.).

Tegelik hooldusteenuste vajajate arv on suurem kui kindlustusest toetuse saajate arv, kuna toetusi saavad ainult suurema hooldusvajadusega isikud (ibid.: 8). On pakutud, et nende kodus elavate inimeste arv, kes pole toetust saanud, kuid teenuseid vajaksid, on umbes kolm miljonit 2002. aasta seisuga (Schneekloth 2005, Schulz 2010: 8 kaudu) ning vastav number institutsioonides (*institutions*) elavate puhul 45000 2005. aasta seisuga (Schneekloth 2007, Schulz 2010 kaudu). 2002. aastal oli 10% I-III taseme abi vajavate hooldatavate hooldajaid pidanud hooldamise tõttu tööst loobuma ja 11% töökoormust vähendama (Schneekloth ja Leven 2003, Schulz 2010: 40 kaudu).

Vähemalt 15 töötajaga firmas töötavatel omastehooldajatel on õigus palgata hoolduspuhkusele kuni kuueks kuuks, reeglina jääb puhkuse ajaks kehtima pere tervisekindlustus ja PAH fond tasub pensionikindlustuse eest (MISSOC). Lähedase äkiliselt tekkinud hooldusvajaduse korral võib isik lühikese etteteatamisega jääda töölt kõrval kuni kümneks päevaks (ibid.).

Alates 2012. aastast kehtiva korra järgi võivad töötajad, kel on kodus hooldust vajav pereliige, vähendada oma tööaja 15le tunnile nädalas kõige rohkem kaheks aastaks, seda võimalust nimetatakse perekonna hoolduse puhkuseks (*Familienpflegezeit*) (MISSOC). Tööandjad võivad selle arvelt vähenenud palka suurendada poole võrra vana ja uue palga vahest intressivaba krediidi abil, mida pakub valitsuse arenduspank Kreditanstalt für Wiederaufbau, mille järel töötaja peab täisajaga töötama krediidi tagasimaksmiseni. Kuid seda võimalust kasutavad väga vähesed, 2013. aasta jaanuaris kasutas krediiti alla 150 inimese. (Schmähl jt: 20). Seadusest tulenevat tööandja kohustust antud võimaluseks samuti pole, selle saamiseks tuleb isikul tööandjaga kirjalik leping sõlmida (MISSOC).

Kui hooldajatoetust saav omastehooldaja jääb haigeks või soovib võtta puhkust, tasub kindlustus hooldatava lühiajalise institutsionaalse või intervallhoolduse eest kuni nelja nädala või 1550 € ulatuses aastas, kui ta on hooldaja olnud vähemalt kuus kuud enne avalduse esitamist (ibid.).

Kasvav osa hooldatavaid palkab omastehooldajale abiks koduabilisi. 2008. aastal hinnati koduabiliste arvu 100000 lähedale. Tihti eelistati abilisi Ida- ja Kesk-Euroopast, kuna nende palk oli väiksem. Abilised teenivad palka 800–1200 € kuus. (Schulz 2010: 13).

3.1.5. Suurbritannia

Suurbritannia jaguneb Inglismaaks, Walesiks, Šotimaaks ja Põhja-Iirimaaks, kus riigiti leidub erinevusi. Suurbritannia pikaajalise hoolduse süsteem pakub nii rahalisi toetusi (*cash benefits*) kui mitterahalisi hüvitisi (*benefits in kind*) nii hooldatavatele kui hooldajatele (MISSOC). Sotsiaalteenused on omavalitsuste (local authority) rahastatud, kes omakorda saavad oma põhirahastuse riiklikest maksudest, kuid kehtestavad ka kohalikke makse (Comas-Herrera, Pickard, Wittenberg, Malley ja King 2010: 5). Tervishoiuteenused on samuti rahastatud riiklikest maksudest (ibid. 8). Antud ülevaade keskendub peamiselt Inglismaale ja Šotimaale, kuna suurem osa kättesaadavat infot puudutab Inglismaad ning Šotimaa eristub teistest Suurbritannia riikidest oma tasuta hooldussüsteemi poolest eakatele. Suurbritannia riikide süsteemidel on samas suur ühisosa, näiteks rahalised toetused on tervele Suurbritanniale ühised (Suurbritannia valitsuse...2015a).

Inglismaa PAH hoolduse süsteem on keerukas, 2008. aasta raport tõi välja, et puudub selgus ja läbipaistvus, nii et ei professionaalid ega teenuste kasutajad pole oma arusaamises kindlad

(Commission for Social Care Inspection 2008: 4). Peamine vastutus PAH eest on inimestel ja nende peredel (Comas-Herrera jt 2010: 1). Avalikest vahenditest rahastatavat hooldusabi, mis moodustab suurema osa PAH-st, saavad ainult alla kindla sissetulekuläve jäävad isikud ning eelisjärjekorras on need, kes elavad üksi ja ei saa hooldust omastelt. Tervishoiuteenused on tasuta ja nende saamine sõltub vajadusest. PAH-d rahastavad Rahvuslik Tervishoiuamet (National Health Service, NHS), kohalikud omavalitsused, heategevusorganisatsioonid ja kliendid ise. Hooldusvajadust hindab kohaliku omavalitsuse sotsiaalteenuste osakond. Kuigi puudub riiklik hooldusvajaduse definitsioon, hinnatakse hooldusvajadust “Võrdse ligipääsu initsiatiivi” (Fair Access to Care initiative) kriteeriumite alusel, mis jagavad raskusastmed neljaks (madal, mõõdukas, kõrge (substantial), kriitiline) ning mis loodi riigisiseste erisuste vähendamiseks. Selle järgi peavad sarnase hooldusvajadusega isikud saavutama sarnase heaolu, kuid ei pea saama samu teenuseid (ibid. 1–2).

Toetused

Rahalistest toetustest pakutakse Suurbritannias hooldatavatele hooldustoetust (*attendance allowance*) üle 65aastastele (55,10 £ või 82,30 £ nädalas), puudega isiku toetust (*disability living allowance*, kuni 82,30 £ nädalas) nendele, kes on sündinud aastal 1948 või varem (uue süsteemi järgi peavad täisealised taotlema iseseisvustoetust (*personal independence payment*) (kuni 82,30 £ nädalas)), puudega lapse toetust kuni 16aastastele (kuni 82,30 £ nädalas) ja pimedate toetust (*blind person's allowance*) (tulumaksuvabale miinimumile lisatakse 2290 £ aastas). Hooldajale on ette nähtud hooldajatoetus (*carer's allowance*) (62,10 £ nädalas). (Suurbritannia valitsuse...2015a). Toetuste täpsemad määrad ning saamise tingimused on toodud Lisa 1. Tabelis 1.

Teenused

Hooldusteenuste pakkumine sõltub suuremas osas Suurbritannia omavalitsustest ja inimese varalisest seisust (Seeleib-Kaiser 2013). Inglismaa seadusandluses puudub omaste kohustus elatanud või abivajavale sugulasele hooldust või rahalist abi pakkuda, täiskasvanute hooldusteenuste pakkumise eest vastutavad omavalitsused (FLOWS 2013: 620). Kodu elavatele inimestele on peamised PAH teenused koduhooldus ja koduabi, erasektori koduabi (*private home help*), kogukonna õendusteenused (*community nursing services*), päevahoid, mobiilne toitlustusteenus (*meals on wheels*), kiropood (*chiropody*), teraapia ja erasektori

koduabi. Peamised institutsionaalsed teenused on hooldekodud (*residential homes*) ja õendushaiglad (*nursing homes*). Mõned isikud on lisaks pikaajalises haiglas (*long-stay hospital*) ja uuemat tüüpi teenus on hooldusmajutus (*extra-care housing* või *very sheltered housing*). (Comas-Herrera jt 2010: 4). Suurem osa omavalitsusi pakub teenuseid ainult suure hooldusvajadusega ja mõned ainult kriitilise hooldusvajadusega inimestele. Leidub kriitikat, et mõõduka hooldusvajadusega inimeste vajadustele ei tulda piisavalt vastu. (ibid.).

Et pääseda Inglismaal eelarvelisele hooldusele hooldekodusse (*care home*), peab isikul olema vara vähem kui 23250 £, kui inimesel on vara suuremal hulgal, peab ta hoolduse eest täiel määral ise tasuma (Carehome.co.uk 2015). Varade alla käib lisaks muule ka isiku kodu (täpsemalt Lisa 1. Tabel 1.). Kohalik omavalitsus tasub hoolduse eest maksimaalses mahus, kui isikul on varasid vähem kui 14250 £ eest, kuid inimese panus on siiski oma sissetulek, millest talle jääb vähem kui 23,90 £ nädalas. KOV tasub hoolduse eest osaliselt, kui varad on 14250 £ ja 23250 £ vahel, mis juhul iga 250 £ eest, mis isikul on üle 14250 £, võtab kohalik omavalitsus enda panusest maha 1 £ nädalas (ibid.).

Ülejäänud Suurbritannia riikides on süsteem sarnane, kuid veidi erinev on varade piir, millest alates hooldus hüvitatakse: Walesis on see summa 22000 £, Šotimaal 22500 £ (alla 65aastastele), Põhja-Iirimaal 22250 £. (Medic8...2015a). Seetõttu osutatakse suur osa hooldusest omaste poolt (Seeleib-Kaiser 2013). Hooldekodu tasu on hinnanguliselt 400–800 £ (vahel rohkem) nädalas, õendushaigla 500–1000 £ (või rohkem) nädalas (Medic8...2015b).

Euroopa 2012. aasta elukvaliteedi uuringu järgi hooldab iga päev elatanud või puudega sugulast 7% inimestest, mida on siiski veidi vähem, kui Eestis (8,2%). Erinevused on märgatavad eri etniliste gruppide vahel, näiteks on pakistani naiste hulgas kaks korda rohkem omastehooldajaid kui riigis keskmiselt, samuti on sellistes leibkondades palju suurem tõenäosus väiksele sissetulekule võrreldes valgete leibkondadega (Fox 2009: 10). 2009. aasta seisuga oli suuremal osal omastehooldajatest raskusi elementaarsete arvete maksmisega ning samuti ütles suurem osa, et on pidanud toidu pealt kokku hoidma, et endaga toime tulla (The Centre...2010: 187). 2010. aasta küsitlusele vastas 59% ehk 207 inimest 349st, et pidid hooldamise tõttu tööst loobuma (Carers Trust 2010: 5).

Koduteenuste saamine sõltub reeglina pigem sissetulekust ja säästudest kui varast ja määratakse reeglina kohalike omavalitsuste poolt (The Centre... 2010: 181), kuigi KOV-de

poliitika peaksid lähtuma valitsuse terviseosakonna “Õiglasema hinna juhustest”, mille järgi on ebaõiglane vähendada kellegi netosissetulekut alla pensionikrediidi (*pension credit*) määra (148,35 £ nädalas) + 25% (Suurbritannia valitsuse...2015a).

Šotimaal on alates 2002. aastast universaalne tasuta hooldussüsteem üle 65aastastele (Community Care and Health Act). Tasuta isikuhooldussüsteemi (*personal care*) vanemaealistele, mida rahastatakse riiklikest maksudest, oli Suurbritanniale soovitanud pikaajalise hoolduse jätkusuutliku süsteemi leidmiseks loodud komisjon (Royal Commission) “Sutherland Report”is, kuid Suurbritannia parlament keeldus tasuta hooldusteenuste süsteemi vastu võtmast. (Šoti parlamendi...2015). Inglismaa nõustus eemaldama isiku varalise seisundi hindamise nõude õendushaiglas (nursing care in nursing homes) saamiseks, Wales ja Põhja-Iirimaa hakkasid pakkuma tasuta õendusteenuseid (nursing care), Šotimaa aga vabastas tasust nii õendusteenused (kõigile) kui hooldusteenused (üle 65aastastele) (Comas-Herrera jt 2010: 9).

Šoti parlamendi tervisekomisjon (Health Committee) uuris 2005.–2006. aastal, mis on olnud uue süsteemi mõjud. Leiti, et uuendus oli edukas ja seda on hästi vastu võetud ning sellel oli mitmeid positiivseid mõjusid: see pakkus paljudele vanemaealistele suuremat turvalisust ja väärikust; võimaldas kodust hooldust lihtsamalt; aitas hooldajaid; vähendas edasilükatud haiglast väljakirjutusi, mis vabastas Tervishoiuameti ressursse; suuresti lõpetas vaidlused KOV-de ja kohalike tervisenõukogude (Health Boards) vahel vanemaealiste hoolekande osas; viis vähemate ombudsmanile saabuvate vanemaealiste hoolekannet puudutavate kaebusteni kui Inglismaal ja Walesis. Samas leiti süsteemi elluviimise juures ka probleeme: küsimusi tekitas Šoti valitsuse mudel programmi rahastuseks; teenuste järjekordade haldamine pooltes omavalitsustes; Šoti valitsuse suutmatuse sätestada kindlaid juhiseid teenuste saamise tingimustele; teenuste rahastus ei kasvanud kooskõlas inflatsiooniga; selguse puudus maksete alustamise aja osas, mis võib luua KOV-le põhjuse hindamise edasilükkamiseks; jätkuv segadus selle osas, mis teenused on meetmega kaetud. (Šoti parlamendi tervisekomisjon 2006).

3.2. Hooldusteenuste kättesaadavus uuritavates riikides

Käesoleva peatüki eesmärk on kirjeldada, kui kallid on hooldusteenused riikide elanike jaoks ning millised võimalused teenuste ostmiseks või lähedase hooldamiseks tagavad toetused.

Meetod

Teenuste kättesaadavuse hindamiseks kasutasin järgmist meetodit:

Valisin teenuste saajate esindajateks kolm hüpoteetilist näidet:

- 24/7 hooldusvajadusega sünnitraumaga 10aastane laps
- 24/7 hooldusvajadusega voodihaige liikumisvõimetu, kuid kuulja ja nägija 40aastane 100% töövõimetu täiskasvanu, kelle tervisehäda tekkis juba lapsena ja kellel puudub märkimisväärne isiklik vara
- 24/7 hooldusvajadusega vanaduspensioniealine voodihaige, kelle hooldusvajadus tekkis pensionieas ja kes eelnevalt käis tööl ning kellele kuulub tema eluase

Need kolm näidet esindavad erinevaid teenusekasutaja tüüpe, esindatud on nii laps, tööeline kui pensioniealine, kellele on tavaliselt ette nähtud erinevad toetused ja teenused. Selle kaudu toon esile, millist toetust riigid erinevatele kasutajatüüpidele pakuvad. Vara omamine ja vanused on lisatud seetõttu, et eri riikides lähtutakse teenuste või toetuste määramisel ka nendest faktoritest.

Kuna info kõikide teenuste kohta ei ole kättesaadav, valisin analüüsi ühe teenuse, mille kohta oli igast riigist võimalik leida ligikaudu võrreldavat keskmise maksumuse infot – hooldekodu teenuse, mille kättesaadavuse analüüs on esitatud Tabelis 4. See ei anna küll ülevaadet kõigi teenuste kättesaadavusest, kuid on ühe mahukama hooldusteenusena siiski märkimisväärselt informatiivne. Hooldekoduteenuse kättesaadavuse hindamiseks võrdlesin nii tööelise kui pensioniealise näite puhul riigi keskmist teenuse omaosalust kliendi keskmise sissetulekuga, mille moodustavad pension ja/või erinevad toetused. See võrdlus väljendab, mil määral suudab hooldusvajadusega inimese isiklik sissetulek katta teenuse kulud. Väljendasin nende kahe numbri omavahelise suhte (sissetulek jagatud teenuse maksumusega) protsendina, mis on toodud Tabelis 4 lühendi SSTM lahtris. **SSTM** tähendab isiku sissetuleku suhet teenuse maksumusse ehk sissetuleku ja maksumuse jagatist. Näiteks 84% tähendab, et isik suudab

teenuse maksumuse katta oma sissetulekuga 84% ulatuses ja 16% ulatuses peab keegi teine tema hoolduse eest panustama, 200% aga, et isiku sissetulek ületab teenuse maksumuse kahekordselt.

Teiseks vaatan, kui suur on hooldajatoetuse määr ning teised omastehooldaja käsutuses olevad vahendid (eeldatud on, et selleks on ka hooldatava sissetulek) kodusel omastehooldajal, kes loobus tööl käimisest ja võrdlen seda summat riigi mediaanekvivalentnetosissetulekuga. Selline võrdlus on oluline, et näidata, millised võimalused on inimesel, kes kas ei suuda oma lähedase hooldusteenuste eest maksta ja on sunnitud ise hooldajaks hakkama, mistõttu pole enam võimalik tööl käia või on otsustanud hoolduse enda peale võtta mõnel muul kaalutlusel, näiteks murest teenuse kvaliteedi osas. Võrdlused on esitatud lapse, tööealise ja pensioniealise hooldatava kohta. See võrdlus näitab, milline on omastehooldaja netosissetulek juhul, kui ta käib tööl ja maksab hoolduse eest teenusepakkujale, võrrelduna sellega, kui ta loobub töötamisest hooldamise kasuks. Koduse omastehooldaja sissetuleku ja mediaanekvivalentnetosissetuleku jagatis on väljendatud Tabelis 5. TSNi ehk toetuste suhtena riigi netoekvivalentsissetulekusse. Näiteks 84% näitab, et kodune omastehooldaja teenib 16 % vähem kui ta oleks teeninud neto mediaanpalka saades ja seega kaotab omastehooldajaks hakates sissetulekus, 116% aga tähendaks, et tema käsutuses olevad vahendid omastehooldajana ületavad veidi ta sissetuleku juhul, kui ta teeniks mediaanpalka. Sissetulekute ja teenuste hindade puhul olen võimalikult palju arvestanud keskmistega, et väljendada keskmise hooldaja võimalusi ja toetuste puhul maksimaalsete määradega lähtuvalt näidetes toodud hooldatavate maksimaalsest hooldusvajadusest. Tabelites sisalduva info allikateks on Tabel 2. ja Lisa 1. Tabel 1 (lisade peatükis).

