

Õigus- ja majandusruum.

Ülevaade „olukorrast riigis“

Enn Leinuste
OÜ Invaru juhatuse liige
15.september 2011

Enne kui asuda kehtivat korda uuendama, oleks mõttekas aeg maha võtta ja teha tagasivaade olnule ja olevale.

1. Sissejuhatuseks

1.1. peaks valitsema tasakaal:

- ÕIGUS / VASTUTUS / KONTROLL
- ÕIGUS (poliitiline otsus) / RAHALINE KATE (maj.võimalused)

1.2. Seadusega riigi poolt kehtestatud teenus peaks olema võrdselt:

- kättesaadav kõigile õigustatud isikutele olenemata elukohast
- või võrdselt piiratud

1.3. Abivahenditealaste teenuste osutamine on majandustegevus tänaseks Eestis ligikaudu 8 miljoni eurose aastakäibega.

1.4. Riigi eelarvest teenuste toetamiseks eraldatavate vahendite maht on pidevalt kasvanud ning masu aastatel ei ole kasvanud, kuid peamine – ei ole vähenenud. (lisatud eelarve 1994 - 2011 graafik)

1.5. Kuidas on aga rahaliste vahendite kasv mõjutanud üldist nõudluse rahuldamist? Eraldatava raha mitmekordne suurendamine iseenesest ei paranda olukorda, sest samaaegselt:

- suureneb võimaldatavate abivahendite valik
- avaneb võimalus võimaldada individuaaltellimusena toodetavaid „kalleid“ abivahendeid
- kasvab abivahendite kasutamisalane teadlikkus ja levib teave
- „õhuke riik“ ehk nõrk õiguslik regulatsioon

2. Õiguslik taust

Jätame kõrvale üldised, kõigile majandustegevuse valdkondadele kehtivad seadused.

2.1. Sotsiaalhoolekande seadus:

- § 10 p.2 kohaselt on proteeside, ortopeediliste ja muude abivahendite andmine sotsiaalteenus Tähelepanek - kas ei tundu juba see rõhuasetus stagnatsioonihõnguline? Olid ajad, kui protees oli üks enamteadvustatud abivahendeid, ega palju muud polnudki.

§ 12

- l g.1 alusel on isikul õigus haiguse, kõrge ea või puude tõttu saada vastav abivahend
- lg.2 soodustingimustel antavate abivahendite saamise tingimused ja korra kehtestab sotsiaalminister. Tähelepanek - abivahenditealane riiklik sotsiaalteenus seaduse tasandil kõige vähem reguleeritud sotsiaalteenus.

2.2. Sotsiaalministri 14.12.2000 määrusega nr.79 on kehtestatud Tehniliste abivahendite taotlemise ja soodustingimustel eraldamise tingimused ja kord.

2.2.1. Tähelepanek - juba määruse jõustumisel olid selged paljud selle puudused, et mitte öelda – määrus on sünnist raske puudega.

Mõlemad normdokumendid on kehtinud sisuliste muutusteta üle 10 aasta.

3. Peatuks mõningatel seaduse ja määruse sisust tulenevatel küsimustel

3.1. Hoolekande seadus

Mida seadusandja mõtleb mõistete „andmine“, „saamine“ ja „vastav abivahend“ all, on selgusetu. Järgnev seaduse säte viitab ainult soodustingimustel andmise korrale.

3.2. Määrusega kinnitatud kord

3.2.1. ei too selgust isikute osas, kes ei kuulu määrusega kehtestatud subjektide hulka, need on näiteks

- tööealised isikud, kes vajavad abivahendeid:
- haigusest paranemisel kuni töövõime taastumiseni
- töövõime üle 40% kaotuse või puude raskusastme määramiseni

Näide elust:

Teenindusettevõttesse pöördub isik kellel:

- on arstitõend abivahendi vajaduse kohta
- tõendi alusel väljastatud isiklik abivahendi kaart
- on põhjendatud vajadus abivahendi järgi – puusa proteesimisejärgne taastumine
- puudub aga õigus soodustusele – 55 - aastane, ajutiselt töövõimetu, puuet ei ole
- Soodustusest keeldumisel, kui arst on tõendi andnud, maavalitsus või KOV abivahendi kaardi väljastanud, on konflikt paratamatu. Eelnev teave, et on võimalus soodustusele mis õigusega kehtestab ettevõtte omad reeglid?

