



SOTSIAALMINISTEERIUM

Lauri Kõrgvee
SA Tartu Kiirabi
annika.kalinina@kiirabi.ee

Teie 27.07.2026 nr 7.8-1/219

Meie 25.08.2026 nr 5.2-2/1875-6

Vastus Sihtasutus Tartu Kiirabi juhtkonna pöördumisele

Lugupeetud Lauri Kõrgvee

Täname Sihtasutuse Tartu Kiirabi juhtkonda senise aktiivse panuse eest kiirabikonkursi ettevalmistamisse ning konkursiga seotud teabele antud põhjaliku tagasiside eest. Kinnitame, et praeguseks ei ole lõplikke otsuseid tehtud. Võtame Teie ettepanekuid võimalikult palju arvesse, kaaludes neid koos teiste osapoolte sisendi, olemasolevate andmete, konkursi eesmärkide ja võimalike lahenduste möjuga.

Pöördusite 27.07.2026. a kirjaga nr 7.8-1/219 Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa ja Terviseameti poole, esitades küsimusi ja ettepanekuid seoses kiirabikonkursi ning kiirabivõrgu uuendamisega. Vastasime 12.08.2026. a kirjaga nr 5.2-2/1875-3, pakkudes küsimuste rohkuse ja aktuaalsuse tõttu võimalust vastata neile suuliselt avalikul infotunnil. Järgmisel päeval vastasite kirjaga nr 7.8-1/219-2, milles selgitasite, et soovite siiski ametlikku ja sisulist kirjalikku vastust. Käesolev kiri on seega vastus Teie 27. juulil esitatud pöördumisele.

Rõhutame, et varasemad ettepanekud, mida käesolevas kirjas selgitame, ei ole lõplikult kinnitatud. Oleme jätkuvalt avatud valdkonna tagasisidele ning võtame arvesse ka Teie pöördumises esitatud argumente. Ühtlasi selgitame, et tagasiside arvestamine tähendab selle sisulist kaalumist, mitte automaatset või täielikku järgimist. Lõplikud otsused tehakse andmepõhiselt ja olemasolevate ressursside piires, võttes võimaluse korral arvesse ekspertide sisendit.

Teie pöördumisest nähtub, et eesmärkide tasandil on meie seisukohad suures osas kattuvad. Oleme ühel meelel, et:

- kiirabivõrgu arendamise keskmes peab olema patsiendi jaoks parem tulemus;
- kiirabi peab olema kogu Eestis võimalikult ühtlaselt kättesaadav;
- otsused peavad tuginema andmetele ja arvestama piirkondlikke eripärasid;
- kiirabi tuleb arendada koos haiglavõrgu, meditsiinilise transpordi ja Häirekeskuse töökorraldusega;
- säilitada tuleb arstliku kompetentsi kättesaadavus, töötajate kõrgetasemeline väljaõpe ja süsteemi kriisivalmidus.

Meie erinevad hinnangud ei puuduta seega kiirabisüsteemi arendamise eesmärke, vaid eelkõige seda, milline brigaadide arv, paiknemine, koosseis ja arstliku toe mudel võimaldab neid eesmärke olemasolevate ressursside juures kõige paremini saavutada.

Kavandatava kiirabikonkursi ja teeninduspiirkondade jaotuse uuendamise peamine eesmärk on viia kiirabiressursi jaotus kooskõlla viimastel aastatel toimunud ning prognoositavate muutustega rahvastiku paiknemises ja kiirabiteenuse vajaduses. Soovime suurendada kiirabiressursi kogumahtu üle riigi ja tuua abi lähemale piirkondades, kus kiirabi kohalejõudmise aeg on praegu liiga pikk.

Eesseev kiirabikonkurss on kiirabi arengusuundade rakendamise oluline etapp. Arengusuundade tegevuskava punktis 11 on otseselt ette nähtud, et Tervisekassa alustab kiirabikonkursi korraldamist eesmärgiga kujundada kiirabivõrgustik ümber viisil, mis toetab arengusuundade elluviimist. Samuti näevad arengusuunad ette võimaluse kohandada brigaadide arvu, koosseisu, paiknemist ja muud töökorraldust, arendada võrgustikku dünaamiliselt ja vajaduspõhiselt, luua täiendavaid esmase abi brigaade ning tagada arstlik kompetents paindlikult telemeditsiini, reanimobiilide, arstibrigaadide ja arstlike toetusbrigaadide kaudu.

Nendest põhimõtetest lähtuvad ka kavandatavad muudatused. Soovime tuua kiirabi lähemale piirkondades, kus kohalejõudmise aeg on praegu liiga pikk, suurendada ressursi suurima nõudlusega ajal, säilitada arstliku kompetentsi kättesaadavus ning võimaldada võrgustikku edaspidi paindlikult kohandada. Seega ei ole kavandatava mudeli eesmärk arengusuundadest kõrvale kalduda, vaid rakendada neis kirjeldatud põhimõtteid konkreetse kiirabivõrgu kujundamisel.

