



Eesti Patsientide Liit
info@patsiendid.ee

Teie 28.07.2026

Meie 12.08.2026 nr 5.2-2/1875-4

Vastus Eesti Patsientide Liidu pöördumisele

Lugupeetud Annika Oja

Täname Eesti Patsientide Liitu arvamuse eest seoses eelseisva kiirabikonkursiga ning kiirabisüsteemi arendamise toetamise eest. Nõustume, et iga muudatuse keskmes peavad olema patsiendihutus, teenuse kvaliteet ja inimese võimalus saada vajalikku abi õigel ajal sõltumata tema elukohast.

Planeeritava kiirabikonkursi peamine eesmärk on uuendada 2012. aasta vajaduste alusel kujundatud kiirabivõrku ning tuua abi inimestele lähemale, arvestades 2026. aasta rahvastiku paiknemist ja ravivajadusi ning tulevikuprognose. Eestis suurendatakse kiirabibrigaadide arvu, arsti roll muutub selgemaks ning kiirabi üldine kättesaadavus eri piirkondades paraneb. Seniste ettepanekute kohaselt vähendatakse brigaadide arvu piirkondades, kus neid on mitu, selleks, et luua uusi brigaade piirkondadesse, kuhu abi jõuab praegu kõige aeglasemalt. Otsused tehakse andmete põhjal.

Seega uuenduste eesmärk on korraldada kiirabi ümber nii, et abi jõuaks inimeseni kiiremini ja oleks üle Eesti ühtlasemalt kättesaadav. Eestis säilib meditsiiniline kiirabi ja selle kliiniline otsustustase ei vähene. Muudatused lähtuvad Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa, Terviseameti ja Eesti Kiirabi Liidu koostöös valminud kiirabi arengusuundadest, mida viiakse ellu etapiviisiliselt, kaasates teenuseosutajaid ja valdkonna esindajaid. Konkursi korraldajad tegutsevad kooskõlas Eesti Patsientide Liidu põhieesmärkidega, töötades inimkeskse ja jätkusuutlikku kiirabisüsteemi korraldamise nimel.

Rõhutame, et kiirabivõrku puudutavaid muudatusi ei ole veel lõplikult kinnitatud. Seniseid ettepanekuid hinnatakse koostöös valdkonna ekspertidega. Praegu ootame ka Eesti Kiirabi Liidu täiendavat sisendit kiirabivõrgu uuendamisele. Seega Sotsiaalministeerium, Tervisekassa ja Terviseamet on jätkuvalt avatud aruteludeks.

Soovime esmalt täpsustada pöördumises esitatud väidet, nagu oleks „[Kiirabi arengusuundades aastani 2035](#)“ kehtestatud standardiks kolmeliikmeline kiirabibrigaad ning kaheliikmelistest brigaadidest ei oleks dokumendis räägitud. Arengusuundade meetmete hulgas nähakse sõnaselgelt ette kaheliikmeliste kiirabibrigaadide moodustamise võimalus linnades, kus on vaja brigaadide arvu suurendada, ning maapiirkondades, kus kolmeliikmelise brigaadi koosseisu ei ole tervishoiutöötajate nappuse tõttu võimalik tagada. Konkursi käigus kavandatakse märkimisväärset brigaadide arvu suurenemist, mis oleks võimatu kolmeliikmeliste brigaadide säilitamisel arvestades olemasolevaid ressursse, sealhulgas personali.

Oma pöördumises palute enne kaheliikmeliste brigaadide laialdast kasutuselevõttu katsetada nende rakendamist pilootprojektina. Juhime tähelepanu, et Eestis tegutseb püsivalt viis kaheliikmelist brigaadi: kaheliikmeline õebrigaad lisakus ning neli esmase abi brigaadi väikesaartel. Täiendavaid kaheliikmelisi brigaade rakendati COVID-19 kriisi ajal. 2025. aasta andmed ei näita mõõdetavat kvaliteedierinevust võrreldes kolmeliikmeliste brigaadidega.

Üleriigiliselt transporditi 11,8% patsientidest sündmuskohalt kiirabiautosse lamades, kaheliikmeliste brigaadide puhul oli see näitaja 15,2%. Kaheliikmeliste brigaadide teenindatud patsientidest suri enne abi osutamist või selle käigus 2,5%, üleriigiliselt oli see näitaja 2,4%. Kaheliikmeliste brigaadide sobivust Eesti kiirabisüsteemi analüüsis rahvusvahelisele kogemusele tuginedes Tartu Ülikool ning sellest võib lugeda 2023. aastal valminud [raportist „Inimkeskse haiglaeelse erakorralise meditsiinilise abi analüüs“](#).