Tulemused

Detailsed tulemused on esitatud Tabelis 4. ja Tabelis 5. Nendest nähtub, et toodud keskmiste näidete puhul katab Eestis hooldatava sissetulek ligikaudu täpselt hooldekodu maksumuse nii tööealise kui pensioniealise isiku puhul. Siinkohal tuleb aga silmas pidada, et tegelik teenuste maksumus üksikisikule võib väga oluliselt varieeruda, kuna keskmine omavalitsuse panus hooldekodu maksumusse (200 €) varieerub väga suurel määral – 32 eurost 500 euronini (Riigikontroll 2014: 18). Kui inimene aga otsustab lähedast ise kodus hooldada, on tema sissetulek koos hooldatava sissetulekuga lapse puhul vaid kolmandik ning täiskasvanu ja

pensioniealise hooldatava puhul ligikaudu kaks kolmandikku neto mediaanpalgast, jättes eriti raskesse seisu hooldusvajadusega lapse hooldaja.

Itaalias vanaduspensionäri sissetulek hooldekodu maksumuse, kuid tööealise puhul vaid 61% ulatuses. Ka vanaduspensionäri kodus hooldaja saab kasutada ligikaudu sama suurt sissetulekut kui oleks neto mediaanpalk, kuid ülejäänud kahel juhul jääb sissetulek kahe kolmandiku neto mediaanpalga lähedale.

Rootsis moodustab hooldekodu maksumus ligikaudu kaks kolmandikku isiku sissetulekust ning omastehoolduse puhul on lastele ja tööealistele tagatud isikliku abistaja (kelleks võib olla ka pereliige) kompenseerimine 100% vajatavas mahus. Samas ei ole võimalik välja tuua, kui suure osa moodustab koduseks jäänud omastehooldaja sissetulek neto mediaanpalgast, kuna puudub info selle osas, kui suur on keskmine abistamise toetus isikliku abistaja rollis olevale omastehooldajale. Isikliku abistaja palkamiseks on ette nähtud kompensatsioon 30 € tunni eest, mis aasta lõikes tagab tasuta isikliku abistaja (Westberg 2010), kuid omastehooldaja pole ametlik teenusepakkuja, kuigi tal lubatakse olla isiklik abistaja. 2012. aastal oli keskmine isikliku abistaja pakutud teenusetundide arv nädalas 118 (Rootsi sotsiaalkindlustusameti...2015c), mis tähendaks kompensatsiooni 14160 € kuus, mis on äärmiselt ebaoproportsionaalne teiste toetustega ja seega ebatõenäoline. Kompensatsiooni aastase määra üle otsustab riik (Westberg 2010), kuid pole teada, milline summa määratakse omastehooldajale.

Vanaduspensioniealise kodus hooldamise puhul kaotab omastehooldaja palgast ligikaudu poole. Samas ei anna hooldekodu maksumus Rootsi puhul teenuste hinnast keskmist pilti, sest hoolduse hinnale lisanduvad seal majutus ja toitlustus, mis on hooldusest kallimad. Näiteks koduteenuste puhul tuleks tasuda vaid hoolduse komponent, mille maksimaalne hind oleks vaid 193 € kuus (Rootsi sotsiaalteenuste seadus 2001). Rootsi puhul tuleb lisaks märkida, et seal on pikalt keskendunud avalike teenuste täiustamisele, mistõttu pole omastehooldus ka reeglina hädavajadus ja selle arendamisse on panustatud pigem viimastel aastakümnetel (Johansson, Long ja Parker 2011).

Saksamaal jääb nii tööealisel kui vanaduspensionäril oma sissetulekust alles ka pärast

Tabel 4. Hooldekoduteenuse majanduslik kättesaadavus analüüsitud riikides

Riik		Täis- kuni pensioniiga	Vanaduspensionär
EESTI	Sissetulek kuus	Puudega tööealise toetus 53,70 € + 100% töövõimetuse pension 301,61 €.	Puudega vanaduspensioniealise toetus 40,91 € + keskmine vanaduspension 327 €.
	Hooldekodu maksumus	Keskmine kulu isiku kohta 550 € kuus. KOV-de keskmine panus 200 €. 500 €-200 € = 350 € kuus	
	SSTM	102%	105%
ITAALIA	Sissetulek kuus	Töövõimetuspension 279,75 € + puudega isiku toetus 487,35 €.	Puudega isiku toetus 504,07 € + keskmine neto vanaduspension ~750 €.
	Hooldekodu maksumus	Omaosalus 1100–1400 € kuus ehk ~1250 € kuus.	
	SSTM	61%	100%
ROOTSI	Sissetulek kuus	Puudega isiku toetus max 279 € + garanteeritud haiguskompensatsioon 957 € + majutustoetus max 272 €. Min 545 € kuus peab isikule jääma igapäevasteks kuludeks.	Keskmine pension 1212 € kuus bruto + majutustoetus kuni 272 €. Min 545 € kuus peab isikule jääma igapäevasteks kuludeks.
	Hooldekodu maksumus	Max 201 € kuus hooldus + majutus + toitlustus	
	SSTM	~160%*	~157%**
SAKSAMAA	Sissetulek kuus	Institutsionaalse hoolduse hüvitis max 1918 € + keskmine töövõimetuspension 611 €.	Institutsionaalse hoolduse hüvitis max 1918 € + keskmine vanaduspension 732 €.
	Hooldekodu maksumus	Keskmine omaosalus 1600 € kuus (30 päeva)**	
	SSTM	157%	164%
SUURBRITANNIA	Sissetulek kuus	Iseseisvustoetus 463 € (kuu=4 nädalat) + pikaajaline töövõimetuspension 628 €.	Hooldustoetus 65+ aastastele 463 € (kuu=4 nädalat) + keskmine riiklik netopension ~746 €.
	Hooldekodu maksumus	2240–4400 € kuus ehk ~3000 € kuus. Kui isiku vara suurus (ka eluase läheb arvesse) ületab Inglismaal 32700 €, tuleb kogu tasu ise maksta.	
	SSTM	103%***	40%****

*Arv tuleneb ligikaudu Johannson (2004) eaka sissetuleku ja hooldekodu maksumuse suhte põhjal, arvestades, et tööealise sissetulek toetustest on ligikaudu sama suur kui pensioniealisel

**Arvutus põhineb Johannson (2004) toodud keskmisel suhtarvul eaka sissetuleku ja hooldekodu maksumuse vahel, kuna majutuse ja toitlustuse kulude kohta puudub info

** Hooldekodu omaosalus on arvatatud keskmise teenuse täishinna ja Haus Waldecki kodulehe (2015) omaosaluse näite põhjal.

***Ei väljenda statistilist keskmist. Variant, kus isiku vara hinnati väiksemaks kui maksimaalse hüvitise saamise alammäär

**** Ei väljenda statistilist keskmist. Variant, kus isiku vara suurus on hinnatud nii suureks, et tasuda tuleb täies mahus ise

Tabel 5. Koduse omastehooldaja kasutuses olevad ressursid võrreldes mediaanekvivalentnetosissetulekuga

Riik	Mediaan ekvivalentnetosissetulek kuus	Omastehooldaja sissetulek*	Laps	Täiskasvanu	Vanaduspensionär
EESTI	549 €	Sissetulek kuus TSN	Hooldajatoetus, arvestuslik keskmine väljamakse 27,24 € + puudega lapse toetus 80,55 € + lapsetoetus 45 € + puudega vanema toetus 19,18 € 31%	Puudega tööealise toetus 53,70 € + 100% töövõimetuse pension 301,61 € + hooldajatoetus 27,24 €. 70%	Puudega vanaduspensioniealise toetus 40,91 € + keskmine vanaduspension 327 € + hooldajatoetus 27,24 €. 72%
ITAALIA	1311 €	Sissetulek kuus TSN	Puudega lapse hooldaja toetus 279,75 € kuus + Puudega isiku toetus lapsele 504,07 € + lapsetoetus ~140 € kuus**	Töövõimetuspension 279,75 € + puudega isiku toetus 487,35 € kuus.	Puudega isiku toetus 504,07 € + keskmine neto vanaduspension ~750 €.
ROOTSI	2201 €	Sissetulek kuus TSN	Hooldajatoetus kuni 19aastase hooldajale max 988 € kuus + lapsetoetus 114 € kuus + abistamistoetus 30 € tunni eest, mis katab 100% isikliku abistaja kuludest	Puudega isiku toetus max 279 € + garanteeritud haiguskompensatsioon 957 € + abistamistoetus 30 € tunni eest, mis katab 100% isikliku abistaja kuludest	Keskmine pension (hooldatava) 1212 € kuus bruto*** + majutustoetus max 272 € kuus
SAKSAMAA	1632 €	Sissetulek kuus TSN	Hooldustoetus 700 € (makstakse hooldatavale) + lapsetoetus 184 € kuus	Hooldustoetus 700 € + töövõimetuspension 611 € + lapsetoetus täiskasvanule 184 € kuus	Hooldustoetus 700 € + keskmine vanaduspension 732 €.
SUURBRITANNIA	1558 €	Sissetulek kuus TSN	Hooldajatoetus lapse hooldajale 349 € kuus (4 nädalat) + puudega isiku toetus lapsele 463 € kuus (4 nädalat, makstakse lapsele) + lapsetoetus 111 € kuus	Iseseisvustoetus 463 € (kuu=4 nädalat) + pikaajaline töövõimetuspension 628 €.	Hooldustoetus 65+ aastastele 463 € (kuu=4 nädalat) + keskmine riiklik netopension ~746 €.

*Hõlmab nii omastehooldajale mõeldud toetusi kui neid pensione ja toetusi, mida makstakse hooldatavale, kuid mida omastehooldaja saab koduse hoolduse puhul eeldatavalt hooldatava heaks kasutada.

** Kolme lapsega pere keskmine summa, ei vasta täpselt ühe lapsega perele.

***Pensioni maksustatakse eri piirkondades erineva kohaliku maksuga, lisaks varieerub tulumaksuvaba miinimum, keskmist netopensioni on raske arutada, kuid see oleks väiksem kui brutosumma ja seega on ligikaudne ka TSN näitaja
**** ja ***** puhul on raske protsenti välja tuua, kuna isikliku abistaja teenust kompenseeritakse tunnihinna alusel 100% kuludest, kuid omastehooldaja puhul pole tegemist ametliku teenusepakkujaga ja puudub info sellise kompensatsiooni kuumäära kohta

hooldekodu tasu maksmist. Lähedase kodus hooldamise puhul on aga kõige kehvemas seisus lapse hooldaja, kelle sissetulek neto mediaanpalgaga võrreldes on poole väiksem. Saksamaa eristub teistest riikidest selle poolest, et maksab igas vanuses hooldatava puhul võrdset hooldajatoetust.

Suurbritannia puhul on keskmist hooldekodu maksumust väga raske välja tuua, kuna seal on omaosaluse puhul otsustav isiku vara väärtuse hindamine. Nii võib olla, et võrdselt raske hooldusvajadusega isikutest üks saab hooldusele tasuta ja teine peab selle eest täies mahus ise tasuma, kuna talle kuulub korter, mis on väärt rohkem kui 23250 £ (Inglismaa määr). Antud juhul on analüüsis kaks erinevat näidet, kus tööealisel puudus vara ja pensioniealise puhul läks arvesse tema vara, mis ületas varade piirsumma. Vastavalt vara väärtusele võib hooldus seega olla väga kallis või vastata hooldatava sissetulekule, kuna ka maksimaalse kompenseerimise korral võetakse temalt omaosalusena sissetulek, va mõnikümend naela nädalas isiklikeks kuludeks. Selline süsteem annab inimestele põhjust ametlikult oma varast vabaneda, kuid sellise teguviisi puhul võib KOV siiski vara arvesse võtta (Age UK 2013: 17). Lähedase kodus hooldamise puhul jäid kõigi kolme variandi puhul omastehooldaja käsutuses oleva raha määrad umbes kahe kolmandiku lähedale neto mediaanpalgast.

Kokkuvõttes olid rikkalikumat toetust pakkuvad süsteemid Rootsis ja Saksamaal, ülejäänud riikides jäi tugi väiksemaks. Eesti ei ole ehk üllatuslikult selgelt väikseima omastehooldajate toetusega riik, vaid pigem üsna sarnasel tasemel Itaalia ja Suurbritanniaga. Arvestades hooldekodu kõrget maksumust varade hindamise lävest ülespoole jäädes, on eriti suur surve omastehooldajaks hakata neil Suurbritannia elanikel, kes ei kuulu äärmiselt madala sissetulekuga inimeste hulka, kuid ei suuda siiski tasuda suuri hooldekodu arveid. Koduseks omastehooldajaks hakkamine aga tähendab samuti neto mediaanpalgast kolmandiku võrra väiksemat sissetulekut. Sarnane surve on Itaalias täisealise isiku hooldajal. Eesti eristus eriti madala toetusega kodusele puudega lapse hooldajale, mille puhul lapse ja hooldaja sissetulek moodustab vaid kolmandiku niigi madalast neto mediaanpalgast.

3.3. Uuritud riikide elanike hinnang toetustele ja teenustele

Üks poliitika või sotsiaalpoliitilise meetme edukuse näidikuid on see, millise hinnangu annavad pakutavatele meetmetele nende kasutajad. 2012. aasta Euroopa elukvaliteedi uuringus (European Quality of Life Surey, edaspidi EQLS), mille andmed koguti 2011.–2012. aastal, esitati muu hulgas kuus küsimust pikaajalise hoolduse teenuste kohta. Küsimused ja nende vastused on toodud Tabelis 6.

Esimese puhul neist küsiti, kui kõrgeks hindab vastaja oma riigi pikaajaliste hooldusteenuste kvaliteeti skaalal 1–10, pikaajalise hoolduse mõistet oli vastajatele eelnevalt selgitatud. Esiteks vaatasin nende hinnanguid, kes olid lisaks vastanud, et hoolitsevad oma elatanud või puudega sugulaste eest iga päev. Eristasin selle grupi üldvalimist, et näha, kas reaalne igapäevane kokkupuude omaste hooldamisega muudab märgatavalt tulemust. Selgelt kõige kõrgema hinnangu andsid analüüsi kaasatud riikide hulgast Saksamaa omastehooldajad (6,7 10st), üllatavalt olid aga järgmise kolme riigi hinnangud väga sarnased ning Rootsi vastajate hinnang isegi 0,1% võrra madalam kui Eesti vastajatel. Kõige madalama keskmisega eristus Itaalia (5,1).

Et võrrelda, milline on seos igapäevaste omastehooldajate ning rahva keskmiste hinnangute vahel, vaatasin ka üldvalimi hinnanguid. Hinnangud olid väga sarnased, olles riigiti kõrgemad ühel või teisel poolel. Kõige suurem erinevus (0,3%) esines Eestis, kus omastehooldajate hinnang teenuste kvaliteedile oli veidi kõrgem, see-eest näiteks Rootsis oli üldvalimi hinnang 0,2% võrra kõrgem. Üldiselt olid erinevused siiski piisavalt väikesed, väitmaks, et isiklik kokkupuude teenustega ei too kaasa märgatavat erinevust hinnangutes teenuste kvaliteedile.