Juhite tähelepanu sellele, et arengusuunad ei näe ette laialdast üleminekut kaheliikmelistele kiirabibrigaadidele ega piirkondliku ööpäevaringse valmisoleku üldist vähendamist. Selgitame, et arengusuundade lause, mille kohaselt tegutsevad Eestis 2024. aasta seisuga üldjuhul kolmeliikmelised kiirabibrigaadid, kirjeldab dokumendi koostamise ajal kehtinud olukorda ega kehtesta kolmeliikmelist brigaadi tulevase kiirabivõrgu kohustusliku standardina. Sama peatüki meetmed näevad otseselt ette nii brigaadide arvu, koosseisu ja paiknemise kohandamise kui ka kaheliikmeliste brigaadide moodustamise võimaluse.

Oleme samal ajal ühisel meelel, et kolmeliikmelisel brigaadil on mitmes olukorras selged eelised. Ka arengusuundades nimetatakse nende eelistena elustamist, hulgitraumaga patsientide käsitlemist, agressiivsete patsientidega seotud ohutust, meeskonnatööd ning brigaadijuhtide järelkasvu tagamist. Erinevalt hindame eelkõige seda, kas need eelised kaaluvad igas piirkonnas üles täiendavate brigaadide loomisega saavutatava kiirema kohalejõudmise ja parema geograafilise kättesaadavuse.

Viitate arengusuundades sisalduvale lausele, mille kohaselt tuleb kaheliikmeliste brigaadide moodustamisel arvestada piirkondliku kiirabiteenuse osutaja sisendit. Oleme ühel meelel, et piirkondliku teenuseosutaja sisendit tuleb otsuste tegemisel sisuliselt arvestada. Meie hinnangul tähendab see, et teenuseosutaja ettepanekuid hinnatakse koos kättesaadavuse andmete, piirkondlike vajaduste, teiste partnerite sisendi, üleriigilise võrdsuse eesmärgi ja olemasolevate ressurssidega. See ei tähenda, et kõik teenuseosutaja ettepanekud tuleb muutmata kujul üle võtta, kuid nende põhjendused tuleb läbi kaaluda. Käesolev tagasisidering, kavandatud kohtumised ja valmisolek esialgset mudelit muuta ongi selle põhimõtte praktiline rakendamine.

Nõustume Teie seisukohaga, et ulatuslikud muudatused peavad tuginema andmetele. Konkursi kavandamisel kasutasime kiirabi analüüsi- ja statistikamooduli andmeid, Tervisekassa kiirabikaartide analüüsi, TEHIKult saadud brigaadide hõivatus andmeid, Tartu Ülikooli 2023. aastal tehtud analüüsi, mille tulemused on esitatud raportis „Inimesekse haiglaeelse erakorralise meditsiinilise abi analüüs“, tööjõu planeerimise mudelit HEROES, Häirekeskusest saadud täiendavaid andmeid, rahvastiku paiknemise andmeid ja prognoose ning muid asjakohaseid andmeid. Lisaks võrdleme Eesti kiirabisüsteemi korraldust ja tulemusi teiste riikide praktika ja tulemustega, eeskätt Nordic-Baltic EMS-i võrgustiku kaudu.

Uute teeninduspiirkondade planeerimisel ilmnes, et 64% brigaadide väljakutsetega hõivatud ajast langeb päevasele ja 36% öisele ajale, kuigi kiirabiressursi maht on kogu ööpäeva jooksul sama. Kiirabitöötajate koormuse ühtlustamiseks ja brigaadide patsiendile kättesaadavuse parandamiseks oleme võtnud suuna suurendada brigaadide arvu suurima koormusega ajal ehk päeval. Kuna Tervisekassa eelarve ja selles kiirabile ette nähtud vahendid on piiratud, eeldab see omakorda ressursi vähendamist väiksema koormusega öisel ajal.

Nõustume Teiega, et töökoormuse võrdsustamine ei saa olla eesmärk omaette. Kiirabi arengusuundade keskne eesmärk on tagada kiirabiteenuse ühtlane kättesaadavus ja vähendada piirkondlikke erinevusi kriitilises seisundis patsiendi juurde jõudmise ajas. Brigaadide koormus on üks võrgu planeerimisel kasutatav näitaja, kuid mitte ainus otsustuskriteerium. Lisaks arvestame kohalejõudmise aega, brigaadide hõivatust, geograafilist paiknemist, piirkondlikku valmisolekut ning naaberbrigaadide võimalust üksteist toetada.