3.2.2. võimaldab hoolekandeesutustes viibivatele isikutele (olgu vanur, laps või 30-40 aastane puudega) soodustust ainult individuaalsetele abivahenditele. See tähendab ortopeedilised tooted, kuuldeaparaadi otsak, templid, silmaproteesid, prilliklaasid.

Tähelepanek – erimärkusena loetakse individuaalseks ka spetsiaalselt kohandatud mehaanilised ja elektrilised ratastoolid.

Arusaamatu:

- mida mõeldakse mehaanilise all, Euroopa standardist „Puuetega inimeste tehnilised abivahendid. Klassifikatsioon ja terminoloogia“ sellist mõistet ei leia
- lisades standardratastoolile ühe turvarihma, on tegemist kohandusega, võimaldades aga isikule temale sobiva funktsionaalsusega tehasevalmiduses ratastool...???
- kasutades soodustust kodus ja suundudes hooldekodusse, kaotab isik õiguse soodustusele, kuigi ka hooldekoju kulud katavad üldjuhul isikud ja nende omaksed

Jah, väga piiratud ulatuses võimaldab abivahendeid Haigekassa, esmaproteesi saab, esmaratastooli (ka paariks kuuks) mitte. Samal ajal annab määrus õiguse soodustingimuseks lastele, kellel ei ole puuet, seda ka näiteks traumajärgsel perioodil.

3.2.3. kes on pädev langetama otsuse, millist konkreetset(-eid) abivahendit(-eid) inimene vajab.

Abivahenditealast pädevust ei nõuta teenuste osutajatelt.

Kellel pädevus aga peaks olema abivahenditega seonduvad alalõigud:

- vajaduse hindamine
- kasutamise õpetamine
- erinevad tootegrupid
- funktsionaalsus
- kasutuskeskond
- lisavarustus

Formaalselt lahendus määruses fikseeritud, vajaduse määrab:

- a) perearst
- b) eriarst
- c) rehabilitatsiooniasutus – kes selles asutuses?

vältides sellega abivahendifirmade subjektiivseid otsuseid (lähtumist ärielistest huvidest).

Kas see on ikkagi kõrgelt haritud arstide töö? Omavad nad ülevaadet väga laiast abivahendite gruppidest, mudelist, nende funktsionaalsusest, lisavarustusest?

Või peaksid arstid suunama abivajaja vastava ettevalmistusega spetsialisti nõustamisele? Kes see aga on? Töötab formaalne bürokraatlik süsteem.

Näited elust:

- 1) mitte erandlik nn. määramise dokument – arsti tõendil abivahendi määramise kohta - Vajab abivahendeid puudest tulenevate probleemide tõttu.
- 2) üldsõnaline soovitus rehabilitatsiooniplaanis – vajab elektrilist ratastooli

- aga millist?
- lisaks sõlmede funktsionaalsuse, tehniliste näitajate, lisavarustuse vajaduse hindamine... . Tootjale saadetakse tellimuse vorm, milles antakse detailne ülevaade inimese individuaalsetele iseärasustele vastavatest vajadustest on A4, 5-l lehel.

Kes arstidest või rehabilitatsiooniasutuse töötajatest on pädev seda täitma? Firma seda teha ei tohiks, sest erifunktsioonid ja lisavarustus võivad hinna tõsta ka kahekordseks.

Võrdlus tervishoiusüsteemiga – kas arst kirjutaks retseptile „vajab kõhuvalurohtu“ ja inimene läheks seda ostma suvalisest kauplusest suvaliselt müüjalt?

3.2.4. eelisjärjekorras tuleb abivahendid võimaldada lastele ja tööealistele isikutele. Eelistuse vajadus tekib aastast aastasse paratamatult, sest nõudlus ületab eelarveliste vahenditega antud võimalusi. Seega teises järjekorras tuleks võimaldada vanaduspensionistidele isikutele.

Tõstatavad küsimused:

- kas ei ole tegemist ealise diskrimineerimisega
- kui rahuldada laste ja puuetega isikute KÕIK vajadused, kui palju jääb rahalisi vahendeid vanuritele
- millisel tasandil tuleks eelistuse otsus teha:
 - o ettevõttes, inimene pöördub teise ettevõttesse
 - o maavalitsuses, miks riiklikult toetatud teenus peaks erinevates
 - o regioonides olema erineva kättesaadavusega
- kui järjekorda panna ootele abivahendit vajav vanur, siis kas tema järjekord jõuab kätte enne tema surma (vastavaid olukordi ei ole üksikuid).