EQLS-is küsiti ka seda, kuivõrd erinevad asjaolud teenuste korralduses raskendasid hooldusteenuste kasutamist. Järgnevate küsimuste puhul olin sunnitud kasutama kogu valimi tulemusi, sest kaasates ainult igapäevaselt omakseid hooldajaid oleks mõnel juhul valim olnud täiesti mitteesinduslik. Ent lähtudes eelmiste küsimuste tugevast seosest kahe grupi vahel

Tabel 6. Keskmised (mean) hinnangud pikaajalise hoolduse süsteemidele

Riik	PAH kvaliteet (iga päev hooldajad) *	PAH kvaliteet (üldvalim)**	PAH hind (kõrgem on positiivsem) ***	PAH kättesaadavus (kõrgem on positiivsem) ****	PAH ligipääsetavus (kõrgem on positiivsem) *****	Hoolduse kvaliteet (kõrgem on positiivsem)* *****
Eesti	5,6 (SD=2,27)	5,3 (SD=2,08)	1,6 (SD=0,78)	1,8 (SD=0,78)	2,0 (SD=0,79)	2,3 (SD=0,72)
Itaalia	5,1 (SD=2,24)	5,2 (SD=2,03)	2,0 (SD=0,76)	1,9 (SD=0,72)	2,2 (SD=0,66)	2,3 (SD=0,71)
Rootsi	5,5 (SD=3,27)	5,7 (SD=2,08)	2,7 (SD=0,59)	2,3 (SD=0,75)	2,6 (SD=0,65)	2,3 (SD=0,77)
Saksamaa	6,7 (SD=2,24)	6,5 (SD=2,0)	2,1 (SD=0,76)	2,3 (SD=0,69)	2,5 (SD=0,61)	2,5 (SD=0,66)
Suurbritannia	5,7 (SD=2,54)	5,8 (SD=2,29)	2,2 (SD=0,82)	2,2 (SD=0,78)	2,4 (SD=0,73)	2,4 (SD=0,71)
Allikas	EQLS 2012, küsimused Q36c ja Q53e	EQLS 2012, küsimus Q53e	EQLS 2012, küsimus Q56a	EQLS 2012, küsimus Q56b	EQLS 2012, küsimus Q56c	EQLS 2012, küsimus Q56d

* Pikaajaliste hooldusteenuste kvaliteet nende hinnangul, kes hoolitsevad elatanud või puudega sugulaste eest iga päev, 1=väga kehv kvaliteet, 10=väga kõrge kvaliteet

** Pikaajaliste hooldusteenuste kvaliteet vastajate hinnangul (üldvalim), 1=väga kehv kvaliteet, 10=väga kõrge kvaliteet

*** Kuivõrd hind tegi pikaajaliste hooldusteenuste kasutamise raskemaks, 1=väga raskeks, 2=veidi raskeks, 3=üldse mitte raskeks

**** Kuivõrd teenuse kättesaadavus (nt ootejärjekorrad, teenuste puudumine) tegi pikaajaliste hooldusteenuste kasutamise raskemaks, 1=väga raskeks, 3=üldse mitte raskeks

***** Kuivõrd teenuse ligipääsetavus (nt kaugel asukohta või lahtiolekuaegade tõttu) tegi pikaajaliste hooldusteenuste kasutamise raskemaks, 1=väga raskeks, 3=üldse mitte raskeks

***** Kuivõrd hoolduse kvaliteet tegi pikaajaliste hooldusteenuste kasutamise raskemaks, 1=väga raskeks, 3=üldse mitte raskeks

ning tõigast, et suurem osa jättis järgnevatele küsimustele vastamata (tõenäoliselt kogemuse puudumise tõttu), peaks ka need andmed olema analüüsiks sobilikud.

EQLS-is küsiti ka selle kohta, mil määral erinevad tegurid muutsid pikaajaliste hooldusteenuste kasutamise vastajal või tema lähedasel raskemaks. Sisulisteks vastusevariantideks olid “väga raskeks”, “veidi raskeks”, “üldse mitte raskeks”. Teenuste hinna osas eristus Eesti teistest selgelt madalama tulemusega, positiivselt eristus Rootsi, kus väga väike osa vastajaid pidas maksumust probleemiks. Kättesaadavuse osas andsid teistest veidi madalama hinnangu Eesti ja Itaalia vastajad, sarnane oli tulemus ka ligipääsetavuse puhul, kus kõige madalama hinnanguga Eestile järgnes Itaalia 0,2% kõrgema hinnanguga. Hoolduse kvaliteedi osas olid kõigi riigi vastajate hinnangud äärmiselt sarnased.

Ülaltoodud tulemuste osas oli seega mõni, mida võib ehk pidada üllatuslikuks. Ühe järeldusi piirava tegurina võib välja tuua kahe esimese küsimuse sõnastuse, mis puudutasid pikaajaliste hooldusteenuste kvaliteeti. Kuna seda sõnapaari saab mõista nii üldise hinnanguna olemasolevate teenuste kvaliteedile kui teenuste süsteemile üldiselt, on võimalik, et hinnang puudutab mingil määral nii üht kui teist ning võib seega olla kaheti mõistetav. Rootslaste madalat hinnangut teenuste kvaliteedile üldiselt võib ehk seletada nende kõrgemate ootustega teenustele, tulenevalt Rootsi kõrgest elukvaliteedist ning mainest eeskujuliku sotsiaalsüsteemiga riigina. Kuna teenuste hinna, kättesaadavuse ja ligipääsetavuse osas andsid just rootslased kõige kõrgema hinnangu, on nende rahulolematust raske seletada kehva teenuste süsteemiga. Seevastu konkreetselt hoolduse kvaliteedi kui teenuste kasutamist raskendava teguri osas olid hinnangud väga sarnased, mis näitab, et riikide kohati ligi kahekümnekordne vahe kulutustes ei toonud kaasa märgatavat muutust.

Kvalitatiivse meetodiga uuriti analüüsitud riikide ühes kindlas linnas omastehooldajate rahulolu FLOWS (Impact of Local Welfare Systems on Female Labour Force Participation and Social Cohesion) 2013. aasta uuringu käigus. Ainus käesolevas töös analüüsitud riik, kus intervjuusid läbi ei viidud, oli Rootsi, mille puhul olen lisanud lühikokkuvõtte riiklikust hooldusteenuste kasutajate uuringust.

Bologna

FLAWS-i 2013. aasta Bologna fookusgrupi intervjuudes osalenud ütlesid valdavalt, et tunnevad ennast riigi poolt hüljatuna. Osa intervjueritustest ütles, et neil on probleeme immigrantidest hooldustöötajatega, kuna nad ei saa neid usaldada. Nende hinnangul oli pere peamine heaolu pakkuja ja sotsiaalteenused puutusid hooldusesse vähestel juhtudel. Kasulikuks pidasid vastajad ametliku töölepingu olemasolu, mis tagab riigi tasandil garanteeritud hoolduspuhkuse. Ka Bologna vastajad pidasid oluliseks probleemiks informatsiooni puudust teenuste kohta. Nad leidsid ka, et hooldust tuleks eelkõige pakkuda kodus, kuid riik peaks rohkem panustama professionaalse abiga.

Hamburg

Hamburgi linna omastehooldajad tõid välja, et probleeme on eelkõige keerulises süsteemis informatsiooni puudusega abi võimaluste kohta ja sellega, et kvaliteetsed hooldusteenused on kõrge hinna tõttu inimestele kättesaamatud. Samuti mainiti, et puudulik on infovahetus arstide ja hoolduskindlustuse vahel. Suurem osa neist käis tööl, oli sugulase siiski hooldekodusse paigutanud ning ei oleks paremate tingimuste puhul hetke hoolduslahendust muutnud.

Leeds

Leedsi linnas läbi viidud kvalitatiivsete fookusgrupi intervjuude osalejad olid kõik kas täis- või poole kohaga töötajad, valdav enamus hooldatavatest sai hooldust kas nende enda või sugulaste kodus sugulastelt. Intervjuu osalised väljendasid valdavalt, et oma sugulase hooldamine on loomulik ning asi, mida tuleb teha. Ka kõigi Leedsi vastajate hinnangul ei jagatud hooldust vajavate inimeste abi võimaluste kohta piisavalt informatsiooni. Samuti mainiti vähest koostööd hoolduse ja tervishoiu sektori vahel ning leiti, et hooldajatoetuse saamine on liiga piiratud, näiteks ei saanud seda juhul, kui hooldaja käis tööl. (FLAWS 2013: 620–661).

Rootsi

2008. aastal uuriti riikliku hooldusteenuste kasutajate uuringu raames klientide rahulolu teenustega. Koduteenuste kasutajatest vastas küsimustele isiklikult 75%, spetsiaalse majutuse (*special housing accomodation*, mille alla käivad õendushaiglad, vanadekodud ja grupimajutus) klientidest 38%, ülejäänute eest andsid nende terviseseisundi tõttu vastused

lähedased. Teenuste hindamisel anti inimestele skaala ühest kümneni ning hiljem teisendati tulemused 100punktisele skaalale. Keskmiseks hinnanguks koduteenustele andsid vastajad 73 punkti. Kõige kõrgema hinde said eakate kohtlemine personali poolt ning abi ja hoolduse ulatuslikkus, kõige vähem oldi rahul pakutava informatsiooni, söögi ja suhtlusvõimalustega. Ka spetsiaalse majutuse kliendid hindasid kõige madalamalt informatsiooni pakkumist, toitu ja pakutavaid tegevusi. (Rootsi tervishoiuamet 2009: 15–16).

4. Diskussioon

Käesolevasse peatükki on integreeritud vastus uurimisküsimusele “Kas ja millistel tingimustel on teiste riikide head praktikad Eestis rakendatavad?”. Ühtlasi sisaldab peatükk kogu tööd kokkuvõtvat arutelu.

Kui vaadata riikide kulutusi nii sotsiaalsele kaitsele kui pikaajalisele hooldusele, jääb Eesti teistele analüüsitud riikidele tugevasti alla.⁸ Samuti esineb süsteemide ülesehituses kohati suuri erinevusi, näiteks on Saksamaa mudel üles ehitatud kohustuslikule kindlustusele, mis küll kokkuvõttes toimib teiste riikidega sarnaselt, aga on olemuselt erinev. Erinevad on ka riikides valitsevad kultuurilised normid ja hoiakud ning institutsioonid, mis meetmeid ellu viivad, seega on poliitikate ülevõtmisel tarvis arvestada paljude eri teguritega. Arutelus toon välja süsteemide põhilised omadused ning lisaks mõnel juhul konkreetsed silmapaistvad meetmed, mille rakendamist tasuks Eesti omastehooldajate heaolu silmas pidades kaaluda.

Konkreetsete meetmete puhul erinevate potentsiaalsete ülekande takistustega arvestamiseks valisin teooria peatükis välja toodud poliitikate hindamise kriteeriumite ja poliitikate ülekantavuse takistuste hulgast välja minu hinnangul olulisemad ning analüüsisin meetmeid nendest lähtuvalt. Nendeks on (Staroňová 2002, Rose 1993, Dolowitz ja Marsh 1996):

- Probleemi lihtsus – mida lihtsam on tulemusi mõõta, seda tõenäolisem on ülekanne.
- Varasemate poliitikate piirav mõju.
- Institutsionaalsed ja struktuursed piirangud – nt kui puuduvad institutsioonid, mis meetmeid ellu viiks.
- Majanduslikud ressursid.

⁸ Siinkohal tuleb küll märkida, et pikaajalise hoolduse kulutuste numbrid on eri allikates mõnel juhul märgatavalt erinevad ja kuna Itaalia ning Suurbritannia kulutuste kohta leidsin infot vaid Euroopa Komisjoni (2012a) raportis, Eesti kulutused aga korreleerusid paremini OECD (2013) raporti ja teiste allikate info vahel (näiteks oli Eesti kulutusteks Euroopa Komisjoni raportis märgitud 0,5% SKT-st, mis on 2,5 korda rohkem kui Eurostati andmebaasis või OECD raportis), on andmed pärit kahest eri allikast. Kuid kuna Euroopa Komisjoni raporti pakutud number läheb Itaalia puhul kokku Itaalia majandus- ja rahandusministeeriumi (2014) enda arvutustega, võib loota, et antud arve saab usaldada.

- Huvidetele vastavus – kas poliitika on vastavuses eri gruppide huvidetega, näiteks nende, kes hooldusega kokku ei puutu ja võivad pidada olulisemaks teisi valdkondi.

Itaalia kulutab pikaajalisele hooldusele 1,91% SKT-st (Tabel 2), mida on üsna palju võrreldes Saksamaaga ja eriti Eestiga. Samas on igapäevaselt lähedase hooldajate protsent analüüsitud riikidest kõige kõrgem – 9% (Tabel 2). Samuti on omastehooldajate rahulolu PAH teenustega kõige madalam just Itaalias – keskmine hinnang 5,1, nt Eestis 5,5 (Tabel 6). Viimase puhul tuleb aga silmas pidada, et EQLS-is ei olnud küsimuses täpsustatud, mida konkreetselt teenuste kvaliteedi all mõeldakse. Hooldekoduteenuse kättesaadavuse ja omastehooldaja toetuste (koos hooldatava sissetulekuga) osas on Itaalia suhteline tase Eestiga sarnane, pakkudes mõnes aspektis veidi vähem, mõnes rohkem toetust (Tabelid 4 ja 5). Silmatorkava meetmena on Itaalias eraldi toetused vaegnäijatele, pimedatele ja kurtidele, kes lisaks saavad suuremat puudega isiku toetust (Lisa 1. Tabel 1). Muus osas on põhilised toetused ja teenused sarnased Eestile. Kokkuvõttes jääb mulje, et Itaalia suhteliselt suurte kulutustega võrreldes ei ole omastehooldajatele ega hooldatavatele tagatud vastav heaolu tase, mida väljendavad madalad hinnangud teenuste kvaliteedile ja palju vähem kulutava Eestiga võrreldav teenuste kättesaadavus.

Rootsi kulutab pikaajalisele hooldusele analüüsitud riikidest selgelt kõige rohkem – 3,6% SKT-st (Tabel 2). Igapäevaselt lähedast hooldavate inimeste protsent on seal aga kõige madalam – 2% (Tabel 2). Omastehooldajate rahulolu teenustega on ehk üllatavalt aga tagantpoolt teine (keskmine 5,5 (Tabel 6)). Kuid nagu mainitud, tuleb selle numbril tõlgendamisel jääda tagasihoidlikuks, sest põhjus võib peituda nii erinevates küsimuste tõlgendustes kui selles, et üldiselt kõrge heaolu tasemega harjunud kõrgeid makse maksvad rootslased võivad olla saadavate teenuste osas kriitilisemad kui teiste riikide elanikud. Peamised pakutavad teenused ja toetused on Eestile sarnased, kuid oluliselt kõrgem on teenuste kättesaadavus. Näiteks keskmisel pensionäril tuleb hooldekodu eest maksta 2/3 oma sissetulekust ja koduhoolduse maksimaalne hind on 193 € kuus (Tabel 4 ja Lisa 1. Tabel 1). Valisin Rootsi PAH süsteemist täpsemaks hindamiseks kaks konkreetset silmapaistvat meetet, mille rakendamine minu hinnangul võiks parandada omastehooldajate heaolu Eestis.

Meede 1: Hooldust vajavate inimeste ülalpidamise riigi ja lähedaste ühiskohustuseks muutmine (nt Rootsi avaliku vastutuse põhimõte)

Tulenevalt seadustest on praegu Eestis oma pereliikmete ülalpidamise kohustus hooldusvajaduse puhul konkreetse sõnastusega lähedastel, omavalitsuste ja riigi vastutus on märgitud ebakonkreetset. Kohustuse selgesõnaline jagamine seadusandluses riigi ja inimeste vahel võiks kaasa tuua riigi initsiatiivi avalikesse hooldusteenustesse panustamiseks. Tegemist oleks eelkõige seadusandliku muudatusega, mistõttu sammu enda rakendamiseks otseselt raha ei kulu, kuid sellest tulenevad mõjud tooks tõenäoliselt kaasa vajaduse suurendada kulutusi avalikele teenustele, mis ei pruugi olulisel määral võimalik olla. Kuna probleem on lihtne – inimeste kohustused on kohati liiga suured – võiks eeldada meetme tõenäolisemat vastuvõtmist. Takistuseks võivad saada aga eelnevad poliitikasuunad, mis on siiani olnud vastupidised ja mille tõttu võib meetmele eeldada poliitilist vastuseisu.

Meede 2: Riiklik hooldusteenuste piirhind

Rootsis on hooldusteenustel piirhind, mis ei luba hooldusteenuste eest küsida suuremat kuutasu kui igal aastal kindlaks määratud summa, mis 2014. aasta seisuga on koduhoolduse puhul 193 € ja hooldekodu puhul 201 € (Lisa 1. Tabel 1), hooldekodu puhul lisanduvad kliendi jaoks sellele küll majutuse ja toitlustuse kulud. Selline piirhind muudaks teenused väga kättesaadavaks, kuid on arusaadavalt kallis meede. Eestis hooldust suhtelises võrdluses sissetulekuga sama odavaks teha käiks tõenäoliselt majanduslikult üle jõu, kuid piirhinna võiks seada Eestis kättesaadavale võimalikult madalale tasemele. Ühtlasi võiks kaaluda piirhinna sõltuvust isiku sissetulekust, et tagada õiglasem kulude jaotumine madalama ja kõrgema sissetulekuga inimeste vahel. Meede on olemuselt lihtne ja olemasolevad teenusepakkujad suudaks riikliku toetuse puhul tõenäoliselt muutustega kohaneda, seetõttu on peamine takistus meetme kõrge hind, mis tooks vananevas ühiskonnas kaasa järjest suuremaid kulusid. Viimane võib eri poliitilistes gruppides vastuseisu tekitada. Teenuste hinna olulise alanemise puhul võib esialgu puudus tekkida ka institutsionaalse teenuse kohtadest.

Saksamaa avaliku sektori kulutused pikaajalisele hooldusele on analüüsitud välisriikidest kõige väiksemad – 1% SKT-st (Tabel 2). Samas on teistsugune ka süsteemi ülesehitus, kuna erinevalt teiste maade maksudest rahastatavatest süsteemidest on tegemist kohustusliku kindlustussüsteemiga, milles toetusi jagavad riigi haldusalasse jäävad iseseisvad fondid.

Igapäevaselt lähedase hooldamise osakaal on sarnaselt Rootsiga teistest riikides märnatavalt väiksem – 3% (Tabel 2). Analüüsitud riikidest oli omastehooldajate rahulolu teenustega kõige kõrgem just Saksamaal (keskmine 6,7 (Tabel 6). Ka teenuste kättesaadavus oli sarnaselt Rootsiga teiste riikidega võrreldes kõrge, nii tööeline kui pensioniealine voodihaige hooldatav peavad maksimaalset toetust saades hooldekodu eest maksma ligikaudu 2/3 oma sissetulekust (Tabel 4). Üldjoontes olid pakutavad teenused Eestile sarnased, kuid omastehooldajale pakutakse lisaks sotsiaalset tuge, mis Eestis hetkel puudub ning mistõttu valisin need meetmed silmapaistvatena täpsemale hindamisele.