Juhite tähelepanu sellele, et piirkonna väljakutsete arv ei tohiks olla kiirabivõrgu planeerimisel määrav, ning küsite, kuidas tagatakse Lõuna-Eestis samaaegsete kõrge prioriteediga väljakutsete teenindamine olukorras, kus piirkonna ainus brigaad on hõivatud. Nõustume, et väljakutsete absoluutarv on sekundaarne näitaja, sest ühe väljakutse kestus sõltub sündmusest, haigla kaugusest ja muudest asjaoludest. Ka väikese väljakutsete arvuga piirkonnas peab vähemalt üks brigaad tagama territoriaalse valmisoleku.

Jagame ka Teie pöördumises esitatud põhimõtet, et naaberbaasides paiknevad kiirabi brigaadid peavad üksteist toetama ja reageerima juhul, kui piirkonna oma brigaad on juba hõivatud. Selline töökorraldus on omane kogu Eestile, mitte üksnes Tartu Kiirabi teeninduspiirkonnale.

Eesti 60 kiirabibaasist 39-s töötab vaid üks brigaad. Meie andmetel vajab Eesti veel kuut kuni seitset kiirabibaasi, et tagada Teie kirjeldatud territoriaalne valmisolek Tabasalus/Murastes, Harju-Ristil, Rõuges, Sindis, Tõstamaal, Emmastes, Tallinnas Hiiu/Pääsküla piirkonnas ja Narva-Jõesuus. Praegu puudub neis piirkondades selline valmisolek täielikult. Selle saavutamiseks tuleb jätkata aastate jooksul ennast tõestanud tööpõhimõtte rakendamist: hajutada kiirabiressurssi ja tuua see inimestele lähemale, isegi kui ühes kiirabibaasis paikneb vaid üks brigaad.

Mõistame Teie muret olukordade pärast, kus piirkonda jääb ööseks ainult üks kiirabi brigaad ning selle hõivatuse korral peab uuele väljakutsele reageerima kaugemal paiknev brigaad. Samal ajal peame arvestama, et 2026. aastal on Eestis endiselt piirkondi, kus puudub ka selline võimekus ning kiirabi peab igale väljakutsele reageerima väga kaugelt. Seetõttu tuleb piiratud ressursi jaotamisel leida tasakaal olemasoleva valmisoleku säilitamise ning nende piirkondade katmise vahel, kus kohalik valmisolek praegu puudub.

Toote oma pöördumises välja juhtumite arvu, mil teiste piirkondade brigaadid reageerisid D-prioriteediga väljakutsetele Paines, Viljandis, Jõgeval, Põlvas ja Valgas. Seni oleme nendes piirkondades teinud ettepaneku vähendada üksnes öist valmisolekut, samas kui Teie esitatud statistika hõlmab kogu ööpäeva.

Meie andmetel ei teenindanud teistest piirkondadest saabunud brigaadid, välja arvatud Tartu reanimobiilid, Teie nimetatud perioodil Jõgeva vallas ühtegi D-prioriteediga väljakutset kella 21.00–9.00. Paines ja Valgas juhtus seda kahel korral, Põlvas neljal ning Viljandis 19 korral. Seetõttu kaalume võimalust säilitada Viljandis senine öine võimekus. See näitab ühtlasi, et Teie esitatud andmeid kasutatakse mudeli täpsustamisel.

Küsite, millised oleksid pärast kavandatud teise öise brigaadi kaotamist reageerimisajad Lõuna-Eesti kiirabibaaside teeninduspiirkondades. Kuna samaaegseid väljakutseid esineb öisel ajal harva, eeldame üldjuhul praegusega võrreldavat kohalejõudmise aega. Öise

valmisoleku vähendamine võimaldab samal ajal suurendada päevast valmisolekut ja luua uusi kiirabibaase, mistõttu eeldame kiirabi kohalejõudmise aja üldist paranemist kogu Eestis.

Nõustume, et piirkondliku valmisoleku hindamisel on oluline arvestada ka brigaadi tegelikku asukohta pärast patsiendi üleandmist. Seda vajadust rõhutavad ka kiirabi arengusuunad, mille kohaselt tuleb hinnata haiglast oma piirkonda naasmise aega ja brigaadi kogu hõivatuse aega. Praegu puudub selle aja eraldi mõõtmiseks tehniline võimalus, sest haiglast vabanenud brigaad loetakse järgmisele väljakutsele reageerimiseks vabaks. See ei tähenda siiski, et brigaadi geograafiline asukoht oleks piirkondliku valmisoleku hindamisel ebaoluline.

Küsite, kuidas oleme arvestanud haiglate teenusepakettide ja haiglatevahelise transpordi vajaduse tulevaste muutustega. Oleme ühel meelel, et kiirabivõrku ei saa arendada ülejäänud tervishoiusüsteemist eraldiseisvalt.