Teadmiseks, abivahendite kasutajate orienteeruv vanuseline struktuur:

- vanurid kuni 70%
- puudega tööealised 25%
- lapsed 5%

Ja veel vanuritest – kui kodus hooldatavale vanurile (praktikas mitte harv – elada jäänud mõni nädal või kuu) oleks vaja üürida näiteks elektriliselt reguleeritavat põetusvoodit, tuleks:

- omastel saada perearstilt suunamine eriarstile
- panna eriarsti järjekorda – kui pikk?
- saada teada, et arst koduvisiiti ei tee, ehk kirjutab tõendi perearsti suunamise alusel

Küsimus: kumb sureb enne – lootus abivahendile või vanur?

3.2.5. isiklik abivahendi kaart (+arstitõend, kaart taskust) = e-Eesti 2011???

Võrdlus tervishoiuga – e-Tervis, digiresept

3.2.6. mida soodustingimustel võimaldatakse

Määruse lisad 1 ja 2 annavad võimaldatavate abivahendite:

- loetelu ja koguse
- abivahendi kasutusaja
- korduvkasutatavate abivahendite puhul ostu või müügi võimaluse.
- tasu riigi osaluse %

Ka märgitud lisad on sisuliselt samad, mis 10 aastat tagasi.

Küsimused:

- loetelust puuduvate abivahendite saamiseks tuleb esitada taotlus maavalitsuse ekspertkomisjonile. Kas erinevate maavalitsuste komisjonid annavad analoogsetele taotlustele samased vastused?
- kas kahe või kolme ratastooli kasutamine on luksus?

Kas 2 kingapaari omamine on luksus? Ühed katki – remonti, teised jalga.

Tubased ja õue jalatsid (maal ka kummikud) ei ole luksus. Kummikutega esikust kaugemale ei lähe, aga ratastooliga...?

3.2.7. määruse sõnastuse kohaselt on õigus inkotoodete soodustusele lastel alates 3.eluaastast.

Korduvalt on „ülevalt poolt“ juhitud tähelepanu lubamatusele müüa inkotooteid soodustingimustel alla 3 - aastastele lastele, see olevat vastuolus määruse mõttega.

Etteheite asemel tuleks korrastada vastava määruse teksti, sest kolmas eluaasta algab, kui täitub 2 aastat lapse sünnist (alus TsÜS §135)

3.2.8. teenuse eest võetav tasu

Määruse lisades 1 ja 2 on toodud riigi osaluse abivahendi maksumusest vahemikus 20 – 90%.

Küsimused, kas:

- tegemist majanduslikult kaalutletud otsusega, miks mõnel abivahendil 90%, mitte 75 või 95; 50% , mitte 30 või 60?
- on lähtunud erinevate abivahendite kasutamise olulisusest – vajalikum soodsamalt, vähemvajalik kallimalt?
- on lihtsalt „poliitiline“ otsus?

3.2.9. juhtimine – kogu kordineeritud tegevuse alus

Määruse §5:

- lg.1 abivahenditega varustamise ja nendega seotud teenuste osutamise üleriigiliseks koordineerimiseks, tulemuslikumaks osutamiseks moodustab sotsiaalminister nõuandva õigusega üleriigilise tehniliste abivahendite ja rehabilitatsiooniteenuste ekspertkomisjoni
- lg.5 kohaselt kinnitab komisjoni ülesanded ja töökorra sotsiaalminister

Küsimused (ainult mõningad):

- kaskomisjoni liikmetel on võimalus komisjonis arutusele tulevad teemad neid delegeerinud asutustes/ organisatsioonides läbi arutada või esindavad oma isiklikke seisukohti?
- kui otsustab nõuandva õigusega komisjon, siis kes otsustab?
- kas ministri kinnitatud komisjoni ülesanded ja töökord on kuskil avaldatud või on tegemist dokumendiga „ametkondlikuks kasutamiseks“ ?
- kas komisjon on peale eelarvevahendite jaotamise veel midagi otsustanud?
- kui jah, siis miks ei jõua need dokumenteeritud teenuste osutajateni?

Tunne, et salastatus suurem, kui KAPO mõne viimaseaja operatsiooni puhul.

- kui ei, siis tahes-tahtmata tõstatub nagu „suures poliitikas“ küsimus komisjonist, kui „templist“

3.2.10. määruse §12 annab teenuseid osutavates ettevõtetes kontrolli teostamise õiguse maavalitsustele ja Sotsiaalministeeriumile.