Nõustume siiski, et kolmeliikmelised brigaadid võivad olla teatavate sündmuste puhul vajalikud. Seetõttu kavandame säilitada igas kiirabibaasis vähemalt ühe kolmeliikmelise brigaadi, välja arvatud piirkondades, kus kolmeliikmelist brigaadi ei ole juba praegu.

Toote välja, et Teie hinnangul ei tohi vähendada ööpäevaringset transpordivõimelist valmisolekut piirkondades, kus pikad vahemaad ja piiratud naaberressurss võivad abi saabumist oluliselt aeglustada. Lisaks märgite, et ressursivajaduse kavandamisel tuleb arvestada brigaadi kogu hõivatusaega, mitte üksnes kutsete arvu. Juhime tähelepanu, et kavandatav öine kiirabivõrk on väiksem tulevases päevasest võrgust, kuid suurem praegusest kiirabi koguvõimekusest.

Pakutava korralduse kohaselt ei suleta ööseks ühtegi kiirabibaasi. Öise valmisoleku vähendamine ja samal ajal päevase valmisoleku suurendamine on seotud sellega, et öösel on kiirabikutseid oluliselt vähem. Päevasele ajale langeb vastavalt TEHIK andmetele 64% kiirabibrigaadide kogu hõivatusest. Seega on tõenäosus, et mõni piirkond jääb „katmata“ ja abi peab saabuma teisest maakonnast, päeval oluliselt suurem ning muudatuse eesmärk ongi seda vähendada.

Praegu töötab Eestis ööpäevaringselt 108 kiirabibrigaadi. Seni esitatud mudeli järgi töötaks 2028. aastal päeval 126 ja öösel 113 brigaadi, arvestades ka erivõimekusega brigaadid. Seega suureneb kiirabi valmisolek eelkõige päeval ajal, mil brigaadide hõivatus ja samaaegsete kutsete tõenäosus on kõige suuremad.

Mõnes madala koormusega piirkonnas jääb ööseks valvesse senisest vähem brigaade. Samal ajal rajatakse kaheksa uut kiirabibaasi piirkondadesse, kus abi kohalejõudmise aeg on praegu liiga pikk. Küsimus ei ole seega üksnes selles, kas mõnes piirkonnas võib valves olev brigaad olla teise kutse saabudes hõivatud. Mitmes piirkonnas puudub praegu läheduses paiknev brigaad sootuks. Uute baaside rajamine parandab kiirabi geograafilist katvust ja muudab abi kättesaadavuse üle Eesti ühtlasemaks. Muudatuste kavandamisel lähtume Tervisekassa tehtud [kiirabikaartide analüüsist](#).

Oma pöördumises märgite, et arstlik toetusbrigaad ei ole samaväärne transpordivõimelise arstibrigaadiga. Selgitame, et senised arstibrigaadid ei kao, vaid nende senist funktsiooni hakkavad täitma õebrigaadid, mis on enam kui kümne aasta jooksul näidanud sarnaseid kvaliteeditulemusi. Eesti Kiirabi Liidu poolt koostatud [kiirabi tegevusjuhised](#) rakenduvad samal määral arsti- ja õebrigaadile. Tervise- ja töministri 18.12.2018. a määruses nr 65 „Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend“ sätestatud arsti ja õebrigaadijuhi [oskuskõhised](#) on samad. Aastatel 2021–2025 hospitaliseerisid nad patsiente sarnasel määral: arstibrigaadid 38% ja õebrigaadid 41% juhtudest. Mõlemat liiki brigaadide puhul oli edukate elustamiste määr 34%.

Kiirabivõrgustikku tugevdatakse täiendavate arstlike toetusbrigaadidega, mille varustuse kasutamine eeldab erakorralise meditsiini arsti või anestezioloogi pädevust sündmuskohal. Patsiendi jaoks tähendab see, et üldjuhul tuleb tema juurde kiirabiga õest brigaadijuht ning arst kaasatakse põhjendatud vajaduse korral.