Haiglate teenusepakettide muudatuste mõju kiirabile hinnatakse vastavate otsuste kavandamisel. Sotsiaalministeeriumi prioriteetse projekti „Strateegiline ostmise tervishoius“ elluviimisel, mille raames vaadatakse üle haiglate teenusepakettid, peetakse silmas ka muudatuste mõju kiirabile. Lisaks tegelevad Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa meditsiinilise transpordi arendamisega Riigikontrolli suuniste kohaselt.

Kiirabi arengusuunad näevad ette, et kiirabivõrku tuleb edaspidi korraldada dünaamiliselt, et kiirabiressurss vastaks muutuvatele oludele. Soovime, et kiirabiteenuse osutajad saaksid edaspidi ka konkursiväliselt reageerida kiirabivajaduse muutumisele oma piirkonnas, sealhulgas üldhaiglates osutatavate teenuste muudatustele, ilma et selleks tuleks korraldada uus konkurss või sõlmida uus rahastamisleping.

Arengusuundades rõhutatakse lisaks, et kiirabibrigaadi pidaja peaks senisest selgemalt kokku leppima oma teeninduspiirkonnas tegutsevate üldhaiglatega, millise profiiliga patsiendid millisesse haiglasse viia. See võimaldab patsiendil saada ravi kodule lähemal ning vähendada brigaadi hõivatuse aega. Samuti nähakse arengusuundades ette meditsiinilise transpordi korralduse ajakohastamine, et operatiivsed kiirabibrigaadid teeksid üksnes neid transpordiväljakutseid, mille puhul on kiirabi kaasamine meditsiiniliselt põhjendatud.

Täname Teid arvamuse eest selle kohta, et kaheliikmelisi kiirabibrigaade võiks rakendada Tartus. Kiirabivõrgu uuendamise kavandamisel oleme lähtunud põhimõttest, et patsiendi ellujäämise tõenäosuse suurendamiseks tuleb eelkõige parandada kiirabi kohalejõudmise aega. Selleks on vaja suurendada brigaadide arvu kogu Eestis. Aegsasti alustatud südamemassaaž või massiivse verejooksu kiire peatamine on suurema väärtusega kui hiljem, kuid suuremas koosseisus saabuv brigaad. Seetõttu oleme võtnud suuna suurendada brigaadide arvu ka juhul, kui selleks tuleb osa brigaadide koosseisu vähendada.

See põhimõte on kooskõlas arengusuundade eesmärgiga tagada kriitilises seisundis patsiendi juurde võimalikult ühetaoline jõudmise aeg sõltumata maakonnast. Mõistame samal ajal Teie seisukohta, et konkreetse lahenduse hindamisel tuleb arvestada ka meeskonna võimet teha sündmuskohal samaaegselt mitut raviprotseduuri ning tagada patsiendi ja töötajate ohutus.

Küsite, milliste andmete põhjal on otsustatud, millistes piirkondades rakendada kaheliikmelisi brigaade. Mõistame, et nende laialdasem kasutamine on Eesti kiirabitöötajatele uudne ning sellega võivad kaasneda ettenägematud riskid. Seetõttu lähtusime 30. juunil tutvustatud jaotuse kavandamisel põhimõttest, et kaheliikmelised brigaadid saavad töötada üksnes kiirabibaasides, kus säilivad ka kolmeliikmelised brigaadid. Erandiks on lisaku ja piirkonnad, kus tegutsevad esmase abi brigaadid. Sellise korralduse puhul säilib kaheliikmelisel brigaadil võimalus kutsuda appi kolmeliikmeline brigaad ning brigaadipidaja saab teha ettepanekuid väljasõidukorra optimeerimiseks.

Küsite meie hinnangut töötajate ohutusele ja täiendava ressursi vajadusele kaheliikmelises brigaadis. Jääme seisukohale, et brigaadi koosseisust sõltumata ei tohi töötajaid sundida ennast ohtu seadma. Tervise- ja tööministri 18. detsembri 2018. aasta määruse nr 65 „Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend“ § 9 kohaselt on kiirabibrigaadi juhil õigus viivitada abi andmisega juhul, kui kiirabibrigaadi liikmeid võib ohustada reaalne või võimalik oht. Seetõttu ei pea ennast ohtu seadma ei kolme- ega kaheliikmeline brigaad.

Juba praegu kutsutakse kriitilises seisundis abivajaja juurde appi arstibrigaad või reanimobiil ning suure kehakaaluga patsiendi puhul sageli teine brigaad. Lisaks on vähem kui 10% kõikidest kiirabikaartidest (sõltumata väljakutse tulemusest) märgitud, et patsient toimetati kiirabiautosse lamavas asendis. Seetõttu leiame, et lisabrigaadi kaasamise vajadus suureneb kaheliikmeliste brigaadide kasutamisel mõõdukalt.