Paar tähelepanekut:

- õiguse, mitte kohustuse
- tegelikult valitseb kontrollimatus, mille põhjusteks on:
- sisuliste nõuete puudumine, pole mida kontrollida
- määratlematus, kelle ülesanne see on, teemat juhtivad maavalitsuste töötajad tegelevad abivahenditega paljude muude ülesannete kõrvalt
- süsteemi puudumine, ühel kontrollijal on raske olla pädev teostamiseks sisulist kontrolli erinevate abivahendigruppidega tegelevates ettevõtetes
- absurdne olukord, kus kõik maavalitsused ja Tallinna STA peaksid paralleelselt kontrollima kõiki lepingupartnerite-teenuste osutaja
- inimestel, kelle ülesandeks peaks kontrollimine olema, puudub vastava tasemega ettevalmistus. Seda alates juriidilistest, majanduslikest kuni abivahendite spetsiifikaga seotud aspektideni

Sisuliselt on abivahenditeala teenustega seonduvat aastate jooksul kontrollitud ühel korral – Riigikontroll (kontrolliaruanne nr.2-5/81 25.10.2002)

4. Mida määrus ei kajasta (lisaks eelpool mainitud ettevõtete personali kvalifikatsiooninõuetele)?

Need teemad on:

- abivahendite kvaliteet (eelkõige funktsionaalsus)
- teenuse sisu
- teeninduse kvaliteet
- hinnakujundus
- vastutus

5. Majandusruum

5.1 Finantseerimine

5.1.1. määruse §10

- lg.1 kohaselt finantseeritakse soodustingimustel abivahendite ostmist, laenutamist ja nendega seotud teenuseid sotsiaalabi korras (valdavalt riigieelarvest)
- lg.3 sätestab, et Sotsiaalminister jaotab vastavalt kehtestatud korrale igal aastal maavalitsustele rahalised vahendid tehniliste abivahendite soodustingimusel ostmise ja laenutamise

kompenseerimiseks

Küsimused:

- mida mõeldakse seotud teenuste all ja millised on soodustingimused?
- kas ainult individuaalselt valmistatavaid ortopeedilisi tooteid ja autokohandusi?
- kui ka näiteks nõustamist, kasutamise õpetamist, hooldus- ja remonditöid, abivahendite transporti, siis kelle otsustada see on?

5.1.2. §.9 alusel:

- sõlmib maavanem lepingud ettevõtetega kuni kolmeks aastaks
- konkreetsed teenused ja nende finantseerimise mahud kooskõlastatakse poolte vahel igal aastal pärast riigieelarve vastuvõtmist.

Kommentaar:

üldine nõue kõigile ettevõtetele aasta lõpus – viimased arved ja aruandlus tuleb esitada maavalitsustele detsembri keskpaigas, et kogu arveldus läbi riigikassa toimuks aruandeaastal. Seega soodustused detsembri teisel poolel peatatud.

5.1.3 mis tegelikult toimub:

a) abivahendite soodusteenuste rahastamiseks riigieelarvest eraldatavate vahendite kasutamisel:

- ei koostata üleriigilist eelarvet (milliseid teenuseid kui suures mahus tellitakse), ka mitte abivahendite üldgruppide lõikes, mille kohta on statistiline aruandlus maakonniti kvartalite/aastate lõikes. Grupid on:
 - o liikumisabivahendid
 - o ortopeedilised tooted
 - o põetus-hooldusvahendid
 - o nägemisabivahendid
 - o kuulmisabivahendid
 - o muud
- seega ei arvestata nõudluse taseme piirkondlike erinevustega
- puuduvad üleriigiliselt kehtestatud kriteeriumid, millised abivahendid peavad olema tagatud aastaringelt tarbija- ja abivahendite gruppide lõikes (nõudlus ületab alati rahalisi võimalusi).ä

b) ministeerium eraldab eelarvevahendid maavalitsustele ja maavalitsused lepingutega teenindustevõtetele üldsummana, määratlemata, mida selle eest tellitakse (erandid üksikutes maavalitsustes).