Meede 3: Intervallhooldus ja lühiajaline hooldus (Saksamaa)

Saksamaal pakutakse omastehooldajale soovitud puhkuse või haiguse korral võimalust panna hooldatav lühiajalisele või intervallhooldusele, mis on väga sarnased meetmed. Mõlemaid pakutakse kuni 1550 € aastas kuni 28 päevaks aastas. Meetme eesmärgiks selle ülevõtmisel oleks hooldajatele koormuse vähendamise võimaluse pakkumine puhkuse läbi, milleks hetkel riiklikku võimalust pole. Meetme vastuvõtmise üks takistusi oleks selle hind, samuti ei ole hoolduspuhkus üldiselt levinud ja selgitusteta mõistetav meede, mis võib raskendada selle vajalikkuse põhjendamist. Lisaks võib tekkida puudus hooldekodu kohtadest, kuhu inimesi asendushooldusele suunata.

Meede 4: Palgata hoolduspuhkus ja lühikese etteteatamisega hoolduspuhkuse võimalus äkilise vajaduse korral.

Saksamaal on vähemalt 15 töötajaga firmas töötavatel omastehooldajatel õigus palgata hoolduspuhkusele kuni kuueks kuuks, reeglina jääb puhkuse ajaks kehtima pere tervisekindlustus ja PAH fond tasub pensionikindlustuse eest. Lähedase äkiliselt tekkinud hooldusvajaduse korral võib isik lühikese etteteatamisega jääda töölt kõrval kuni kümneks päevaks. Sarnase meetme rakendamine võimaldaks Eesti omastehooldajatel töötamist ja hooldamist paremini ühildada. Antud meetme puhul on oluliseks aspektiks tööandja majanduslikud huvid, mistõttu võib potentsiaalse takistusena eeldada tööandjate vastuseisu. Seega on olulise tähtsusega läbirääkimised riigi ja tööandjate vahel.

Suurbritannia kulutab pikaajalisele hooldusele ligikaudu võrdselt Itaaliaga – 1,97% (Tabel 2). Igapäevaselt lähedase hooldajate osakaal on seal veidi madalam kui Eestis – 7% (Tabel 2). Omastehooldajate rahulolu teenustega on sarnane Eesti tasemega (keskmine 5,7 (Tabel 6)).

Omastehooldaja rahaline seisukord koduseks jäämisel on võrreldav Eestiga, välja arvatud lapse hooldamise puhul, kus Suurbritannia toetus on suurem. Hooldekodude osas on aga oluline erinevus riiklikes süsteemides, kuna Suurbritannias eelneb teenusele pääsemisele isiku vara väärtuse hindamine, millest sõltub, kas omavalitsus kompenseerib hoolduse täiel määral, osaliselt või peab klient kogu tasu ise maksma. Piir, millest suurema vara puhul KOV toetus kaob, on Inglismaa puhul 23250 £ (Lisa 1. Tabel 1). Selline süsteem on paljudele rahaliselt väga kurnav, kuna näiteks keskmise sissetulekuga raske hooldusvajadusega pensionär, kellele kuulub näiteks kas korter või maja, suudab oma sissetulekust tasuda ligikaudu vaid veidi alla poole hooldekodu kuutasust. Seetõttu on osad inimesed sunnitud hoolduse eest tasumiseks oma eluaseme maha müüma (Suurbritannia valitsuse...2015c). Valitsus on otsustanud süsteemi muuta, pannes hooldusele maksumusele piirmäärad, mille ületamisel isik rohkem maksma ei pea (ibid.), kuid ka uue süsteemi kohta on avalikus diskussioonis hinnang, et need ei päästa inimesi kodu müümisest (nt Hunter 2015). Kuigi Suurbritannia kulutab PAH-le oluliselt enam kui Eesti, ei paku süsteem omastehooldajatele ja hooldust vajavatele isikutele oluliselt suuremat heaolu.

Kokkuvõttes olid pakutavad teenused ja toetused analüüsitud välisriikides ligikaudu sarnased Eestis pakutavatele, kuid esines ka mõningaid positiivselt eristuvaid näiteid, mida Eestis pole ja mida lähemalt vaatlesin. Mõnevõrra üllatuslikult ei olnud Itaalia ja Suurbritannia süsteemide toetusmeetmed Eestist märgatavalt suuremat tuge pakkuvad, vaid pigem samal tasemel ja mõnel juhul ka probleemsemad. Inimestele rahulolu pakutavate meetmete osas on kättesaadava info põhjal keeruline hinnata, kuid Euroopa Elukvaliteedi uuringu tulemused viitavad, et hinnang teenuste kvaliteedile on kõigis riikides küllalt sarnane. Samuti selgus, et suuremad kulutused ei too tingimata kaasa paremat süsteemi. Samas ei tohi sellest järeldada, et PAH süsteemi suurem rahastus ei ole vajalik, vaid et vahendeid peab suunama oskuslikult.

Töö problemaatilistest kohtadest tuleb välja tuua takistused, mis tulenesid ressursipuudusest, näiteks ei jõudnud ma analüüsida kõiki neid väiksemaid meetmeid, mida riikide omavalitsustes pakutakse ja vaadata, kas leidub mõningaid dokumentides mitte kajastust leidvaid innovaatilisi meetmeid, sest nii põhjalik analüüs ei ole üksikisikule piiratud aja tingimustes võimalik. Lisaks tekitas probleeme keelebarjäär, kuna osa infost ei olnud riikide kohta inglise keeles kättesaadav ja seetõttu läks suur osa energiast võõrkeelsetest tekstidest

arusaamisele. Samuti jäid analüüsist välja mõned riigid, näiteks Holland ja Sloveenia, mille süsteeme ma oleks samuti soovinud uurida, kuid milleks ei jätkunud aega.

Lisaks oleks Eesti omastehooldajate toetusmeetmete informeeritud arendamiseks vajalik läbi viia veel üks kvantitatiivne uuring, mis oleks esinduslik kogu Eesti omastehooldajate üldkogumi kohta ja esitaks põhjalikku statistilist analüüsi võimaldavad tulemused omastehooldajate murede ja soovide kohta. Eelkõige oleks oluline kaasata igas vanuses hooldatavate hooldajaid ja võrrelda erineva hooldusvajadusega inimeste hooldajate muresid ja soove, mida senised uuringud pole võimaldanud.

Ideaalis näeksin ma tulevikus loodavat Eesti ja miks mitte kogu Euroopa PAH süsteemide infot koondavaid andmebaase, kuhu kõik omavalitsused sisestaksid jooksvalt oma toetuste määrad ja teenuste hinnad ning nende saamise tingimused. Need peaks koondama ka erinevad kohalikud või suuremahulised rahulolu uuringud ning olema kõigile vabalt ligipääsetavad. Euroopa tasandil andmebaasid ühendades oleks tulemuseks oluliselt põhjalikum infot sisaldava MISSOC andmebaasi täiustatud analoogiga. Selliste andmebaaside olemasolu säästaks olulisel määral ressursse, võimaldaks poliitikate elluviijatel otsese ligipääsu vajalikule infole ja kaotaks vajaduse teha antud töö vormis uuringuid, mille tulemused ajas kiiresti väärtust kaotavad.

Kokkuvõte

Töö eesmärgiks oli leida, milliseid toetusmeetmeid on teised Euroopa riigid pakkunud omastehoolajatele ja pikaajalist hooldust vajavatele isikutele, leidmaks juba olemasolevaid meetmeid, mida võiks Eestis potentsiaalselt üle võtta omastehoolajatele suurema heaolu tagamiseks. Selleks analüüsisin viie Euroopa riigi – Eesti, Itaalia, Rootsi, Saksamaa ja Suurbritannia – pikaajalise hoolduse süsteeme.

Teoreetiliseks ja empiiriliseks taustaks oli Eesti omastehoolajate olukorra kirjeldus, analüüsitavate riikide valiku aluseks olev Euroopa hooldusrežiimide jaotus ning meetmete ja nende ülevõtmise aspektide hindamise vahendid. Kasutades erinevaid andmebaase, uuringuid, institutsioonide kodulehekülgi ja muid vajalikku informatsiooni sisaldavaid allikaid viisin läbi võrdleva sotsiaalpoliitilise analüüsi. Uuritavateks aspektideks olid riikides omastehoolajatele ja pikaajalist hooldust vajavatele isikutele pakutavad teenused ja toetused, teenuste rahaline kättesaadavus inimestele, riikide elanike rahulolu pakutavate meetmetega ja teiste riikide meetmete rakendatavus Eestis.

Analüüsist selgus, et üldjoontes pakutakse kõigis analüüsitud riikides sarnaseid peamisi teenuseid ja toetuseid, põhialustelt eristus Saksamaa süsteem, mis toetub maksudest rahastatava toe asemel kohustuslikule pikaajalise hoolduse kindlustusele. Suurbritannia ja Itaalia süsteem pakub omastehoolajatele kokkuvõttes Eestiga küllalt sarnast heaolu taset, suurem on tugi Rootsis ja Saksamaal.

Itaalias on hooldekodu koht umbes sama kättesaadav kui Eestis, olles veidi madalam tööealise hooldatava puhul. Ka koduseks jääva omastehoolaja rahaline tugi on sarnane, olles võrreldes Eestiga veidi suurem lapse hooldajale. Arvestades, et Itaalia kulutused pikaajalisele hooldusele on ligi kümme korda suuremat kui Eestis, paistab sealne süsteem võrdlemisi ebaefektiivne.

Rootsi paistab silma väga kättesaadavate hooldusteenustega, millele on riiklikult seatud maksimaalne hind. Ühtlasi on analüüsitud riikidest tegu kõige enam pikaajalisele hooldusele kulutava riigiga. Hooldekodu koha eest peab keskmine vanaduspensioniealine tasuma 2/3 sissetulekust, veel oluliselt odavamad on koduteenused. Seetõttu ei ole Rootsis levinud hädavajadus omastehooluseks, kuid koduseks jäämise puhul makstakse muidu 100% isikliku abistaja kulusid katvat abistamistoetust ka lähedasele.

Saksamaa süsteem paistab sarnaselt Rootsi silma kättesaadava hooldekoduteenusega, mille eest tasumisse peamise osa annab kindlustusfondide pakutav otse teenusepakkujale makstav kompensatsioon. Koduseks jäämise korral on sarnaselt Eestiga tugi väiksem lapse hooldajale. Ametliku statistika järgi kulutab Saksamaa pikaajalisele hooldusele ligikaudu kaks korda vähem kui Suurbritannia ja Itaalia, kuid tagab omastehooldajale võrdlemisi kõrge heaolu, mis viitab süsteemi efektiivsusele.

Erandiks tasuta vanemaealiste hooldussüsteem Šotimaal, eristus Suurbritannia teistest riikidest konkreetse varade hindamisega hooldekodusse pääsemisel, mille puhul kindlast lävest ülespoole jääv isik peab oma hoolduse eest täiel määral ise tasuma. See muudab hoolduse mõnel juhul väga kalliks ja on sundinud inimesi arvete tasumiseks ka oma kodusid müüma. Koduse omastehooldaja sissetulek on sarnane Eesti tasemega, olles kõrgem lapse hooldaja puhul. Suhteliselt kõrgete kulutuste, kuid samas probleemse hooldusteenuste valdkonna tõttu ei saa süsteemi efektiivseks lugeda.

Konkreetsete silmapaistvate meetetena, mille rakendamine Eestis minu hinnangul omastehooldajate heaolu parandaks, valisin täpsemaks hindamiseks järgmised neli: Rootsist avaliku sektori ja lähedaste jagatud vastutus lähedase ülalpidamise eest ning riiklik hooldusteenuste piirhind. Saksamaalt intervall- ja lühiajalise hoolduse võimaluse omastehooldajale ning hoolduspuhkuse võimaluse ja lühikese etteteatamisega töölt lahkumise võimalus hooldusega seotud hädajuhtumi korral.

Et tagada maksimaalne informeeritus omastehooldajate heaolu suurendamise võimalustest, oleks edaspidi vajalik lävi viia veel üks kvantitatiivne esindusliku valimiga uuring, mis võimaldaks statistilist analüüsi omastehooldajate murede ja soovide suhtes ning hõlmaks igas vanuses lähedasi hooldavaid inimesi. Samuti oleks väga kasulik pikaajalise hoolduse meetmete kohta võimalikult põhjalikku infot sisaldavate andmebaaside väljaarendamine, mis lihtsustaks tulevasi analüüse.

Kasutatud allikad

Age UK (2013). *Sobiva hooldekodu leidmine (Finding the right care home)*. Kasutatud 26.05.2015 http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Information-guides/AgeUKIG06_Care_homes_inf.pdf?dtrk=true

Alaealise mõjutusvahendite seadus (2010). Kasutatud 20.02.2015 <https://www.riigiteataja.ee/akt/13335902>

Anderson, K. ja Backhans, M. (2013). ASISP Country Document, Sweden. Kasutatud 05.04.2015 http://socialprotection.eu/files_db/1427/SE_asisp_CD13.pdf

Brandt, M., Haberkern, K. ja Szydlik, M. (2009). Intergenerational help and care in Europe. *European Sociological Review*, 25(5), 585–601. doi: 10.1093/esr/jcn076

Carehome.co.uk kodulehekülg: *Paying for Care Home Fees – Who Pays for What?*. Kasutatud 26.05.2015 <http://www.carehome.co.uk/fees/feesadvice.cfm>

Carers Trust (2010). *Carers and finance survey 2010*. Kasutatud 15.03.2015 http://www.carers.org/sites/default/files/final_survey_results.pdf

Caring.com kodulehekülg: *Activities of Daily Living: What are ADLs and IADLs?*. Kasutatud 15.03.2015 <https://www.caring.com/articles/activities-of-daily-living-what-are-adls-and-iadls>

Comas-Herrera, A., Pickard, L., Wittenberg, R., Malley, J. ja King, D. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in England: ENEPRI Research Report No. 74*. Kasutatud 09.05.2015 <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20 ANCIEN %20RRNo%2074England.pdf>

Commission for Social Care Inspection (2008). *Cutting the Cake Fairly: CSCI Review of Eligibility Criteria for Social Care*. Kasutatud 07.05.2015 http://collections.europarchive.org/tna/20081105165041/http://www.csci.org.uk/pdf/FACS_2008_03.pdf

Diritti e Risposte (Õigused ja vastused) kodulehekülg: *Salute (Tervis)*. Kasutatud 10.05.2015 <http://www.dirittierisposte.it/Schede/Persone/Salute>

Dolowitz, D. ja Marsh, D. (1996). Who Learns What from Whom: A Review of the Policy Transfer Literature. *Political Studies*, 44(2), 343–357. doi: 10.1111/j.1467-9248.1996.tb00334.x

Dolowitz, D. ja Marsh, D. (2000). Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. *Governance*, 13(1), 5–23. doi: 10.1111/0952-1895.00121

Duisburg-Essen ülikool (2014a). *Keskised pensioni määrad pensioni tüübi ja soo järgi 2013 (Durchschnittliche Rentenhöhen nach Rentenart und Geschlecht 2013)*. Kasutatud 24.05.2015 http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII29_30.pdf

Duisburg-Essen ülikool (2014b). *Keskmine töövõimetuspensionide määr 2000–2013 (Durchschnittl. Höhe von Erwerbsminderungsrenten im Jahr des Rentenzugangs 2000–2013)*. Kasutatud 24.05.2015 http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII47.pdf

Dunn, W. N. (2004). *Public Policy Analysis: An Introduction*. 3rd Ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.