Arvestame ka sellega, et kriitilises seisundis patsientidega seotud väljakutsed ei moodusta kiirabitööst suurt osa. Näiteks moodustasid elustamised aastatel 2021–2025 vaid 0,3% kõigist väljakutsetest. Seetõttu peame sellistel juhtudel kahe kiirabibrigaadi samaaegset rakendamist põhjendatuks.

Pöördumises avaldate muret ka koolitussüsteemi ja tegevusjuhendite sobivuse pärast kaheliikmeliste brigaadide töökorraldusega. Nõustume, et töökorralduse muutumisel tuleb üle vaadata koolituste praktiline ülesehitus ja meeskonnatöö harjutamine. Samal ajal juhime tähelepanu sellele, et ei juhendis „Traumahaige esmane käsitus Eestis 2024“ ega Euroopa Elustamisnõukogu elustamisjuhistes ole konkreetseid suuniseid kiirabibrigaadi meeskonna suuruse kohta. Euroopa Elustamisnõukogu lähtub seejuures seisukohast, et praegu puuduvad teaduslikud tõendid selle kohta, et elustamisjuhiseid oleks vaja kaheliikmelises meeskonnas töötamiseks kohandada.

Kirjutate, et kaheliikmelises brigaadis on töötajal suurem individuaalne vastutus. Mõistame seda muret. Juhime samal ajal tähelepanu sellele, et eespool mainitud määruse nr 65 § 9 kohaselt vastutab kiirabibrigaadi juht juba praegu valve ajal brigaadi valmisoleku ja tegevuse eest.

Varasemates aruteludes olete märkinud, et kolmeliikmelises brigaadis saab brigaadijuht patsiendi seisundit ja ravitaktikat assisteeriva õega arutada. Nõustume, et meeskonnasisene arutelu võib toetada otsustamist. Samal ajal puudub üld- ja abiõel pädevus pakkuda õde-brigaadijuhtidele kliinilist konsultatsiooni. Seetõttu soovime suurendada arstlike toetusbrigaadide arvu. Nende väiksem hõivatus väljakutsetega annaks neile senisest parema võimaluse pakkuda õde-brigaadijuhtidele pädevat konsultatsiooni ja kliinilist tuge. See on kooskõlas arengusuundades kirjeldatud eesmärgiga tugevdada õdebrigaadide otsustusvõimet telemeditsiini, arstliku konsultatsiooni ja teiste toetavate lahenduste kaudu.

Oleme ühel meelel, et arstlik kompetents peab kiirabis säilima. Teadaolevalt on Eestis tervikuna märkimisväärne arstide puudus. Seetõttu soovime kujundada tulevase kiirabivõrgu nii, et arstide pädevust rakendataks võimalikult tõhusalt ja see oleks senisest ühtlasemalt kättesaadav. Samal ajal väärtustame nn meditsiinilise kiirabisüsteemi säilitamist, kus brigaade juhivad tervishoiutöötajad, mitte parameedikud.

Kiirabi arengusuunad ei näe ette arstliku kompetentsi sidumist ainult ühe kindla brigaadimudeliga. Arstlik kompetents võib olla tagatud kaugkonsultatsiooni, reanimobiili, transpordivõimelise arstibrigaadi või arstliku toetusbrigaadi kaudu. Meie erinev hinnang puudutab seega eelkõige seda, milline mudel võimaldab arsti pädevust kõige sihipärasemalt kasutada ja kõige suuremale arvule kriitilises seisundis patsientidele kättesaadavaks teha.

Küsite, millise analüüsi alusel asendatakse senised arstibrigaadid arstlike toetusbrigaadidega. Vastame, et kavandatavad muudatused ei ole lõplikud ning võtame plaanide täpsustamisel arvesse Teie tagasisidet. Mõistame Teie seisukohta, et transpordivõimeline arstibrigaad ja

mittetransportiv arstlik toetusbrigaad ei ole funktsionaalselt täielikult samaväärsed. Samal ajal soovime hinnata, kui sageli kasutatakse arstibrigaadi tegelikult selliselt, et arst stabiliseerib patsiendi ja sama brigaad ta ka hospitaliseerib, ning kui sageli on arstibrigaadi pädevust võimalik kasutada mitme õebrigaadi toetamiseks.

Jagame Teie muret õdede järelkasvu tagamise pärast kaheliikmeliste brigaadide rakendamisel ning arstide järelkasvu pärast arstibrigaadide arvu vähendamisel. Ka arengusuunad nimetavad kolmeliikmeliste brigaadide ühe eelisena võimalust tagada brigaadijuhtide järelkasv ja personalireserv kriisiolukordadeks. Teema püsib Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa ja Terviseameti tähelepanu all.

Juhime siiski tähelepanu sellele, et seni kavandatavate muudatuste kohaselt jääb enamik Eesti brigaadidest kolmeliikmeliseks. See säilitab abi- ja üldõdede võimalused kiirabis töötada ning praktilist kogemust omandada. Samuti kaalume võimalust lubada alarmsõiduki juhtimise õigusega õdedel töötada kaheliikmelises brigaadis teise liikmena. Arstide puhul näeme võimalust tutvustada valdkonda diplomieelse praktika kaudu.