Tulemuseks:

- ettevõtetele sõlmitavates lepingutes üldsõnaline formuleering „ettevõtte kohustub tagama abivahenditega ühtlase varustamise aasta jooksul“. Seega jäetakse ettevõtte otsustada, milliseid teenuseid pakkuda etteantud lepingumahu piires
- aasta algusest osutavad ettevõtted teenuseid omal vastutusel, lepingud sõlmitakse maavalitsustega veebruaris, kusjuures lepingute maht ei arvesta nõudluse tasemega ning aasta jooksul ollaks sunnitud kehtestama piirkonniti erinevaid piiranguid
- kui lepingumahude suurendamise taotlused jäävad rahuldamata, tuleb ettevõttel piirata oluliselt teenuste osutamist või see peatada

Võrdlus tervishoiuga – mis juhtuks, kui:

- apteegid hakkaksid otsustama, milliseid soodusravimeid soodusega müüa, milliseid mitte
- kui üks apteek, viitega lepingumahu ammendumisele, lõpetab poolest aastast ravimite soodustusega müügi, parimal juhul soovitades pöörduda mõnda teise apteeki, ehk sealt veel saab või ehk mõne teise maakonna apteegist õnnestub
- kui kõik apteegid Eestis peataksid soodusretseptide vastuvõtmise 15.detsembrist (aruandlus esitatud) kuni uue aasta veebruarini (uute lepingute sõlmimine)

c) kuna teenuste rahastamisel planeerimine puudub, siis probleemide tekkimisel toimub vastutuse veeretamine ministeeriumi ja maavalitsuste vahel. Ministeeriumi sõnum – raha on MV-le eraldatud, nemad otsustavad, mida oma inimestele võimaldada. Maavalitsustelt vastulause, ministeerium ei arvesta nõudluse piirkondlike erinevustega.

d) eelarvevahendite jaotamisel maavalitsustele jätab sotsiaalministeerium olulise mahu reservi (sisuliselt õige lahend), millal ja millisteks kuludeks toimub reservi jaotamine, on ettearvamatu.

Tulemuseks:

- inimesed, ettevõtted ja maavalitsused on taotlused esitanud
- ministeeriumist otsust ei tule – sisuliselt inimesed ootel, raha aga „külmutatud“
- soodustused peatanud ettevõtted inimeste ees teadmatuses – kas ja millal jooksval aastal võimalik soodusteenust osutada
- reservi jaotamisel septembris jõuavad lepingumuudatused ettevõtetele oktoobri lõpuks. Aega kuu, poolteist „kulutamiseks, et mitte öelda põletamiseks“.

6. Konkurents

Arvestades, et tellimusi ei planeerita ning puuduvad kvaliteedi ja kvalifikatsiooninõuded, toimub ettevõtetevaheline „konkurents“ ainult maavalitsuste lepingutega eraldatavatele rahavoogudele.

Piltlikult: turul on 16 maksejõulist ostjat (15 maavalitsust ja Tallinna STA, kellel jagad riigi raha), kauba pakkujaid aga ligi 50 ja kõik nad soovivad ostjatele midagi müüa.

Sellela on teenuse tarbija sageli sunnitud valiku tegema mitte parema hinna ja teenuse kvaliteedi järgi, vaid ostma teenust ettevõtelt, kellel on piisav lepingumaht.

7. Hinnad, hinnakujundus

7.1. määrusega (lisa 6) on kinnitatud piirhinnad inkotoodetele.

Küsimus – millel need baseeruvad ja missugune on hinnakujunduse meetodika?

Tähelepanek:

- uute piirhindade kehtestamise protsess veniv, oktoobris nõutud baashindade alusel aastavahetuseks uusi piirhindu ei kehtestatud, korduv edasilükkamine
- aasta keskel tootjapoolsete hinnakirjamuutuste alusel piirhindade muutmine ja uute toodete lisamine praktiliselt lootusetu

7.2. üldkehtivate nõuete puudumine toodetele ja teenustele ei võimalda ettevõtetevahelist hinnavõrdlust.

8. Probleemide teadvustamine ja lahenduste leidmine

Ebaõiglane oleks väita, et Sotsiaalministeerium juhtiva organina ei oleks probleemidest teadlik ning ei püüaks neid lahendada.

Allpool mõned näited.

8.1. normdokumendid

Lootustandev oli 2004. aasta, kui kevadel võeti vastu Hoolekande kontseptsioon. Sotsiaalministeerium ja Eesti Puuetega Inimeste Koda korraldasid aprillis 2004 sisuka seminar/ümarlause „Puuetega inimeste tehnilised abivahendid“, lubati täiendada hoolekandeseadust ja seaduse muudatuste alusel koostada uus abivahendite eraldamise tingimused ja kord.