Eesti.ee kodulehekülj: *Hoolekandeesutused*. Kasutatud 11.05.2015 https://www.eesti.ee/est/toetused_ja_sotsiaalabi/sotsiaalteenused/hoolekandeesutused

Erihoolekande arengukava aastateks 2014–2020 (2014). Kasutatud 19.02.2015 http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekande_arengukava_2014-2020.pdf

Euroopa Komisjon (2012a). *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*. Kasutatud 15.04.2015 http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf

Euroopa Komisjon (2012b). *Long-Term Care for the elderly: Provisions and providers in 33 European countries*. Kasutatud 16.04.2015 http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care_en.pdf

Euroopa Komisjon (2012c). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. Kasutatud 20.04.2015
<http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/Common-European-Guidelines-on-the-Transition-from-Institutional-to-Community-based-Care-English.pdf>

Euroopa komisjon (2014). *The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Kasutatud 17.03.2015
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf

Eurostati kodulehekülj a: *Expenditure on social protection*. Kasutatud 14.02.2015
<http://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/main-tables>

Eurostati kodulehekülj b: *Mean and median income by household type*. Kasutatud 14.02.2015
http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di04jalang=en

FLAWS (2013). *A Comparative Analysis of Female Decision Making*. Kasutatud 16.02.2015
http://www.flaws-eu.eu/fileadmin/user_upload/Work_packages/WP6/Deliverables/FLAWS_D6_3_Report_a_comparative_analysis_of_femarle_decision_making.pdf#page=47&zoom=auto,54,482

Fox, A. (2009). *Putting People First Without Putting Carers Second*. Kasutatud 07.03.2015
<http://static.carers.org/files/ppf-final-3920.pdf>

Fukushima, N., Adami, J. ja Palme, M. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in Sweden: ENEPRI Research Report No. 89*. Kasutatud 02.05.2015
<http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20ANCIEN%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf>

Haus Waldecki kodulehekülj: *Pikaajaline hooldus hooldekodus (Vollstationäre Dauerpflege)*. Kasutatud 24.05.2015
<http://www.hauswaldeck-griesheim.de/Vollstationaere-Dauerpflege.17.0.html>

Henberg, A., Muller, K. ja Alekand, A. (2012). *Perekonna kohustused (sotsiaalsete probleemide tõttu) abi vajavate pereliikmete ees*. Kasutatud 27.05.2015
http://www.just.ee/sites/www.just.ee/files/perekonna_kohustused_abi_vajavate_pereliikmete_ees_2012.pdf

Hunter, T. Why you WILL have to sell your home to pay for care. *The Telegraph*, 28. veebruar. Kasutatud 27.05.2015

<http://www.telegraph.co.uk/finance/personalfinance/insurance/longtermcare/11441163/Why-you-WILL-have-to-sell-your-home-to-pay-for-care.html>

H-Veebi kodulehekül. Kasutatud 12.03.2015

<https://hveeb.sm.ee/index.php?tid=dFCSvVGVouAwJLMhvBuofN>

Ida-Tallinna keskhaigla kodulehekül. Kasutatud 20.02.2015

<http://www.itk.ee/kliinikud/taastusravikliinik/taastusravikliinikust/hea-tervise-keskus/liikumine/fusioteraapia/>

Iisaku hooldekodu põhimäärus (2009). Kasutatud 20.02.2015

https://www.riigiteataja.ee/akt/4080/7201/4021/hooldekodu_pohimaarus.pdf#

Iisaku valla kodulehekül: Iisaku Hooldekodu. Kasutatud 20.02.2015

<http://www.iisaku.ee/avaleht/sotsiaal/hooldekodu/>

Iisaku vallavolikogu määrus “Hoolduse seadmise, hooldaja määramise ja hooldajatoetuse maksmise kord” (2012). Kasutatud 20.02.2015

<https://www.riigiteataja.ee/akt/404092012037jaleiaKehtiv>

IStat (2012). *Residential health and social care facilities*. Kasutatud 1.03.2015

<http://www.istat.it/en/archive/77529>

IStat (2013). *Sekkumine ja omavalitsuste ning seotud isikute sotsiaalteenused (Gli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati)*. Kasutatud 19.03.2015

<http://www.istat.it/it/archivio/91610>

IStat (2014). *Pensionid ja nende saajad (Trattamenti pensionistici e beneficiari)*. Kasutatud 10.03.2015

<http://www.istat.it/it/archivio/141275>

Itaalia majandus- ja rahandusministeerium (Ministero dell' Economia e delle Finanze) (2014). *Mid-Long Term Trends for the Pension, Health and Long-Term Care Systems*. Kasutatud 15.05.2015

http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/ENGLISH-VE/Institutio/Social-exp/Forecast-ac/Summary_and_Conclusions_2014.pdf

- Jessoula, M. ja Pavolini, E. (2013). *ASISP Country Document, Italy*. Kasutatud 16.03.2015
http://socialprotection.eu/files_db/1410/IT_asisp_CD13.pdf
- Johansson, L. (2004). *EUROFAMCARE National Background Report for Sweden*. Kasutatud 27.05.2015
http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_sweden_rc1_a5.pdf
- Johansson, L., Long, H. ja Parker, M. (2011). Informal Caregiving for Elders in Sweden: An Analysis of Current Policy Developments. *Journal of Aging and Social Policy*, 23, 335–353. doi: 10.1080/08959420.2011.605630
- Kangro, T. (2011). Juhtmega seinä küljes. *Postimees*, 12. oktoober
<http://tervis.postimees.ee/595214/tiina-kangro-juhtmega-seina-kuljes>
- Kangro, T. (2012). Lahkudes võtan su kaasa. *Postimees*, 15. märts
<http://arvamus.postimees.ee/774996/tiina-kangro-lahkudes-votan-su-kaasa>
- Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus (2015). Kasutatud 23.02.2015
<https://www.riigiteataja.ee/akt/112072014079>
- KPMG kodulehekülj: *Income tax*. Kasutatud 24.05.2015
<http://www.kpmg.com/Global/en/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/taxation-international-executives/italy/pages/income-tax.aspx#2>
- Lamura, G., Mních, E., Nolan, M., Wojszel, B., Krevers, B., Mestheneos, L. ja Döhner, H. (2008). Family Carers' Experiences Using Support Services in Europe: Empirical Evidence From the EUROFAMCARE Study. *The Gerontologist*, 48(6), 752–771. doi: 10.1093/geront/48.6.752
- Leppik, L., Tulva, T., Kasepalu, Ü., Tammsaar, K. ja Laidmäe, V-I. (2011). *Omastehooldajate toetamine Eestis ja Soomes*. Kasutatud märts 2015
<http://www.tlu.ee/UserFiles/Sotsiaalt%C3%B6%C3%B6%20Instituut/Teadus-%20ja%20arendustegevus/L%C3%B5petatud%20projektid/Sufacare/Intervjuude%20andmed.pdf>
- Maailmapanga kodulehekülj: *GDP per capita, PPP*. Kasutatud 15.02.2015
<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD>

Mangano, M, Montemurro, F., Mancini, G. ja Torre, F. (2012). *Institutsionaalse hoolduse uuring Itaalias (Indagine sulle RSA in Italia)*. Kasutatud 23.05.2015 http://www.grusol.it/informazioni/22-11-12_2.PDF

Medic8 kodulehekül a: Paying for Elderly Care: A Guide to Elderly care. Kasutatud 28.04.2015 <http://www.medic8.com/healthguide/elderly-care/paying.html>

Medic8 kodulehekül b: Care Home Fees: A Guide to Elderly Care. Kasutatud 03.05.2015 <http://www.medic8.com/healthguide/elderly-care/care-home-fees.html>

Mestheneos, E. ja Triantafillou, J. (2006). *EUROFAMCARE: Pan-European Background Report*. Kasutatud 05.04.2015 http://www.sextant.gr/docs/EFCpeubare_051006_a5.pdf

MISSOC *andmebaas.*
<http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>

MTÜ Eliise Puhkusepesa kodulehekül. Kasutatud 13.02.2015 <http://puhkusepesa.ee/teenusekirjeldus/>

OECD (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Kasutatud 27.02.2015 <http://www.oecd.org/els/health-systems/help-wanted.htm>

OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Kasutatud 28.02.2015 <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

OECD (2014). *OECD Health Statistics 2014: Definitions, Sources and Methods*. Kasutatud 28.02.2015

<http://www.google.ee/url?sa=t&arct=j&aq=jaesrc=s&asource=web&acd=2&asqi=2&javed=0CCUQFjAB&jauri=http%3A%2F%2Fstats.oecd.org%2Ffileview2.aspx%3FIDFile%3D4b1884af-0b8b-4f3f-994a-7cc4b30d73a0&aei=FDUHVZr3Co35aJODgsAKjausg=AFQjCNG4EzOSyb6OqOaiVQtcFYTrOgBWsQjasig2=VgJH3n6tYnHmRavHY9rzSgjabvm=bv.88198703.d.d2s>

OÜ Häcke kodulehekül: Pansionaat "Paide". Kasutatud 12.02.2015 <http://www.hooldekodud.ee/index.php?page=108>

Paide Linnavolikogu määrus “Hooldajatoetuse maksmise kord puudega lapse hooldajale” (2011). Kasutatud 12.02.2015 <https://www.riigiteataja.ee/akt/425042013022>

Paide Sotsiaaltöökeskuse kodulehekülj: Koduteenus. Kasutatud 12.02.2015 http://www.pstk.ee/?page_id=112

Perekonnaseadus (2015). Kasutatud 16.02.2015 <https://www.riigiteataja.ee/akt/129062014104>

PricewaterhouseCoopers (2009). *Hoolduskoormuse vähendamiseks jätkusuutliku eakate hooldussüsteemi finantseerimissüsteemi väljatöötamine: Etapp III (finantseerimissüsteemi kirjeldus) ja lõppraport.* Kasutatud 28.03.2015 http://vana.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/Etapp_III_Finantssusteem.pdf

GfK Custom Research Baltic Eesti filiaal, Sotsiaalministeerium (2009). *Puudega laste perede toimetuleku ja vajaduste uuring 2009: Kvantitatiivuuringu aruanne.* Kasutatud 16.05.2015 <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4023/1/Gfk%2c%202009.pdf>

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus (2015). Kasutatud 24.02.2015 <https://www.riigiteataja.ee/akt/113122014027>

Riigikontroll (2014). *Eakate hoolekande korraldus omavalitsuse hoolekodudes.* Kasutatud 13.03.2015 <http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2316/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>

Robertson, David Brian (1991). Political Conflict and Lesson-Drawing. *Journal of Public Policy*, 11(1), 55–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0143814X00004931>

Rootsi sotsiaalkindlustusameti kodulehekülj (Försäkringskassan) a: *Info omavalitsustele (Kommuner)* Kasutatud 13.04.2015 <https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/myndigheter/kommuner>

Rootsi sotsiaalkindlustusameti kodulehekülj b: *Puudega isiku toetus (Om handikappersättning).* Kasutatud 26.05.2015 http://www.forsakringskassan.se/privatpers/funktionsnedsattning/handikappersattning/om_handikappersattning/om_handikappersattning

Rootsi sotsiaalkindlustusameti kodulehekülj c: Abistamistoetus. Kasutajate arv ja tundide arv nädalas (Antal brukare och timmar per vecka). Kasutatud 27.05.2015

http://www.forsakringskassan.se/statistik/funktionsnedsattning/assistansersattning/funkassista nsersvecka/assistans_offstat1!/ut/p/a0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOKNDQ0MLJ0 MHQ0MvIKdDTyDzN1CvT3DDP2NDPULsh0VAckbB0U!/?urile=wcm%3Apath%3A%2F contentse%2Fstatistik%2Ffunktionsnedsttning%2Fassistansersattning%2Fassistans_offstat1% 2Fassistans_offstat1

Rootsi sotsiaalteenuste seadus (Social Services Act) (2001). Kasutatud 11.03.2015

<http://www.scribd.com/doc/32167396/Social-Services-Act-in-Sweden>

Rootsi tervishoiuamet (Socialstyrelsen) (2009). *Care of older people in Sweden 2008*.

Kasutatud

01.05.2015

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17857/2009-12-6.pdf>

Rootsi tervishoiuamet (Socialstyrelsen) (2013). *Vanemaealised ja puudega inimesed – raport 2012: Mõned munitsipaalteenused lähtuvalt sotsiaalteenuste seadusest. (Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2012: Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen)*. Kasutatud 19.04.2015

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19025/2013-3-23.pdf>

Rose, R. (1993). *Lesson-Drawing in Public Policy: A Guide to Learning Across Time and Space*. Chatham: Chatham House.

Saar Poll, Tartu Ülikool, Sotsiaalministeerium (2009). *Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring 2009*. Kasutatud 13.05.2015

<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4030/1/PIU%202009.pdf>

Saksamaa statistikaamet (Statistisches Bundesamt). *People in Need of Long-Term Care*.

Kasutatud

22.05.2015

<https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/Health/LongTermCare/Tables/PeopleLongTermCare.html>

Saksamaa Tervishoiuaministeerium (Bundesministerium für Gesundheit) (2014). *Selected Facts and Figures about Long-Term Care Insurance*. Kasutatud 05.05.2015

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Englische_Dateien/Selected_Fact_and_Figures.pdf

Schmähl, W., Augursky, B. ja Mennicken, R. (2013). ASISP Country Document, Germany. Kasutatud 10.03.2015 http://socialprotection.eu/files_db/1387/DE_asisp_CD13.pdf

Schulz, E. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in Germany: ENEPRI Research Report No. 78*. Kasutatud 03.05.2015 http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RRNo78Germany.pdf

Seeleib-Kaiser, M. (2013). ASISP Country Document, United Kingdom. Kasutatud 17.03.2015 http://socialprotection.eu/files_db/1440/UK_asisp_CD13.pdf

Sotsiaalhoolekande seadus (2015). Kasutatud 20.02.2015 <https://www.riigiteataja.ee/akt/113122014044>

Sotsiaalkindlustusameti kodulehekülj a: *Analüütiline ülevaade aruande "Pensionärid" 2014 kohta*. Kasutatud 21.02.2015 <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/2014a-pens/>

Sotsiaalkindlustusameti kodulehekülj b: *Sotsiaaltoetused puuetega inimestele*. Kasutatud 26.05.2015 <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sotsiaaltoetused-puuetega-inimestele/>

Sotsiaalkindlustusameti kodulehekülj c: *Töövõimetuspension*. Kasutatud 26.05.2015 <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/toovõimetuspension-2/>

Sotsiaalkindlustusameti kodulehekülj d: *Rehabilitatsiooniteenus*. Kasutatud 26.05.2015 <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/rehabilitatsiooniteenus-5/>

Sotsiaalkindlustusameti kodulehekülj e: *Peretoetused*. Kasutatud 26.05.2015 <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/peretoetused-2/>

Sotsiaalmaksuseadus (2015). Kasutatud 21.02.2015 <https://www.riigiteataja.ee/akt/111072014025>

Sotsiaalministeerium (2015). *Kirjalik vastus teabenõudele*. 10.03.2015.

Sotsiaalministeeriumi kodulehekülj: *hoolekandeaastused*. Kasutatud 07.05.2015 <https://www.sm.ee/et/hoolekandeaastused>

Staroňová, K. (2002). *Poliitikaanalüüsi tehnikad ja meetodid*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus PRAXIS. Kasutatud märts 2015 <http://www.digar.ee/arhiiv/et/raamatud/824>

Suurbritannia valitsuse kodulehekülj a: *Carers and disability benefits*. Kasutatud 25.03.2015 <https://www.gov.uk/browse/benefits/disability>

Suurbritannia valitsuse kodulehekülj b: *Income Tax rates and Personal Allowances*. Kasutatud 20.05.2015 <https://www.gov.uk/income-tax-rates/current-rates-and-allowances>

Suurbritannia valitsuse kodulehekülj c: *Landmark reform to help elderly with care costs*. Kasutatud 27.05.2015 <https://www.gov.uk/government/news/landmark-reform-to-help-elderly-with-care-costs>

Suurbritannia valitsuse terviseosakond (2014). *Charging for Residential Accommodation Guide (CRAG)*. Kasutatud 26.05.2014 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/301250/CRAG_34_April_2014.pdf

Suurbritannia valitsuse töö ja pensionite osakond (Department for Work and Pensions) (2014). *The Pensioners' Incomes Series*. Kasutatud 15.05.2015 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/325315/pensioners-incomes-series-statistics-july-2014.pdf

S-Veebi kodulehekülj. Kasutatud 11.03.2015 <https://sveeb.sm.ee/index.php?tid=MqG3tR4rtwvNwtBbBNjjEjjjjjjjEc53NPt>

Rootsi pensioniagentuur (Swedish Pensions Agency) (2014). *Orange Report: Annual Report of the Swedish Pension System 2013*. Kasutatud 04.04.2015 <https://secure.pensionsmyndigheten.se/download/18.5b66e3d21466213d95937aa5/1404712314199/Orange+Report+2013+english.pdf>

Šoti parlamendi kodulehekülj. Kasutatud 28.03.2015 <http://www.scottish.parliament.uk/visitandlearn/Education/15870.aspx>

Šoti parlamendi tervisekomitee (Health Committee) (2006). *Health Committee Report*. Kasutatud 18.05.2015

<http://archive.scottish.parliament.uk/business/committees/health/reports-06/her06-10-vol01-00.htm>

Tallinna Linnavalitsuse korraldus “Koduteenuste hindade kehtestamine” (2010). Kasutatud 10.02.2015

https://oigusaktid.tallinn.ee/?id=3001jaaktid=118447jafd=1jaq_sort=elex_akt.akt_vkp

Tallinna Linnavalitsuse määrus “Hooldajatoetuse määrade kehtestamine ja määruste kehtetuks tunnistamine” (2010). Kasutatud 10.02.2015

<https://oigusaktid.tallinn.ee/?id=3001jaaktid=118484>

Tallinna Linnavolikogu määrus “Koduteenuste osutamise tingimused ja kord” (2008). Kasutatud 10.02.2015 <https://www.riigiteataja.ee/akt/427062013040>

Tallinna Linnavolikogu määrus “Ööpäevases hoolekandeesutuses hooldamise teenuse eest linnaeelarve vahenditest osalise tasumise kord” (2014). Kasutatud 10.02.2015 <https://www.riigiteataja.ee/akt/426082014015>

Tartu Ülikooli Kliinikumi kodulehekülj: Uus kampaania kogub raha lastehoiu jaoks. Kasutatud 17.02.2015 <http://www.kliinikum.ee/leht/lastefond/1066-uus-kampaania-kogub-rahha-lastehoiu-jaoks>

Tediosi, F. ja Gabriele, S. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in Italy: ENEPRI Research Report No. 80*. Kasutatud 09.05.2015 http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20ANCIEN_%20RR%20No%2080%20Italy%20edited%20final.pdf

The Centre for Social Justice (2010). *The Forgotten Age: Understanding Poverty and Social Exclusion in Later Life*. Kasutatud 27.03.2015 <http://www.centreforsocialjustice.org.uk/UserStorage/pdf/Pdf%20reports/ForgottenAge.pdf>

Torjus, U. (2013). Eakate omastehoolduse hetkeseis ja perspektiivid tänases Eestis. *Omastehoolduse rahvusvahelisi praktikaid*. Tallinn, 18. november. Kasutatud 22.02.2015 www.tlu.ee/UserFiles/Sotsiaalt%C3%B6%C3%B6%20Instituut/%C3%9Ccritused/18.11.2013.zip