Avaldate muret 12-tunniste valvete vähese atraktiivsuse ja sellega seotud personaliriski pärast. Nõustume, et töökorraldus peab olema personalile jätkusuutlik ning võimaldama teenuseosutajal vajalikud ametikohad täita. Samal ajal ei saa brigaadide paiknemist, arvu ja tööaega kujundada üksnes töötajate eelistatud valvepikkuse põhjal. Tervisekassa ülesanne on rahastada teenust vastavalt elanikkonna abivajadusele ja kiirabi kättesaadavusele. Vastasel juhul ei oleks võimalik suurendada kiirabiressurssi piirkondades ja kellaaegadel, kus seda kõige enam vajatakse.

Palute analüüsida kavandatavate muudatuste mõju kiirabitöötajate arvule ja tööjõu liikumisele. Muudatuste täpset mõju töötajate arvule ei ole võimalik hinnata enne, kui uus teeninduspiirkondade jaotus ning kiirabibrigaadide arv ja koosseis on lõplikult kokku lepitud. Piisava personali tagamine ja atraktiivse töökeskkonna loomine on eelkõige Tervisekassaga lepingu sõlmida sooviva teenuseosutaja ülesanne. Sotsiaalministeeriumil ja Terviseametil on andmed tööjõu olemasolu kohta riigis tervikuna, kuid riik ei määra töötajale konkreetset tööandjat. See oleks vastuolus põhiseadusega.

Nõustume Teie seisukohaga, et kiirabivaldkonna muudatused peavad toimuma kooskõlas ülejäänud tervishoiusüsteemi arenguga. Kirjeldasime peamisi kavandatavaid tegevusi 14. augusti infotunnil. Tervishoiusüsteemi kavandatavate arengutega saab põhjalikumalt tutvuda Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammis ja Sotsiaalministeeriumi prioriteetsete projektide loetelus. Täname, et jagate seisukohta, et nii kiirabi kui ka tervishoiusüsteem tervikuna vajavad muutusi ja edasiarendamist.

Toote välja, et kiirabisüsteemi uuendamisel tuleb üle vaadata ka Häirekeskuses kasutatavad ohuhinnangud ja väljasõidukord. Oleme selles küsimuses täielikult ühel meelel. Kiirabi arengusuunad näevad otseselt ette ohuhinnangute ja väljasõiduplaani regulaarse ajakohastamise, piirkondlike erisustega arvestamise ning Häirekeskuse senisest suurema kaasamise.

Ohuhinnanguid praegu ajakohastatakse. Kohtusime Häirekeskusega 14. augustil ning saime kinnituse, et asutus on valmis kohandama väljasõidukorda Terviseameti ja kiirabibrigaadi pidajate sisendi põhjal. Sotsiaalministeerium ja Siseministeerium otsivad ka võimalusi suurendada Häirekeskuses meditsiinilist pädevust kiirabiväljakutsete menetlemisel.

Juhite tähelepanu ka vajadusele hinnata muudatuste mõju Politsei- ja Piirivalveametile ning Päästeametile. Nõustume, et operatiivteenistuste koostöö peab olema kiirabivõrgustiku kavandamisel läbi mõeldud. Ka arengusuunad käsitlevad neid asutusi kiirabi peamiste koostööpartneritena. Konkursiga seotud muudatusi on nende asutuste esindajatele

tutvustatud ning nende hinnangul ei ole ilmnenu mõju, mis välistaks konkursi ettevalmistamisega jätkamise.

Oleme ühel meelel, et kiirabi on lisaks igapäevasele tervishoiuteenusele oluline osa riigi kriisivalmidusest ja elanikkonnakaitsest. Samuti nõustume, et kriisivalmidust ei saa hinnata üksnes tavapärase aasta keskmise väljakutsete arvu järgi.

Juhime samal ajal tähelepanu sellele, et kirjas nimetatud MIMMS-süsteem on loodud Ühendkuningriigis, kus kõik kiirabibrigaadid, sealhulgas *hazardous area response team* (HART) meeskonnad, on kaheliikmelised. Seetõttu ei määra igapäevase kiirabibrigaadi liikmete arv iseenesest süsteemi võimet MIMMS-i põhimõtteid rakendada.