Olulised muudatused hoolekandeseaduses jõustusid 1. jaanuarist 2005, seda rehabilitatsiooniteenuste osas (lisandus 14 uut paragrahvi). Mida aga polnud – täiendusi abivahendite osas ja järelikult ka muudatusi kehtivas korras.

Piltlikult - raske puudega sündinud dokumendile üritas rehabilitatsioonimeeskond reh.plaani koostada, plaan aga jäi kinnitamata ja aastatega on puue süvenenud.

8.2. pädevad isikud

Vajadust on teadvustatud, lahendused aga poolikud ja episoodilised.

8.2.1. Üritused olukorda parandada:

- 90-ndate teine pool – tegevusterapeutide kaugõppegrupp Soomes
- tegevusterapeutide assistendi kursused
- tegevusterapeutide koolitused Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis

Tulemused:

a) teadmiste tasandil

- baasettevalmistus
- puudub abivahendite kui toodete alane ettevalmistus

b) majanduslikult

- kulutusi on tehtud
- eesmärgid saavutamata

8.2.2. 2010.a. lahend:

- a) abivahendi spetsialisti kursus, hoiatusega järeldajadest, kui töötajaid kursusele ei suunata

- ühes grupis erineva ettevalmistustasemega inimesed
 - o keskharidusega
 - o füsioterapeudid
 - o tegevusterapeudid
 - o erinevate valdkondade abivahendite firmadest
 - o rehabilitatsiooni- ja raviasutustest

Tulemuseks:

- üldhariv ülevaade erinevatest abivahendigruppidega seonduvast
- kursus ühekordne
- b) detsembris 2010 kinnitatud kutsestandard – Erivajadusegainimese abivahendi spetsialist
- kutsealane ettevalmistus
 - o keskharidus
 - o kompetentside omandamine töö käigus (iseseisvalt? Kelle juhendamisel?)
 - o 3 – aastast töökogemust
 - o täiendkoolitus 3 AP ulatuses
- tööosad ja ülesanded isiku toimetuleku hindamisest ja abivahendi valimisest abivahendi tehnilise hoolduse/remondi teostamiseni.

Küsimata – kes on koolitajad ja kvalifikatsiooni hindajad, tõstatuvad küsimused:

- kas suund arstidelt keskharidusega „spetsialistidele“
- kas füsio- ja tegevusterapeutide koolitamine suunatud ainult teraapiale.

Analoog tervishoius oleks – arst paneb haigele diagnoosi, määrab ravi ja lisaks remondib diagnostika ja raviaparatuuri.

Kommentaari praktikast, kuidas kujuneb spetsialisti pädevus ja ta hakkab „kaela kandma“:

- a) baasharidus
 - Tartu Ülikool, füsioterapeut
 - Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, tegevusterapeut
- b) 2 – 3 aastat praktilist tööd ja iseseisvat enesetäiendamist
- c) 3 – 4 väliskoolitust aastas:
 - tootjaettevõtetes
 - metoodilistel seminaridel, konverentsidel
 - stažeerimine
- d) uute toodete kasutusvõimaluste ja nõustamisvõtete praktiline katsetamine enne rakendamist, jätkusuutliku enesetäiendamise korraldamine, olemaks pidevalt kursis uute toodetega, nende kasutamise võimalustega, vajaduste hindamise ja kasutamise juhendamise uute võtetega

8.3. kulude kokkuvõide

8.3.1. Sotsiaalministeeriumi seisukoht, et abivahendite laenus (juriidiliselt korrektsem - üürimine) on põhjendatud kuni 6-kuulise kasutusajaga, selgitamata – kuidas väljastamisel määrata kasutusaeg. Kas vanur sureb 2 kuu või 10 kuu pärast, värske trauma järgselt on esimest ratastoolimudelit vaja 2 või 8 kuud (sõltub taastumisest).

Eksitav:

- lihtsustatult iseloomustab laenutuse majanduslikku otstarbekust abivahendi müügi hinna ja kuu laenutustasu suhtarv, tasakaalupunkt, mis Invaru, kui suurima laenusmahuga ettevõtte hinnakirjade alusel algab 12-st kuust
- üürimise või müügi põhjendatust iseloomustab hästi abivahendi kasutuse juhtumi keskmine kestvus ja maksumus.