Vabariigi Valitsuse määrus “Erihoolekandeteenuste maksimaalsed maksumused, kulude koostisosad ja riigieelarvest makstava tasu maksmise täpsemad tingimused ja kord” (2015). Kasutatud 24.02.2015 <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122014017>

Vabariigi Valitsuse määrus “Riigi rahastatava lapsehoiuteenuse maksimaalse maksumuse ning asenduskoduteenuse maksimaalse maksumuse ja hinna kehtestamine” (2013). Kasutatud 24.02.2015 <https://www.riigiteataja.ee/akt/102022013006>

Vabariigi Valitsuse määrus “Riigi rahastatava lapsehoiuteenuse maksimaalse maksumuse ning asenduskoduteenuse maksimaalse maksumuse ja hinna kehtestamine” (2015). Kasutatud 25.02.2015 <https://www.riigiteataja.ee/akt/117122014010>

Vabariigi Valitsuse määruse „Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine” Lisa 2. Kasutatud 25.02.2015 https://www.riigiteataja.ee/aktilisa/1290/4201/4007/VV_256m_lisa2_uus.pdf#

Westberg, K. (2010). Personal Assistance in Sweden. Kasutatud 27.05.2015 http://www.independentliving.org/files/Personal_Assistance_in_Sweden_KW_2010.pdf

Lisa 1. Riikide PAH süsteemide ülevaatlük info

Tabel 1. Riikide PAH süsteemide ülevaatlük info

Riik	Keskmine vanaduspension kuus, 2013 (EUR)	Töövõimetuspensioon	Media anekvi valent netosissetulek kuus, 2013 (EUR)	Omastehooldajate % (igapäevaselt elatanud või puudega sugulase eest hoolitsemine)	Toetused omastehooldajatele	
					Toetus	Määr
Eesti	327	Min. 113,5 eurot, keskmine 199,7 € (jaanuar 2015)	549	8,2	Hooldajatoetus	Sõltub omavalitsusest
					Puudega vanema toetus	19,18 € kuus
Itaalia	975 € bruto (kuulub harilikule maksustamisele, tulumaks antud vahemikus 23%)	279,75 € kuus (100% töövõimetusena (<i>pensione di inabilità</i>) või 74-99% töövõimetusena (eriti väikse sissetulekuga inimestele) (<i>assegno mensile</i>) (2015))	1311	9	Puudega lapse hooldamise toetus	279,75 € kuus
Rootsi	Naised 9700 krooni (1036 €), mehed 13000 krooni (1389 €), keskmine 1212 €, kuulub maksustamisele. *Kirjeldatud kui keskmine pension, seega pole kindlalt eristatav vanaduspensionina	Täielik garanteeritud töövõimetuspensioon max 957 € kuus. Mitu eri võimalust, täpsemalt tabeli teises pooles toetuste saamise tingimuste all	2201	2	Hooldajatoetus kuni 19aastase inimese hooldajale (<i>Vårdbidrag</i>) (maksuvaba selles osas, mis peaks katma erilised puudest tulenevad kulud)	Max (100%) 110000 Rootsi krooni ehk 11858 € aastas On neli määra: 100%, 75%, 50%, 25%, sõltuvalt lisakulude ja -töö mahust.
Saksamaa	Ida-Saksamaa naised 691 €, mehed 1144 €, Lääne-Saksamaa naised 356 €, mehed 741 €, selles vahemikus maksuvaba	Ida-Saksamaa naised 627 €, mehed 589 €; Lääne-Saksamaa naised 576 €, mehed 652 €	1632	3,3		
Suurbritannia	166 £ nädalas (2012-2013 seis)	Pikaajaline töövõimetuspensioon	1558	7	Hooldajatoetus (carer's)	62,10 £ nädalas

	bruto, kuulub maksustamisele, tulumaks antud vahemikus 20%	n (Long-Term Incapacity Benefit) 101,35 £ nädalas, lisa 10,7 £ nädalas kui vajadus tekkis enne 35. elusaastat ja lisa 6 £ kui enne 44. elusaastat.			allowance)	
Allikad:	Eesti: Statistikaamet; Itaalia: IStat 2014, KPMP...2015, MISSOC; Rootsi: Rootsi pensioniagentuur (2014); Saksamaa: Duisburg-Esseni Ülikool 2014a, MISSOC; Suurbritannia: Suurbritannia valitsuse töö ja pensionite osakond 2014: 37, Suurbritannia valitsuse...2015b, MISSOC	Eesti: Sotsiaalkindlustusamet...2015c; Itaalia: Diritti e Risposte...2015; Rootsi: MISSOC, Rootsi sotsiaalkindlustusamet...2015a; Saksamaa: Duisburg-Esseni Ülikool 2014b; Suurbritannia: MISSOC	Eurostat...2015b	EQLS 2012, küsimus Q36c	Eesti: Sotsiaalkindlustusamet...2015b; Itaalia: Diritti e Risposte...2015; Rootsi: Rootsi sotsiaalkindlustusamet...2015a; Suurbritannia: Suurbritannia valitsuse...2015a	

Riik	Lapsetoetus kuus	Toetused hooldatavatele	
		Toetus	Määr
Eesti	Esimese ja teise lapse kohta 45 €, kolmanda ja iga järgmise kohta 100 €. Lapsehooldustasu kuni kolmeaastase lapse eest 38,35 €. Kui peres on kuni kolmeaastane laps ja teised lapsed vanuses 3–8, iga 3–8aastase lapse eest 19,18 €. Kolme või enama 3–8aastase lapsega perele iga 3–8aastase eest 19,18 €. Lapse vanus on kuni 16a või õppimise puhul kuni 19a. (2015)	Puudega lapse toetus	Raske või sügava puudega lapsele (kuni 16a) €80,55 kuus
		Puudega tööealise toetus	€16,62–53,70 kuus, vastavalt kuludele
		Puudega vanaduspensioniealise toetus	Raske puue: €26,85 kuus, Sügav:€40,91 kuus
		Rehabilitatsioonitoetus	Kuni €51,14 aastas
Itaalia	Peretoetus, mis sõltub pere sissetulekust. On väiksem suurema sissetulekuga peredele ja suureneb koos pereliikmete arvuga. Keskmise peretoetus 141 € (pere ja kolme lapse puhul, kelle sissetuleku indikaator on 25385 €. Reeglina kuni 18aastaste laste puhul.	Kurtide suhtlustoetus	253,26 € kuus
		Puudega isiku toetus (<i>assegno di accompagnamento</i>)	504,07 € kuus, töövõimetuspensionari saajatele 487,35 € kuus, täielikult pimedatele 880,7 € kuus
		Puudega isikute ülejäänud toetused	Haiglaravil viibivad puudega inimesed, kurdid ja täielikult pimedad ning vaegnägijad 279,75 € kuus, haiglas mitteolevad täielikult pimedad 302,53 € kuus.

		Vaegnägijate eritoetus	203,15 € kuus
Rootsi	114 € kuus, suure pere lisatoetus (<i>flerbarnstillägg</i>) teise lapse puhul 16 €, kolmanda puhul 66 €, neljanda puhul 175 €, viienda puhul 311 €, kuuenda puhul 480 €.	Abistamistoetus (<i>Assistansersättning</i>) (maksuvaba)	Tavamäär 30 € tund, kõrgem määr 34 € tund, katab 100% isiklikule abistajale kulunud rahast
		Eluasemetoetus (<i>Bostadstillägg</i>) (maksuvaba)	93% eluasemekuludest kuni 5000 kroonini kuus (534 €) vallalistele ja kuni 267 € abielus isikutele
		Puudega isiku toetus (<i>Handikappersättning</i>) (maksuvaba)	Kõrgeim 2559 krooni/279 € kuus; keskmine 1965 krooni/214 € kuus; minimaalne 1335 krooni/145 € kuus (2015)
Saksa maa	-Esimene laps 184 €, teine laps 184 €, kolmas laps 190 €, neljas ja järgnevad 215 € (<i>Kindergeld</i>). – Normaaliga kuni 18, puudega lastele puudub vanuseliimit, kui tervishäda tekkis enne 25eluaastat ja laps/täiskasvanu ei suuda enda eest hoolitseda (lapsetoetus täisealisele). -Lisanduv lapsetoetus (<i>Kinderzuschlag</i>) majanduslike raskustega peredele iga kvalifitseeruva lapse kohta 140 €. -Lapsehooldustasu (<i>Betreuungsgeld</i>) reeglina 14–36 vanusele lapsele 150 € kuus. (2014)	Hooldustoetus (endale ise hooldaja või hoolduslahenduse leidmisel) (<i>Pflegegeld</i>)	Ilma olulise puudeta inimesed: Tase 1: kuni 235 € kuus Tase 2: kuni 440 € kuus Tase 3: kuni 700 € kuus Olulise puudega inimesed: Tase 0: kuni 120 € kuus Tase 1: kuni 305 € kuus Tase 2: kuni 525 € kuus Tase 3: kuni 700 € kuus (2014 seisuga)
Suurbritannia	Vanimale lapsele 111 € kuus, järgmistele 73 € kuus.	Hooldustoetus (attendance allowance) üle 65aastastele	54,45£ või 81,30 £ nädalas sõltuvalt abivajaduse suuruselt
		Puudega isiku toetus täiskasvanule (kuni 1948 aastal sündinutele) (<i>disability living allowance</i>), uued taotlejad peavad taotlema iseseisvustoetust	Hoolduse komponent: 21,80 £ nädalas osalise abi puhul päevas või toidu tegemisel 55,10 £ nädalas tiheda abi või pideva jälgimise puhul päeval, jälgimine öösel või dialüüsi all olles 82,30 £ abi või jälgimine ööpäevaringselt või surmava haiguse korral Liikumisabi komponent (<i>mobility component</i>) 21,80 £ nädalas jälgimise või abi puhul välitingimustes 57,45 £ nädalas tõsise kõndimishäda puhul
		Puudega isiku toetus lapsele	Hoolduse komponent Madal: 21,80 £ nädalas Keskmine: 55,10 £ nädalas Kõrge: 82,30 £ nädalas Liikumisabi komponent Madalam: 21,80 £ nädalas Kõrgem: 57,45 £ nädalas Lapsed võivad saada üht või mõlema komponendi toetust

		Iseisvustoetus 16–64aastastele (<i>personal independence payment</i>), suurus sõltub abivajaduse hindamise tulemusest	Igapäevaelu komponent (<i>daily living component</i>) Standard: 55,10 £ nädalas Kõrgem: 82,30 £ nädalas Liikumisabi komponent Standard: 21,80 £ nädalas Kõrgem: 57,45 € nädalas Kas isik saab ühe komponendi toetuse või mõlemad, sõltub tema tervisehäda mõjudest
		Pimeda toetus (<i>blind person's allowance</i>)	Aastatel 2015-2016 lisatakse 2290 £ aastas tulumaksuvabale miinimumile
Allikad:	Eesti: Sotsiaalkindlustusameti...2015e; Itaalia: MISSOC; Saksamaa: MISSOC; Suurbritannia: MISSOC	Eesti: Sotsiaalkindlustusameti...2015b; Itaalia: MISSOC, Diritti e Risposte...2015; Rootsi: Rootsi sotsiaalkindlustusameti...2015a,b, MISSOC, Westberg 2010: 9; Saksamaa: MISSOC, Saksamaa Tervishoiu ministerium 2014; Suurbritannia: Suurbritannia valitsuse...2015a	

Riik	Omastehooldaja sotsiaalne kaitse		Teenused/mitterahalised hüvitised hooldatavatele	
	Meede	Määrad	Teenus	Hind
Eesti			Lapsehoiuteenus	Riigi rahastus max 402 € aastas (2015)
			Rehabilitatsiooniteenus	Olenevalt puude tüübist kuni 2325 € aastas, täpsem kirjeldus on tabeli teises pooles teenuste/toetuste saamise tingimuste all
Itaalia				
Rootsi	Hoolduspuhkus surmavalt haige lähedase hooldamiseks	80% isiku eelnevast palgast kuni 60 päeva		
Saksamaa	Intervallhooldus hooldaja haigestumise või puhkuse puhul (<i>Pflegevertretung</i>)	Lähisugulaste hoolduse puhul (kuni 28 päeva aastas): Ilma olulise puudeta: Tase 1: kuni 235 € Tase 2: kuni 440 € Tase 3: kuni 700 € Olulise puudega: Tase 0: kuni 120 € Tase 1: kuni 305 € Tase 2: kuni 525 € Tase 3: kuni 700 € Teiste isikute pakutud hoolduse puhul: Kuni 1550 € kuni 28 päevaks	Koduhooldushüvitis	Ilma olulise puudeta: Tase 1: kuni 450 € kuus Tase 2: kuni 1100 € kuus Tase 3: kuni 1550 € kuus Kõrgem kui tase 3: kuni 1918 € kuus Olulise puudega: Tase 0: kuni 225 € kuus Tase 1: kuni 665 € kuus Tase 2: kuni 1250 € kuus Tase 3: kuni 1550 € kuus Kõrgem kui tase 3: kuni 1918 € kuus (2014 seis)

	Lühiajalise hoolduse hüvitis (<i>Kurzzeitpflege</i>) hooldaja haigestumise või hoolduspuhkuse puhul	Kuni 1550 € kuni 28ks päevaks aastas tasemetele 1-3	Päeva- ja öökeskusteenuse hüvitis (day center, night center)	Tase 1: kuni 450 € kuus Tase 2: kuni 1100 € kuus Tase 3: kuni 1550 € kuus (juuli 2014 seisuga)
			Institutsionaalse hoolduse (hooldekodu, öendushaigla) hüvitis	Tase 1: kuni 1023 € kuus Tase 2: kuni 1279 € kuus Tase 3: kuni 1550 € kuus Kõrgem kui tase 3: kuni 1918 € kuus (juuli 2014 seisuga)
			Hooldusvahendite hüvitamine	Kuni 31 €, tehnilised öendusabivahendid hüvitatakse 100% ulatuses
			Lisanduv hooldustoetus laiaulatusliku üldise hooldusvajaduse puhul (dementsus, vaimne alaareng, psüühikahäire)	Kuni 100 € kuus baassumma puhul, kuni 200 € kuus suurendatud summa puhul
			Eluruumide kohandamise hüvitis	Kuni 2557 € ühe kohanduse kohta. Summat võib kuni neljakordistada, kui ühes kohas elab mitu hooldusvajadusega isikut.
Suurbritannia				
Allikad:	Rootsi: Johansson 2004: 35; Saksamaa: Saksamaa Tervishoiuministerium 2014	Eesti: Vabariigi Valitsuse määruse „Rehabilitatsiooniteenuse...“, Vabariigi Valitsuse määrus “Riigi...2015; Saksamaa: MISSOC, Saksamaa Tervishoiuministerium 2014		

Riik	Teenus	Keskmine hind
Eesti	Hooldekodu	Keskmine arvestuslik kulu inimese kohta 550 € kuus (2013), keskmine KOV panus ~200 € (2014)
Itaalia	Hooldekodu	Omaosalus 1100–1400 € kuus (2012)
	Päevakeskus (Centri Diurni)	250–800 € kuus
Rootsi	Hooldekodu	Hoolduse komponent max 1/12 0,5-kordsest sotsiaaltoetuste baasmäärast (<i>price base amount</i>), milleks on 44400 krooni ehk 4828 € ehk max 201 € kuus + majutus + toitlustus 2004. aastal keskmiselt 584 € kuus
	Päevakeskus ja koduteenused	Max 193 € kuus (1/12 0,48-kordsest sotsiaaltoetuste

		baasmäärast
Saksamaa	Hooldekodu	Hooldusvajaduse III ja kõrgendatud taseme puhul keskmine 2977 € (vt täpsemalt tabel 4), millest omaosalus (arvutatud Haus Waldecki näite põhjal) ~1600 € kuus. (vt täpsemalt tabel 4)
Suurbritannia	Hooldekodu	~2250–4500 € kuus
Allikad:		Eesti: Sotsiaalministeerium 2015, Riigikontroll 2014; Itaalia: Mangano jt 2012; Rootsi: Rootsi sotsiaalteenuste seadus 2001, Johansson (2004: 33); Saksamaa: Saksamaa statistikaamet, Haus Waldecki...2015; Suurbritannia: Medic8...2015b