Meie hinnangul suurendavad kavandatavad muudatused, mille keskmes on brigaadide üldarvu kasvatamine, mõnevõrra Eesti kriisivalmidust. Brigaadide arvu suurendamine eeldab suuremat arvu brigaadijuhte, kellel on võtmetähtsusega pädevus täiendavate brigaadide aktiveerimiseks. Samuti suureneb alarmsõidukijuhtide arv. Lisaks jääb kehtima nõue omada iga kolme kiirabibrigaadi kohta üht täielikult komplekteeritud varuautot, mis suurendab valmisolekus oleva autopargi kogumahtu. Need lahendused toetavad arengusuundades kirjeldatud reservvõimekust, mille kohaselt peab iga kiirabiasutus suutma kriisilukorras oma brigaadide arvu suurendada.

Toote välja, et osa brigaadide koosseisu vähendamine ei muuda kiirabisüsteemi automaatselt kulutõhusaks. Oleme sellega nõus. Uuenduste kavandamise peamine eesmärk ei ole kulude vähendamine, vaid kiirabi ajalise kättesaadavuse parandamine ja piirkondlike erinevuste vähendamine. Kõige kriitilisemas seisundis patsient peab saama õigel ajal elupäästvat abi, näiteks verejooksu peatamist või elustamist.

Selleks soovime suurendada brigaadide arvu ja nende geograafilist hajutatust, et abi oleks võimalikult paljudes Eesti piirkondades patsiendile lähedal. Meil ei ole võimalik kiirabivaldkonna eelarvet selleks üleriigiliselt märkimisväärselt suurendada, kuid eelarve vähendamine ei ole samuti eesmärk. Kulutõhusust tuleb hinnata kogu süsteemi vaatest, arvestades nii tööjõukulu, reageerimisega, lisabrigaadide kaasamise vajadust, hospitaliseerimist kui ka patsiendi lõpptulemust.

Küsite oma pöördumises LifeSaveri projekti tulemuste kasutamise kohta. Kiirabi arengusuundade tegevuskava käsitleb LifeSaveri platvormi arendamist ja kiirabikonkursi korraldamist eraldi, kuid omavahel seotud tegevustena. Tegevuskava kohaselt arendab Terviseamet tervishoiu hädaabiteenuste strateegilise juhtimise platvormi 2027. aasta jooksul ning teeb seejärel ettepaneku teeninduspiirkondade täiendavaks optimeerimiseks. Samal ajal näeb tegevuskava ette, et Tervisekassa alustab kiirabikonkursi korraldamist juba 2025. aastal. Seetõttu oleme praeguse mudeli koostamisel kasutanud olemasolevaid andmeid ja analüüsivõimalusi. Kavandatava muudatuse üks eesmärke on võimaldada brigaadide arvu, koosseisu ja paiknemist edaspidi paindlikult muuta ilma uue konkursi või rahastamislepingu sõlmimiseta. Pärast LifeSaveri platvormi edukat valmimist kujul, nagu see on projektis planeeritud, on võimalik kasutada selle tulemusi võrgustiku edasiseks täpsustamiseks.

Palume Tartu Kiirabil täiendada oma pöördumist järgmiste **andmetega**, et saaksime esitatud muresid ja ettepanekuid kiirabivõrgu edasisel planeerimisel paremini arvesse võtta.

1. Mitu korda aastas transpordib Tartu Kiirabi sobivate voodikohtade puudumise tõttu psühhiaatrilisi patsiente Viljandi Haiglasse ning kuidas on see mõjutanud kiirabi tegelikku reageerimisega samaaegsetele väljakutsetele?

Analüüsi- ja statistikamooduli andmetel saadeti aastatel 2021–2025 Tartu Ülikooli Kliinikumist Viljandi Haiglasse kokku 18 patsienti.

2. Mitmel korral on ajavahemikus 21.00–9.00 esinenud Paides, Viljandis, Jõgeval, Põlvas, Valgas ja nende lähiümbruses samal ajal kaks väljakutset, mistõttu pidid samas kiirabibaasis paiknevad brigaadid reageerima korraga erinevatele väljakutsetele? Mitmel juhul vajas patsiendi tervises seisund seejuures erakorralist ja ajakriitilist abi?

Meie andmetel teenindasid aastatel 2021–2025 kõik Paide brigaadid nimetatud ajavahemikus keskmiselt 1,7 C- ja D-prioriteediga väljakutset ning hospitaliseerisid 1,1 patsienti. Viljandi brigaadide vastavad näitajad olid 3,6 ja 1,9, Jõgeva brigaadidel 2,2 ja 1,0, Põlva brigaadidel 2,2 ja 1,3 ning Valga brigaadidel 2,5 ja 1,2.