Näitena andmed enimkasutatavate abivahendite kohta Pärnu maakonnas perioodil 01.10.2009 – 30.04.2011:

| | Ratastool | Tugiraam | Potitool |
|--|-----------|----------|----------|
| Keskmine kasutusaeg (kuud) | 3,34 | 6,44 | 4,32 |
| Ühe kasutuse keskmine maksumus (üür kasutaja eest) | 62,20€ | 58,00 € | 39,00€ |
| Müügi hind | 354,71€ | 123,03€ | 106,73€ |
| Müügihinna ületanud juhtumeid | 0% | 2% | 3% |

Piirkonniti need näitajad kõiguvad, kuid kulutuste oluline vahe on ilmne.

Kokkuvõtlikult suuremate lepingupartnerite (8 maavalitsust, Tallinna STA) osas on iseloomusavad analüüsi tulemused 2010.a. kohta järgmised:

- laenusüsteemis esmaväljastati 3546 abivahendit
- laenutuses oli abivahendeid kasutusel kokku 9750 juhul
- kõigi laenusjuhtumite teenindamise tasud kokku moodustasid 79,5% summast, mis oleks kulunud esmaväljastatud abivahendite müügiks
- esmaväljastusi võimaldati olenevalt piirkonnast 3 – 12 kuul, keskmiselt 7,8 kuu jooksul

Küsimus – kui riik tasub korduvkasutatava abivahendi eest kuni 90%, kas see peaks muutuma isiku omandiks? Müük seda tähendab ning kasutusvajaduse möödumisel puudub juriidiline alus abivahendit tagasi nõuda selle korduvkasutamiseks.

Roheline kommentaar:

- laenusjuhtude arv kasvab aastast aastasse, ei kasva, vaid väheneb nõudluse katmiseks vajalike abivahendite soetus. Seda tänu korduvkasutuse korraldamisele
- lisaks otsesele majanduslikule efektile (enne taasväljastamist teostatav puhastus, hooldus, remont on odavam uue ostmisest) kaasneb nn. roheline efekt – tootmiseks vajatava toorme säästmine ja utiliseeritava mahu vähendamine
- arvudes, laenutuses enimkasutatavate uute ratastoolide soetus
 - o 2006.a. 272 tk.
 - o 2007.a. 175 tk.
 - o 2010.a. 122 tk.
 - o 2011.a. 70 tk. (oodatav)

8.3.2. korduvkasutatavate kallite (üle 1278 €, so. 20 000 kr.) abivahendite võimaldamine:

- 25.01.2008a. ministeeriumi korraldatud koosolek teemal Kallite tehniliste abivahendite kasutusrendile andmise võimalikkusest. Mis edasi.....?
- viimastel aastatel nõutakse kallite abivahendite eraldamisel kolme hinnapakkumist (nõuet normdokumentidest siiski ei leia):
 - hindamise aluseks on madalaim hind ja tellimuse saab selle esitanud ettevõtte
 - vormiliselt igati edumeelne nõue, sisult aga tühi, sest võrreldakse võrreldamatut
 - vähempakkumise alus – pakutavale tootele esitatavad nõuded puuduvad (aastate jooksul 2-3 korral maavalitsus esitanud)
 - iga pakkuja teeb valiku ja esitab pakkumise oma äranägemise järgi.

Tähelepanek:

- kui vajatakse elektrilist ratastooli ja hindamise aluseks on madalaim hind, siis mida pakkuda (vt. varem toodud el.ratastoolide valikut), kas:
- madalama hinnaga, kuid funktsionaalsuselt „tagasihoidlikku“
- inimese funktsionaalseid häireid, kasutuskeskkonda ja aktiivsust arvestavat toodet.
- Võrreldav haigla autohankega - määratlemata, kas ostetakse kaubikut või kiirabiautot.

8.3.3. Sotsiaalministeeriumi soov – kehtestada abivahenditele piirhinnad veel 2011.aastal.

Küsimused:

- mille alusel need arvutatakse, kui ei ole lahti mõtestatud teenuse sisu ja kvaliteedinõuded?
- kas ministeerium valdab hinnakalkulatsioonideks vajalikku andmebaasi?
- kas ollakse valmis ja võimelised koostama planeeritava meetme majanduslike mõjude analüüsi?
- kus on tööks vajalik inimressurs?

8.4. Soov paremini rahuldada nõudlus ühe tootegrupi osas

Sotsiaalministeerium otsustas 2009.aastal tõsta soodustingimustel ühele inimesele müüdavate mähkmete piirkogus kuus 40-lt 60-le, s.t. 50%.

Kommentaar.