Tabel 1. jätk. Teenuste ja toetuste saamise tingimused

Eesti	
Toetuste saamise tingimused	Teenuste saamise tingimused
<p>Hooldajatoetus Toetuse saamise tingimused pole riiklikult reguleeritud, vaid määratakse eraldi igas omavalitsuses. Kuna Eestis on 185 valda ja 30 linna ehk kokku 215 eri tingimustega omavalitsust, pidin tegema valiku, milliseid kirjeldada. Valisin elanike arvult suurima linna, väikese linna ja väikse valla. Tallinna linn: 1) vähemalt 16-aastase raske puudega isiku hooldajale 15,40 eurot kuus; 2) vähemalt 16-aastase sügava puudega isiku hooldajale 25,60 eurot kuus; 3) 3-16-aastase keskmise, raske või sügava puudega lapse hooldajale 19,20 eurot kuus Hooldajatoetuse taotluse lahendamisel teeb linnaosa valitsuse sotsiaalhoolekande osakonna sotsiaaltöötaja kodukülastuse ja vormistab hooldusvajaduse hindamise akti, vajadusel võib sotsiaaltöötaja kaasata spetsialiste. Hoolekande osakonna juhataja või tema asetäitja teeb otsuse hooldajatoetuse määramise või määramisest keeldumise kohta hooldusvajaduse hindamise akti ja hooldaja vastavuse põhjal määrusega sätestatud tingimustel ühe kuu jooksul taotluse esitamisest.</p> <p>Paide linn: hooldajatoetus puudega lapse (3-18a) hooldajale €26 kuus (pidev hooldusvajadus) või €19,5 osalise hooldusvajaduse korral. Haridus-, kultuuri ja sotsiaalosakonna (osakonna) spetsialist selgitab puudega lapse elukohas vastavalt hindamismetoodikale välja hooldusvajaduse ja hooldaja võimalused hoolduse tagamiseks. Osakonna spetsialist koostab arvamuse hooldusvajaduse ja puudega lapsele vajalike teenuste ning hooldajatoetuse taotleja võimaluste kohta. Linnavalitus otsustab hooldajatoetuse määramise või mittemääramise hiljemalt 30 päeva jooksul kodukülastusest, arvestades hooldajatoetuse taotlust ja sellele lisatud dokumente, sotsiaaltöö spetsialisti koostatud arvamust ning muid asjas kogutud andmeid. Hooldajatoetus määratakse tähtajaliselt: 1) kuni lapse puude kestuse viimase päevani; 2) tähtajalise elamisloa kehtivuse lõpptähtajani, kui hooldajatoetuse taotleja või puudega laps omab tähtajalist elamisluba. Hooldajatoetus määratakse perekonna ühele liikmele. Hooldajatoetust ei määrata: 1) taotlejale, kes töötab; 2) taotlejale, kellele on määratud sügav puue või kes saab</p>	<p>Hooldekodu Tallinn Hoolekandeosakonna spetsialist külastab taotlejat tema elu- või viibimiskohas ja hindab teenuse vajadust. Kui taotlejal on ülalpidamiskohustuslasi, selgitab hoolekandeosakond välja nende võimalused teenuse eest tasuda ja osalustasu suuruse. Teenuse eest tasutakse osaliselt linnaeelarve vahenditest, kui: 1) taotleja igakuine sissetulek ei kata teenuse eeldatavat hinda ja/või 2) taotleja kasutuses ei ole vahendeid teenuse eest tasumiseks ja/või 3) taotlejale ei kuulu vara, mille võõrandamisest saadud rahast saaks tasuda teenuse eest, või on taotlejale kuuluv vara vajalik tema perekonnaliikmete toimetulekuks ja/või 4) taotlejal ei ole ülalpidamiskohustuslasi või ei suuda nad oma kohustust täita. Ülalpidamiskohustuslaselt ei saa nõuda teenuse eest tasumist, kui: 1) ülalpidamiskohustuslase igakuine sissetulek taotluse esitamisele eelneval kuuel kalendrikuul on väiksem töötasu poolteisekordsest alammäärast kuus ja iga ülalpeetava kohta väiksem kui 80% kehtivast töötasu alammäärast kuus ja/või 2) ülalpidamiskohustuslasele ei kuulu vahendeid või vara, mille võõrandamisest saadud rahast saaks tasuda teenuse eest. Rahastuse andmise/mitteandmise otsuse teeb hoolekandeosakonna juhataja või tema asetäitja Intervallhooldus ning hooldusvoodi maksavad Tallinna Iru hooldekodus 25 € ööpäevas Paide linn Pansionaat Paide kohamaksumus on 18.50-19,50 € ööpäev Iisaku vald Iisaku hooldekodu kohamaks on 495 € kuus. Hooldekodu direktor sõlmib isiku (või tema seadusliku esindaja) ja isiku elukohajärgse omavalitsuse või mõne muu asjast huvitatud isikuga lepingu isiku hooldekodus viibimise tingimuste, isikule osutatavate teenuste ja nende osutamiseks tehtud kulutuste tasumise määra ja korra kohta. Vanurid ja puuetega isikud, kellel on lapsed, lapselapsed, kasulapsed või teised isikud, kellel lasub ülalpidamiskohustus vastavalt perekonnaseaduse §-dele 64, 66 ja 68, võetakse hooldekodusse 100% osamaksu tasumisel ülalpidamiskohustust omavate isikute poolt. Iisaku valla vanurid või puuetega isikud, kellel puuduvad seadusjärgsed ülalpidajad ja nad ei oma vallas- ega kinnisvara, on kohustatud esitama direktorile avalduse, mille alusel 85% temale määratud riiklikust pensionist kantakse Iisaku Vallavalitsuse arvele osamaksu katteks ning osamaksu ülejäänud summa tasub vallavalitsus.</p> <p>Allikad: Tallinna Linnavolikogu määrus "Ööpäevases...2014; OÜ Häcke...2015; Iisaku valla kodulehekülge...2015, Iisaku</p>

<p>riiklikku pensioni; 3) kui lapse hooldamine on püsivalt tagatud teiste sotsiaal- ja/või haridusteenustega, täiendavate toetuste või muu abi osutamisega.</p> <p>Iisaku vald: Raske puudega inimese hooldajale €15,34 kuus, sügava puudega inimese hooldajale €25,56 kuus, trauma- ja operatsioonijärgse seisundi või aktiivravi järgses seisundis isiku hooldajale €15,34 kuus (kuni kolmeks kuuks). Sotsiaaltöötaja esitab komisjonile hinnangu hooldusvajaduse kohta; komisjon teeb vallavalitsusele ettepaneku hooldajatoetuse määramiseks või sellest keeldumiseks. Hoolduse seadmine, hooldajaks määramine või sellest keeldumine ja hooldajatoetuse suurus otsustatakse vallavalitsuse korraldusega, milles määratakse hooldatava hooldusvajadus, hooldaja kohustused ja ülesanded või keelduva otsuse korral keeldumise põhjendused.</p> <p>Allikad: Tallinna Linnavalitsuse määrus...2010; Paide Linnavalikogu määrus...2011; Iisaku Vallavalikogu määrus...2012.</p>	<p>hooldekodu põhimäärus 2009</p>
<p>Puudega vanema toetus</p> <p>Igakuiselt kuni 16-aastast last ja põhikoolis, gümnaasiumis või kutseõppeasutuses õppivat kuni 19-aastast last</p> <ul style="list-style-type: none"> - kasvatavale puudega üksikvanemale; - kasvatavale ühele puudega vanematest; - üksi kasvatavale puudega võõrasvanemale; - üksi kasvatavale puudega eestkostjale; - üksi kasvatavale puudega isikule, kui temaga on sõlmitud sotsiaalhoolekande seaduse alusel kirjalik perekonnas hooldamise leping <p>Allikas: Sotsiaalkindlustusameti...2015b</p>	<p>Koduteenused</p> <p>Tallinn</p> <p>Koduteenuseid osutatakse kuni 20 tundi nädalas.</p> <p>Koduteenuseid on õigus saada rahvastikuregistri andmetel Tallinna linnas elavatel ja igapäevaeluks vajalike toimingute sooritamisel abivajavatel isikutel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kellel puuduvad seadusjärgsed ülalpidajad ja kelle enda materiaalsed võimalused ei ole piisavad iseseisvaks toimetulekuks ja vajaliku hoolduse kindlustamiseks; 2) kellel on seadusjärgsed ülalpidajad, kuid kelle enda ja tema seadusjärgsete ülalpidajate materiaalsed võimalused ei ole piisavad isiku iseseisvaks toimetulekuks ja vajaliku hoolduse kindlustamiseks; 3) kelle seadusjärgsed ülalpidajad keelduvad mõjuvatel põhjustel oma kohustusi täitmast või ei saa neid täita; 4) kelle seadusjärgsete ülalpidajatega pole võimalik kontakti saada. <p>Koduteenuste eest ei maksa isik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kes saab toimetulekutoetust; 2) kelle sissetulek on väiksem palga alammäärast; 3) kes on olnud koduteenuste järjepidev saaja enne 1. jaanuari 2006. <p>(3) Koduteenuseid on õigus saada soodushinnaga (omaosalustasu) isikul, kellel ei ole seadusjärgseid ülalpidajaid ja kelle sissetulek on suurem palga alammäärast.</p> <p>Teenuse hind on 3,45 € tund, soodushind 0,64 € tund</p> <p>Paide linn</p> <p>Osutatakse toimetuleku tagamiseks isikule või perele, kes ea, puude või väheste sotsiaalsete oskuste tõttu ei suuda iseseisvalt toime tulla. Osutatakse isikule või perele, kelle elukohaks on Paide linn ja kellel puuduvad seadusjärgsed ülalpidajad.</p> <p>Koduteenust osutatakse tasuta kui isiku kuu sissetulek on</p>

	<p>võrdne või jääb alla riiklikult kehtestatud kolmekordse toimetulekupiiri (alla 290 EUR) Omaosaluse suuruseks on 0.65 EUR 1 tunni eest.</p> <p>Isaku vald</p> <p>-</p> <p>Allikad: Tallinna Linnavalitsuse korraldus...2010, Tallinna Linnavolikogu määrus "Koduteenuste...2008; Paide Sotsiaaltöökeskuse...2015</p>
<p>Töövõimetuspensioni määramine ja suurus</p> <p>Töövõimetuspensioni saamise õigus on Eesti alalistel elanikel ning tähtajalise elamisloa või elamisõiguse alusel Eestis elavatel välismaalastel, kes on vähemalt 16aastased, kelle töövõime kaotus on 40-100% ning on Eestis omandanud järgmise pensionistaaži:</p> <p>6-24 aastat staažinõuet ei ole 25-26 aastat 1 aasta 27-28 aastat 2 aastat 29-30 aastat 3 aastat 31-32 aastat 4 aastat 33-35 aastat 5 aastat 36-38 aastat 6 aastat 39-41 aastat 7 aastat 42-44 aastat 8 aastat 45-47 aastat 9 aastat 48-50 aastat 10 aastat 51-53 aastat 11 aastat 54-56 aastat 12 aastat 57-59 aastat 13 aastat 60-62 aastat 14 aastat</p> <p>Ilma tööstaažita saab töövõimetus pensioni töövõime kaotuse või kutsehaiguse tagajärjel tekkinud püsiva töövõime kaotuse puhul ning juhul kui isik on tunnistatud tagasiulatuvalt lapsinvaliidiks ja püsiva töövõime kaotuse põhjuseks on sama haigus või vigastus, mis põhjustas lapsinvaliiduse. Pensioni saab kogu töövõime kaotuse aja kuni vanaduspensionieani.</p> <p>Töövõimetuspensioni arvutamisel võetakse aluseks suurem järgmistest:</p> <p>1) püsivalt töövõime kaotuse isiku staažiosaku ja kindlustusosaku alusel arvutatud vanaduspension; 2) vanaduspension 30-aastase pensioniõigusliku staaži korral.</p> <p>Töövõimetuspensioni suurus on eelnimetatud kahest summast suurema ja töövõime kaotuse protsendi korrutis.</p> <p>Vanaduspension 30-aastase pensioniõigusliku staaži korral on 283,83 eurot. Seega näiteks 50% töövõime kaotusega 15aastase staažiga isik saaks pensioni 283,83x50% valemi järgi €141,92,</p> <p>Allikas: Sotsiaalkindlustusamet...2015c</p>	<p>Lapsehoiuteenus</p> <p>Riigi rahastatavale lapsehoiuteenusele on õigus raske või sügava puudega lapse seaduslikul esindajal või hooldajal kuni selle kalendriaasta lõpuni, kui laps saab 18-aastaseks, eeldusel et:</p> <p>1) raske või sügava puudega lapse hooldusteenuste vajadus on kirjas lapse rehabilitatsiooniplaanis 2) lapse hooldamine ei ole samal ajal tagatud teiste sotsiaalteenustega, v.a lapse perekonnas hooldamine 3) laps ei viibi samal ajal haridusasutuses</p> <p>Allikas: Sotsiaalhoolekandeseadus</p>
	<p>Rehabilitatsiooniteenus</p> <p>Õigus riigi osutatavale rehabilitatsiooniteenusele on:</p>

	<p>1) isikul, kellel on puue puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse § 2 tähenduses;</p> <p>2) puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse §-s 21 nimetatud isikul;</p> <p>3) alaealiste komisjoni otsusel alaealise mõjutusvahendite seaduse § 1 lõigetes 2 ja 3 nimetatud isikul;</p> <p>4) 16-aastaselt kuni riikliku pensionikindlustuse seaduse §-s 7 sätestatud vanaduspensioniiikka jõudnud psüühikahäirega isikul, kelle töövõime kaotus on vähemalt 40 protsenti.</p> <p>Isik, kellel on õigus rehabilitatsiooniteenusele rohkem kui ühe eelnimetatud tunnuse alusel, võib valida, millise sihtgrupi ja sellele vastava maksimaalse maksumuse ulatuses ta teenust soovib. Näiteks: 17-aastane psüühikahäirega inimene, kellel on määratud puude raskusaste ja töövõime kaotus 60%, võib rehabilitatsiooniteenust saada kas kui puudega laps või kui tööealine psüühilise erivajadusega isik, kelle töövõime kaotus on vähemalt 40%.</p> <p>Riigi rahastus mõõduka, raske, sügava puude puhul täiskasvanule on max €483 aastas; kuni 18aastaselt puudega isikul max €1395 aastas; alaealiste komisjoni otsusel alaealise mõjutusvahendite seaduse § 1 lõigetes 2 ja 3 (probleemsed lapsed) nimetatud isikul max €1395 aastas; 16a kuni pensioniealisel psüühikahäirega vähemalt 40% töövõimetul isikul max €2325 aastas. SKA suurendab eelnevaid mahtusid vajadusel määruses Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine toodud juhtudel.</p> <p>Erandid</p> <p>Järgmistele teenustele on kehtestatud eraldi maksimaalse hinna piirmäärad isiku kohta aastas järgnevalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja rehabilitatsiooni planeerimine: €206,55 • rehabilitatsiooniplaani täitmise juhendamine: €722,93 • rehabilitatsiooniplaani täiendamine ja tulemuste hindamine: €240,98 • füsioterapeudi teenus: €117,06 <p>Rehabilitatsiooniga kaasnev majutusteenus hüvitatakse puuet taotlevatele ja puudega lastele ning täiskasvanutele, samuti alaealiste komisjoni otsusel suunatud lastele kuni 119,85 euro eest aastas; alla 16-aastaste laste saatjatele kuni 119,85 euro eest aastas;</p> <p>psüühilise erivajadusega püsivalt töövõimetutele inimestele kuni 838,95 euro eest aastas.</p> <p>Kui inimese elukoht ja rehabilitatsiooniteenuse osutaja asukoht on erinevates valdades või linnades, siis riik kompenseerib sõidukulud nii rehabilitatsiooniteenuse saajale kui ka vajadusel tema saatjale (lapsevanemale, abikaasale, hooldajale vm abistajale), kummalegi maksimaalselt 41,55 eurot aastas.</p> <p>Allikad: Vabariigi Valitsuse määruse "Rehabilitatsiooniteenuse...2015; Sotsiaalkindlustusameti...2015d, Sotsiaalhoolekandeseadus</p>
	<p>Riigi rahastatav lapsehoiuteenus</p> <p>Riigi rahastatavale lapsehoiuteenusele on õigus raske või sügava puudega lapse seaduslikul esindajal või hooldajal kuni selle kalendriaasta lõpuni, kui laps saab 18-aastaseks, eeldusel</p>

	<p>et:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) raske või sügava puudega lapse hooldusteenuste vajadus on kirjas lapse rehabilitatsiooniplaanis; 2) lapse hooldamine ei ole samal ajal tagatud teiste sotsiaalteenustega, välja arvatud lapse perekonnas hooldamine; 3) laps ei viibi samal ajal haridusasutuses. <p>Allikas: Sotsiaalhoolekandeseadus</p>
	<p>Ööpäevaringne erihooldusteenus</p> <p>Õigus saada riigieelarvest rahastatavat ööpäevaringset erihooldusteenust on täisealisel isikul, kui</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) isikul on raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire; 2) isikul on raske või sügav puude raskusaste; 3) 18-aastaselt kuni vanaduspensioniniikka jõudnud isikul on tuvastatud töövõime kaotus vähemalt 80 protsenti; 4) tema rehabilitatsiooniplaanis on märgitud ööpäevaringse erihooldusteenuse vajadus; 5) isiku toimetulekut ei ole võimalik tagada muu sotsiaalteenusega; 6) isikule ei osutata samal ajal muid erihoolekandeteenuseid; 7) isik vajab abi enese eest hoolitsemisel 8) isik ei tule toime igapäevaelu toimingutega või vajab selleks olulisel määral pidevat kõrvalabi ja juhendamist. 9) täisealisel isikul on ebastabiilse remissiooniga raske, sügav või püsiva kuluga psüühikahäire, ta vastab SHS paragrahvi lõike 1 punktides 4, 5 ja 6 sätestatud tingimustele ja tal on tuvastatud töövõime kaotus vähemalt 90 protsenti, v.a vanaduspensioniniikka jõudnud isiku puhul või kui ta on jõudnud vanaduspensioniniikka ja tal on tuvastatud sügav puude raskusaste. 10) täisealisel isikul on sügav liitpuue ja ta vastab SHS paragrahvi lõike 1 punktides 4, 5 ja 6 sätestatud tingimustele, tal on tuvastatud töövõime kaotus vähemalt 90 protsenti, v.a vanaduspensioniniikka jõudnud isiku puhul ja tal on tuvastatud sügav puude raskusaste. <p>Sügava liitpuudega isikuks ööpäevaringse erihooldusteenuse tähenduses loetakse isikut, kellel on raske või sügav vaimne alaareng ja lisaks muu puue puuetega inimeste sotsiaalhooldusteenuste seaduse § 2 lõike 1 tähenduses.</p> <p>Riigieelarvest kaetakse lisaks käesoleva paragrahvi lõigetes 1–3 nimetatud isikutele kohtumäärusega hoolekandetasutusse paigutatud isikule osutatud ööpäevaringse erihooldusteenuse kulud, välja arvatud isiku omaosalus.</p> <p>Allikas: Sotsiaalhoolekandeseadus</p>