3. Märkite, et „arstibrigaadil on võimalik raskes seisundis patsient sündmuskohal stabiliseerida ja seejärel ise hospitaliseerida“. Palume vastata järgmistele küsimustele, tuginedes konkreetsetele andmetele:
 - Mitmel korral on õebrigaadid viimastel aastatel kaasanud arstibrigaadi (mitte reanimobiili) selliste patsientide käsitlemisse?
 - Mitmel korral on õebrigaadid transportinud raskes seisundis patsienti ilma arstibrigaadi abita?
 - Mis põhjustel transpordivad õed raskes seisundis patsiente arsti kaasamata ja kui tihti see toimub?
 - Kas olete täheldanud erinevusi õe ja arsti käsitletud patsientide ravitulemustes? Milliste mõõdetavate näitajatega need erinevused avalduvad?
 - Kuidas tagab Tartu Kiirabi, et arstibrigaade ei rakendata õebrigaadidega samadel põhimõtetel, vaid nende pädevust kasutatakse sihipäraselt? Milliste andmete põhjal hindate selle rakendamise tulemuslikkust?
 - Milles väljendub ja kuidas mõõdate teenuse kvaliteedi erinevust päevadel, mil arstibrigaadi juhib õde-brigaadijuht?

Analüüsi- ja statistikamooduli andmetel moodustasid 2025. aastal Tartu Kiirabi arstibrigaadide väljakutsetest A-prioriteediga väljakutsed 6,1%, B-prioriteediga 18,5%, C-prioriteediga 57,2% ja D-prioriteediga 17,8%. Õebrigaadide vastavad näitajad olid 7,7%, 21,5%, 57,3% ja 13,2%. Arsti- ja õebrigaadide ROSC-i osakaal oli vastavalt 35,6% ja 42,9%, elustamisega seotud väljakutsete osakaal 0,3% ja 0,2% ning hospitaliseerimisega lõppenud väljakutsete osakaal 41,0% ja 37,9%. Surmaga lõppenud väljakutsete osakaal oli vastavalt 0,17% ja 0,15%. Ka väljakutsete jaotusest tüüpjuhtumite kaupa ei ilmne olulisi erinevusi arsti- ja õebrigaadide rollis ega osutatava teenuse kvaliteedis.

4. Kiirabi arengusuundades on kvaliteeti toetavate meetmete hulgas märgitud: „*Kiirabis säilitatakse arstlik kompetents telemeditsiinilise toetuse, reanimobiilide ja arstlike toetusbrigaadide kaudu. Tulenevalt piirkonna erakorralise meditsiini korraldusest tagatakse vajaduse korral arstibrigaadide olemasolu.*“ Palume selgitada tuginedes andmetele, milles seisneb Tartu Kiirabi teeninduspiirkonna erakorralise meditsiini korralduse erinevus võrreldes teiste Eesti piirkondadega ning miks tingib see vajaduse rakendada arstibrigaade.
5. Palume selgitada, miks tuleb just Põlva, Võru ja Valga haiglate puhul arvestada kompuutertomograafi rikke või hoolduse ning muude ajutiste töökorralduslike piirangutega suuremal määral kui teiste Eesti üldhaiglate puhul. Kas Teie seisukoht põhineb nende haiglate esindajate sisendil?

Täname veel kord Tartu Kiirabi sisuka tagasiside ja oluliste küsimuste eest. Käesolev arutelu kinnitab, et meil on ühine eesmärk: säilitada Eesti kiirabi meditsiiniline kvaliteet ja kriisivalmidus ning parandada abi kättesaadavust patsiendile. Erinevad hinnangud konkreetsetele lahendustele on vajalik osa arengusuundades ette nähtud andmepõhisest ja partnereid kaasavast kiirabivõrgu kujundamisest.

Nõustume, et Eesti kiirabi üle võib tunda uhkust ning senine areng on vilja kandnud. Kavandatavad muudatused aitavad koostöös Tartu Kiirabi ja teiste partneritega jätkusuutlikult säilitada ja edasi arendada selliseid Eesti kiirabi põhiväärtusi nagu meditsiiniline lähenemine, töötajate kõrgetasemeline väljaõpe, hea kättesaadavus ja inimkesksus.

Veel kord rõhutame, et käesoleva kirja eesmärk on vastata Teie 27. juulil esitatud küsimustele ja anda palutud selgitused. Lõplikke otsuseid ei ole veel kinnitatud ning oleme valmis varasemad ettepanekud koostöös kõigi osapooltega üle vaatama, võttes arvesse nende põhjendatud arvamusi, olemasolevaid andmeid, üleriigilisi ressursse ja piirkondlikke eripärasid.

Kohtume Teiega hea meelega lisaks 24. augustil toimunud kohtumisele Eesti Kiirabi Liiduga 4. septembri arutelul, kuhu on oodatud Lõuna-Eesti haiglate ja kiirabibrigaadi pidajate esindajad. Loodame, et jõuate vastata selles kirjas esitatud täiendavatele küsimustele enne kohtumise, et jõuaksime Teie vastustega arvestada arutelu planeerimisel.

Lugupidamisega

(allkirjastatud digitaalselt)

Nikita Panjuškin
Tervishoiuteenuste osakonna juhataja

/*Lisaadressaadid: Terviseamet
Tervisekassa