- arvestades pidamatusena seonduvaid probleeme ja kulusid – õige otsus. Kuid....
- koormus eelarvele tõusis suurusjärgus 3,5 milj.kr., riigieelarveliste vahendite maht 2009.a. jäi aga 2008.a. tasemele
- otsusega ei kaasnenud tasakaalustavat regulatsiooni vahendite kasutamisel kõigi teiste

- abivahendigruppide osas (näit. mõne toote riigiosaluse vähendamine 90%-lt 85-le)
- populaarse otsusega oleks kaasnenud „mitte nii“ populaarne otsus.

Tulemus:

- otsuse sisuline peatamine maakondade tasandil
- ühe tarbija- ja tootegrupi eelistamisega oleks kaasnenud teiste abivahendite kättesaadavuse järsk halvenemine
- mähkmete müük osades maakondades piirangutega juba 2009.a kevadest, ka alla senikehtinud piirkogust.

Järeldus – soovi korral on võimalik muuta/täiendada ka määruse üksikuid sätteid.

8.5. eEesti sotsiaalsfääris – STAR. Kaua lubatud ja oodatud. Kuid uus IT lahendus saab tugineda kindlalt fikseeritud ja perspektiiviga üles ehitatud süsteemil.

9. Teenuse pakkuja, olgu AS, OÜ, SA või MTÜ – kuidas ta antud olukorras saaks koostada aruka äriplaani, et:
 - „ellu jääda“
 - Minimiseerida riskid
 - Teenida mõõdukalt kasumit
 - Ja seda investeerida – aga millesse, kvalifikatsiooni, müügivõrku, uutesse toodetesse
 - Planeerida kaubaratneid ja sõlmida tarnelepinguid (sellest aga sõltub oluliselt sisseostu hind)

Üldistav iseloomustus tegevusele:

- nagu levinud kõnekäänus - üritatakse süsteemi muuta paremaks, välja tuleb aga ...
- üritused on nagu ilutulestiku rakettide laskmine
 - o mõte ja ootus on ilus
 - o raha kulutame
 - o hetk on ilus
 - o kuid raketid kustuvad ja jälle pimedus
- püüd leiutada jalgratast, tulemuseks aga kandilised rattad ja sõit ...

Kokkuvõtteks:

1. Kes on süüdi?
2. Inimestele ei oma tähtsust:
 - kas ametnikud ei ole suutnud poliitikele tõestada probleemide olemust ja nende lahenduse võimalusi
 - või ei ole poliitikud andnud arengutele oma heakskiitu.
3. kas ongi vaja süüdlast otsida või tunnustada probleeme ja püüda neid laiapähekoostöös lahendada, mitte vormiliselt vaid sisuliselt?

Haldusalas kaks suurt valdkonda – tervishoid ja sotsiaalhoolekanne.

Eitamata tervishoiu eksisteerivaid probleeme, olen arvamusel, et näiteks

Haigekassa, Ravimiameti ja Tervise Arengu Instituudi näol on tegemist teatud reeglitele alluvate, ühtses süsteemis oma ülesandeid täitvate asutustega.

Kes kannab analoogseid funktsioone sotsiaalteenuste osas?

4. iga süsteem vajab haldamist, seega ka kulusid:
 - alustav / arengustaadiumis süsteem suhteliselt rohkem (seda abivahendid on), kui pikaajaliselt toimiv kuid uuenev (tervishoid ja sotsiaalkindlustus toimisid ka ENSV ajal)
 - mida väiksem süsteem, seda suuremad on suhteliselt halduskulud, sest katta tuleb samad funktsioonid.

Olukorra iseloomustamiseks toon halduskulude osakaalu %-des üldeelarvest kolmes valdkonnas:

| | 2004 | 2008 | 2011 |
|--------------------|------|-------|-------|
| Haigekassa | 1,46 | 0,881 | 1,00 |
| Sotsiaalkindlustus | 1,16 | 0,667 | 0,496 |
| Abivahendid | 0,66 | 0,249 | 0,24 |

Teadmiseks – abivahenditealase tegevuse koralduskuludeks eraldatakse läbi aastate 200 000 krooni (12782 €) olenemata teenustele eraldatava summa mitmekordsest kasvust.

Mida sellest järeldada:

- ühe maavalitsuse töötaja sõnad – saame ekspertkomisjoni liikmetele kohvi pakkuda, süsteem toimib sisuliselt heategevuslikel alustel
- riik on „hõõveldatud kriitiliselt õhukeseks“.

Lõpetuseks:

islandlaste soovitus šokeerivast masust väljatulekuks –
KRIITILIST EDASIVIIVAT MÕTLEMIST !