Itaalia
Toetuste saamise tingimused
<p>Kurtide pension (<i>La pensione per i sordi civili</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> -peab olema tõestatud kuulmislangus vähemalt 75 detsibelli -vanus 18-65 -vajalik Itaalia kodakondsus või Euroopa Liidu kodakondsus elukohaga Itaalias või väljastpoolt Euroopa Liitu

<p>tulnu puhul pikaajaline elamisluba</p> <ul style="list-style-type: none"> -sissetulek ei tohi ületada 16532 € aastas ehk 1377 € kuus (2015. aastal) -alates 65ndast eluaastast korrigeeritakse pensioni summat sotsiaaltoetuse (assegno sociale) põhjal -makstakse 13 kuud
<p>Pimeduse ja kurtuse hüvitised (<i>cecità e sordità civile</i>)</p> <p>Kurtuse ja pimeduse hüvitise taotluse saavad esitada isik ise, tema seaduslik esindaja (vanem või eestkostja) või usaldusisik. Toetuse määramise üle otsustab kohalik tervisekeskus (ASL), kes toetub spetsiaalse komisjoni otsusele. Komisjoni kuuluvad kolm arsti, kellest komisjoni esimees spetsialiseerub kohtumeditsiinile.</p> <p>Toetuse saamise tingimused:</p> <p>Täielikult pimedate pension (<i>La pensione di inabilità per i ciechi civili assoluti</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> -tõendatud täielik pimedus või vaid arusaam valgusest ja varjust -vanus 18+ -Itaalia kodakondsus või Euroopa Liidu kodakondsus elukohaga Itaalias või väljastpoolt Euroopa Liitu tulnu puhul elamisluba -sissetulek ei ületa 16532 € aastas ehk 1377 € kuus (2015. aastal) <p>Pensioni makstakse 13 kuud</p>
<p>Puudega isiku toetus (<i>Indennità di accompagnamento</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> -ei saa kombineerida teiste sõjeväeteenistuse, sõjas osalemise või töö tõttu makstavate toetustega -inimese sissetulek, vanus, pereliikmete arv pole olulised -saaja võib käia tööl -vajalik 100% töövõimetus -vajalik võimetus kõndida või võimetus teha igapäevaseid toiminguid ja püsiva abi vajadus -vajalik Itaalia kodakondsus või Euroopa Liidu kodakondsus elukohaga Itaalias või väljastpoolt Euroopa Liitu tulnu puhul pikaajaline elamisluba ning elukoht Itaalias -isik pole haiglapatsient ega saa muud riigi pikaajalist teenust ega rehabilitatsiooni
<p>Puudega isiku toetus täielikult pimedale (<i>Indennità di accompagnamento per ciechi civili assoluti</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> -makstakse sõltumatult isiku vanusest ja sissetulekust -toetuse saaja võib käia tööl -vajalik Itaalia kodakondsus või Euroopa Liidu kodakondsus elukohaga Itaalias või väljastpoolt Euroopa Liitu tulnu puhul pikaajaline elamisluba -makstakse 12 kuud
<p>Puudega lapse hooldamise toetus (<i>Indennità di frequenza</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> -makstakse kuni 18aastase lapse eest -lapsel vajalik Itaalia kodakondsus või Euroopa Liidu kodakondsus elukohaga Itaalias või väljastpoolt Euroopa Liitu tulnu puhul pikaajaline elamisluba -lapsel peab olema raskusi igapäevategevuste tegemisel või kuulmislangus vähemalt 60dB -elab Itaalias -sissetulek ei ületa 4805,19 € aastas (2015) -laps ei tohi olla pikaajaliselt haiglas või hoolekandeesutuses
<p>Suhtlustoetus kurtidele (<i>Indennità di comunicazione per sordomuti</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> -ei sõlta vanusest, isiku majanduslikust olukorrast ega haiglas viibimisest -kuni 12aastastel peab paremini kuulvas kõrvas olema kuulmislangus vähemalt 60 detsibelli vahemikus 500-200Hz, vanematel kui 12aastastel peab kuulmislangus olema vähemalt 75dB, mis on diagnoositud enne 12aastaseks saamist -vajalik Itaalia kodakondsus või Euroopa Liidu kodakondsus elukohaga Itaalias või väljastpoolt Euroopa Liitu tulnu puhul pikaajaline elamisluba -makstakse 12 kuud -alaealised ei saa korruga puudega isiku toetust (<i>indennità di frequenza</i>) ja suhtlustoetust kurtidele, neil tuleb valida üks neist kahest vastavalt paremale sobivusele
<p>Töövõimetuspensionid</p> <p>Töövõimetuspension (<i>pensione di inabilità</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> -vajalik 100% töövõimetus -vanus 18-65 -vajalik Itaalia kodakondsus või Euroopa Liidu kodakondsus elukohaga Itaalias või väljastpoolt Euroopa Liitu tulnu puhul pikaajaline elamisluba -sissetulek ei või ületada 16532,10 € aastas (2015) -makstakse 13 kuud, on maksuvaba

<p>Töövõimetustoetus (<i>assegno mensile</i>) -sama, nagu töövõimetuspension, kuid vajalik 74%-99% töövõimetus ning aastane sissetulek maksimaalselt 4805,19 €.</p>
<p>Vaegnägijate eritoetus (<i>Indennità speciale per ciechi parziali</i>) -ei sõltu vanusest, isiku majanduslikust olukorrast ega haiglas viibimisest -vajalik Itaalia kodakondsus või Euroopa Liidu kodakondsus elukohaga Itaalias või väljastpoolt Euroopa Liitu tulnu puhul pikaajaline elamisuba -makstakse 12 kuud</p>
<p>Vaegnägijate pension (<i>La pensione per i ciechi civili parziali</i>) -nagemisteravus alla 1/20 -vanus pole oluline -Itaalia kodakondsus või Euroopa Liidu kodakondsus elukohaga Itaalias või väljastpoolt Euroopa Liitu tulnu puhul elamisuba -sissetulek ei tohi ületada 16532 € aastas ehk 1377 € kuus (2015. aastal) -Pensioni makstakse 13 kuud</p>
<p>Vanemaealiste sotsiaaltoetus (<i>assegno sociale</i>) -vanus vähemalt 65 aastat ja kolm kuud -vajalik Itaalia kodakondsus või Euroopa Liidu kodakondsus elukohaga Itaalias või väljastpoolt Euroopa Liitu tulnu puhul pikaajaline elamisuba ja elukoht Itaalias -sissetulek puudub või on alla 5830,78 € aastas üksiku isiku puhul, abielus oleva isiku puhul poole rohkem ehk 11661,52 € aastas -peab olema Itaalias elanud ametlikult vähemalt kümme aastat -sissetulekusse ei loeta sisse puudega isiku toetust, kurdi toetust, kodu väärtust -maksimaalne summa 448,52 € kuus täieliku sissetuleku puudumise korral, summa väheneb vastavalt sissetuleku suurusele</p>
<p>Allikas: Diritti e Risposte...2015</p>

<p>Rootsi</p>
<p>Toetuste saamise tingimused</p>
<p>Abistamistoetus (<i>Assistansersättning</i>) Abistamistoetus on mõeldud kulude kompensatsiooniks isikule, kes vajab tõsise puude tõttu isikliku abistaja teenust, mida pakub piiratud arv inimesi. Õigus abile on kõigil lastel ja täiskasvanutel, kes vajavad abi põhivajadustega (pesemine, riietumine, söömine jne) rohkem kui 20 tundi nädalas. Pärast 65. eluaastat on võimalik toetust saada juhul, kui see määrati enne 65. eluaastat. Et saada toetust, peab inimesel olema üks järgmistest probleemidest: -vaimne alaareng, autism või tugev arenguhäire -raske ja püsiv vaimne alaareng täiskasvanuna saadud peatrauma tagajärjel, mis tulenes füüsilisest vägivallast või füüsilisest haigusest -muu kestev vaimne või füüsiline puue, mis ei tulene normaalsest vananemisest Toetust ei anta isikule, kes: -viibib riigile, omavalitsusele või läänile kuuluvas hooldekodus -viibib riigi, omavalitsuse või lääni poolt rahaliselt toetatud hooldekodus -elab kommuunelamus (gruppbostad) -saab lapsehoiuteenust, käib koolis või saab toetatud töötamise teenust (daglig verksamhet) Abistaja võib olla ka isiku pereliige</p>
<p>Allikas: Rootsi sotsiaalkindlustusameti...2015a;</p>
<p>Eluasemetoetus Eluasemetoetusele on õigus isikul, kes elab Rootsis ja kellel on haigus või puue või mõnes muus riigis määratud haigus või puue, mis vastab Rootsi analoogilisele juhtumile. Eluasemetoetus määratakse tavaliselt haiguse korral piiramatuks ajaks. Puude korral määratakse toetus reeglina puude kestuse ajaks. Toetuse suurus sõltub sellest, kui palju inimene majutusele kulutab, kui suur on ta sissetulek ja kas ta on vallaline või abielus</p>
<p>Allikas: Rootsi sotsiaalkindlustusameti...2015a</p>

Hooldajatoetus (Vårdbidrag)

Hooldajatoetusele on õigus:

ühel lapse vanemal, kellel on haige või puudega lapse tõttu ekstra kohustusi või kulusid maksimaalselt kuni 19aastase lapse hooldamise korral ja kes hooldab last vähemalt kuus kuud. Vanemad võivad hooldustoetust ka omavahel jagada. Vanemana lähevad arvesse:

- bioloogilised vanemad
 - kasuvanemad, ka mittekodanikust lapsele
 - vanema elukaaslane, kes on või on olnud vanemaga abielus või kui neil on või on olnud ühine laps
- spetsiaalselt määratud eestkostja

Allikas: Rootsi sotsiaalkindlustusameti...2015a

Puudega isiku toetus (Handikappersättning)

Puudega isiku toetusele on õigus 19-64aastasel isikul, kellel on puude tõttu lisakulutusi või vajadus aeganõudva abi järele eluga toimetulekul. Ilma lisakuludeta, vaid abi vajav isik peab vajama abi vähemalt kaks tundi päevas, et toetusele kvalifitseeruda. Pärast 65.eluaastat on võimalik toetust saada juhul, kui see määrati enne 65. eluaastat.

Allikas: Rootsi sotsiaalkindlustusameti...2015a

Töövõimetuspension

On kaks tüüpi, sissetulekust sõltuv ja garanteeritud pension (madala või puuduva sissetulekuga inimestele). Mõlemat makstakse omakorda kas haiguskompensatsioonina või puudekompensatsioonina, esimene neist vanematele ja teine noorematele isikutele.

Haiguskompensatsiooni (sjukersättning) võib saada isik, kes:

- on 30-64aastane
- ei saa tõenäoliselt enam kunagi töötada haiguse, vigastuse või puude tõttu
- kelle töö leidmise võimalused on vähenenud vähemalt neljandiku tööturul saada olevate tööde võrra

Puudekompensatsiooni (aktivitetsersättning) võib saada isik, kes:

- on 19-29aastane
- kelle töö leidmise võimalused on vähenenud vähemalt neljandiku tööturul saada olevate tööde võrra
- peab oma koolis käimise aega puude tõttu pikendama

Sissetulekust sõltuv (inkomstrelaterad sjukersättning/aktivitetsersättning): neli eri taset, täieliku töövõimetus korral 64% isiku eeldatavast tuleviku sissetulekust, kuni max 17760 krooni ehk 1897 € kuus (64% 2938 € kuusissetulekust)

Garanteeritud haiguskompensatsioon puuduva või madala palgaga inimestele (sjukersättning i form av garantiersättning): Täielik kompensatsioon 40 riigis elatud aasta eest 8800 krooni (957 €) kuus. Iga aasta eest, mis on riigis vähem elatud, võetakse maha 1/40 summast. Kokku on toetusel neli taset sõltuvalt töövõimetus astmest, samuti väheneb garanteeritud kompensatsioon vastavalt sellele, kui palju sissetulekust sõltuvat toetust inimene saab.

Garanteeritud puudekompensatsioon puuduva või madala palgaga inimestele (aktivitetsersättning i form av garantiersättning):

- vanus 19–21: 845 € kuus
- vanus 21–23: 865 € kuus
- vanus 23–25: 885 € kuus
- vanus 25–27: 905 € kuus
- vanus 27–29: 925 € kuus
- vanus 29–30: 945 € kuus

Allikad: MISSOC (määrad 2014 seisuga), Rootsi sotsiaalkindlustusameti...2015a

Saksamaa	
Toetuste saamise tingimused	Teenuste saamise tingimused
<p>Poolinstitutsionaale (semi-residential) hooldus ehk päeva- ning öökeskuste teenuse saamise hüvitis Seda toetust makstakse otse teenusepakkujale vajadusel lisaks koduhooldustoetusele kuni määratud maksimumsummadeni (toodud tabeli esimeses osas). Lisaks säilib 50% õigus ambulatoorse ravi toetusele ning hooldustoetusele.</p>	<p>Intervallhooldus ja lühiajaline hooldus Kuni 28 päeva aastas hooldaja haigestumise või hoolduspuhkuse korral, poolt hooldustoetuse summast makstakse edasi kuni neli nädalat.</p>
	<p>Lühiajaline hooldus Hüvitis kuni 28ks päevaks aastas, poolt hooldustoetuse summast makstakse edasi kuni neli nädalat. Lühiajalist hooldust puudega inimestele mõeldud asutustes pakutakse ka lastele ning noortele kuni 25 aasta vanuseni.</p>
Allikad: Schmähl, Augursky ja Mennicken 2013, MISSOC	

Suurbritannia	
Toetuste saamise tingimused	Teenuste saamise tingimused
<p>Hooldajatoetus Toetust saab hooldaja, kes on vähemalt 16aastane ja hooldab kedagi vähemalt 35 tundi nädalas. Hooldatav ei pea olema hooldaja sugulane ega hooldajaga koos elama. Toetus on maksustatav ja selle toetuse saamine võib mõjutada teiste toetuste suurust. Näiteks sissetulekust sõltuvate toetuste nagu eluasemetoetuse, sissetulekutoetuse, töötisimistoetuse, üldise sotsiaaltoetuse (universal credit) ja pensionitoetuse (pension credit) ja hooldajatoetuse samaaegse saamise puhul vähendatakse ülalmainitud hooldajatoetuse summa võrra. Mõnel juhul võib hooldajatoetuse saamine mõjutada ka hooldatava toetuseid. Hooldajatoetusega koos makstakse isiku eest ka riikliku kindlustuse ja riikliku pensioni sissemaksid.</p>	<p>Hooldekodu Et pääseda Inglismaal eelarvelisele hooldusele hooldekodusse (<i>care home</i>), peab isikul olema vara vähem kui 23250 £. Kui inimesel on vara suuremal hulgal, peab ta hoolduse eest täiel määral ise tasuma. Kohalik omavalitsus tasub hoolduse eest maksimaalses mahus, kui isikul on varasid vähem kui 14250 £ eest, kuid inimese panus on siiski oma sissetulek, millest talle jääb vähem kui 23,90 £ nädalas. KOV tasub hoolduse eest osaliselt, kui varad on 14250 £ ja 23250 £ vahel, mis juhul iga 250 £ eest, mis isikul on üle 14250 £, võtab kohalik omavalitsus enda panusest maha 1 £ nädalas. Ülejäänud Suurbritannia riikides on süsteem sarnane, kuid veidi erinev on varade piir, millest alates hooldus hüvitatakse: Walesis on see summa 22000 £, Šotimaal 22500 £ (alla 65aastastele), Põhja-Iirimaal 22250 £. Varade alla käivad hooned, maa, väärtpaberid, aktsiad jm (vt allikat Suurbritannia... tabeli all) sissetulek muutub kapitaliks pärast pärast selle sissetulekuks nimetamise aegumist. Reeglina võetakse isiku maja varana arvesse, kuid on erandeid, näiteks, kui isiku üle 60aastane või invaliidsustoetust saav elukaaslane või abikaasa elab seal (Age UK 2013:19).</p>
<p>Pimeda toetus (blind person's allowance) Inglismaa ja Wales: toetust saab isik, kes on kohalikus omavalitsuses registreeritud tõsise nägemispuudega Šotimaa ja Põhja-Iirimaa: toetust saab juhul, kui isik ei saa töötada ametikohal, mis nõuab silmanägemist</p>	
Allikad: Suurbritannia valitsuse...2015a	Medic8...2015a; Suurbritannia valitsuse terviseosakond 2014: 23; Age UK 2013; Carehome.co.uk...2015.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Tiit Loim, (sünnikuupäev 18.06.1990) annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Eesti ja nelja Euroopa riigi pikaajalise süsteemi võrdlus omasteholdajate perspektiivist“, mille juhendajad on Häli Tarum ja Avo Trumm,

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace´i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 29.05.2015