Järgmine tabel illustreerib, et arstibrigaadide töömudel suunab neid reageerima õebrigaadidega sarnastele kutsetele, samas kui reanimobiilide ja arstlike toetusbrigaadide töömudel suunab neid reageerima peamiselt kõrgeima ehk D-prioriteediga kutsetele, mille puhul arstlik sekkumine toob patsiendile suuremat kasu. Tabelis on esitatud väljakutsete jaotus prioriteetide kaupa 2025. aastal:

	A	B	C	D
õebrigaad	7%	21%	57%	15%
arstibrigaad	6%	18%	55%	21%
arstlik toetusbrigaad	0%	1%	23%	75%
reanimobiil	0%	2%	30%	65%

Seega ei tähenda uus kavandatud mudel arstliku kompetentsi vähendamist. Vastupidi, eesmärk on muuta arstiabi kiirabibrigaadidele piirkondlikult paremini ja ühtlasemalt kättesaadavaks, sealhulgas piirkondades, kus pidev kohapealne arstlik tugi praegu puudub, ning kaasata arst just nendele kutsetele, mille puhul tema kompetents on vajalik. Praegune korraldus põhjustab kohati patsientide ebavõrdset kohtlemist ja ressursside ebaratsionaalset kasutamist: mõnes piirkonnas reageerib kutsele õebrigaad, teises aga täpselt samasuguse terviseseisundi korral arstibrigaad.

Pöördumises juhite tähelepanu ka muudatuste mõjule kiirabitöötajate töökoormusele. Selgitame, et igasse kiirabibaasi jääb vähemalt üks kolmeliikmeline brigaad, mis saab kaheliikmelist brigaadi toetada näiteks suure kehakaaluga patsiendi transportimisel kiirabiautosse. Piirkondades, kus tegutseb ainult üks brigaad, jääb see üldjuhul kolmeliikmeliseks v.a. lisakus ja väikesaartel, kus pole kolmeliikmelisi brigaade ka täna.

Rõhutame, et patsiendi hospitaliseerimist ei mõjuta kiirabitöötajate arv, vaid brigaadijuhi väljaõpe, mis tulevikus ei vähene. Nii kahe- kui ka kolmeliikmelised brigaadid lähtuvad samast tegevusjuhiseist, mis näeb ette hospitaliseerimise tingimused. Need tingimused lähtuvad patsiendi kliinilisest seisundist, mitte brigaadi koosseisust. Olukordades, kus patsiendi käsitlemine nõuab rohkem inimesi, eripädevust või kõrgemat meditsiinilist kompetentsi, ei pea üks brigaad sündmust üksi lahendama. Vajaduse korral kaasatakse teine kiirabibrigaad, arstlik tugi, reanimobiil või sündmuse laadist sõltuvalt pääste- ja politseiressurss. Selline ressursside astmeline kaasamine on kiirabi tavapärase töökorralduse osa ka praegu. Seniste andmete kohaselt on kaheliikmeliste brigaadide hospitaliseerimise osakaal olnud ligikaudu 36% ja kolmeliikmelistel brigaadidel ligikaudu 43%.

Kavandatavat mudelit tutvustati kiirabiteenuse osutajatele [30. juunil toimunud infopäeval](#). Arutelud Eesti Kiirabi Liidu ja piirkondlike ekspertidega jätkuvad. Rõhutame veel kord, et seni avaldatud ning käesolevas kirjas selgitatud ettepanekud ei ole lõplikud. Kiirabikonkursi korraldamisel võtame muu hulgas arvesse ka Teie esitatud seisukohti. Praegused kiirabilepingud kehtivad kuni 31. detsembrini 2027 ning uus korraldus rakendub 2028. aastal. See jätab muudatuste ettevalmistamiseks ja rakendamiseks aega rohkem kui aasta. Kaasamine jätkub kogu ettevalmistusperioodi vältel.

Täname veel kord Eesti Patsientide Liitu esitatud seisukohtade ja valmisoleku eest panustada kiirabisüsteemi arendamisse. Loodame ka edaspidi saada Teilt konstruktiivset tagasisidet, et kavandatavad muudatused vastaksid eelkõige patsientide vajadustele.

Lugupidamisega

(allkirjastatud digitaalselt)

Nikita Panjuškin

tervishoiuteenuste osakonna juhataja

Lisaadressaadid: Terviseamet
Tervisekassa