



Riigikogu
riigikogu@riigikogu.ee

Teie 28.07.2026 nr 2-3/15-580

Meie 14.08.2026 nr 5.2-2/1899-2

**Vastus Riigikogu liikme kirjalikule
küsimusele (KK 580)**

Lugupeetud Riigikogu esimees

Täna Riigikogu liiget Aleksei Jevgrafovi kirjaliku küsimuse eest Narva ja Ida-Virumaa kiirabi korralduse kohta. Alljärgnevalt vastan küsimustele ning annan ülevaate senisest korraldusest, kavandatavate muudatuste põhjustest ja edasistest sammudest.

1. Milliste erakorraliste haigusseisundite või traumade puhul lähtutakse Eestis põhimõttest, et patsiendi elu päästmiseks või raske püsiva tervisekahjustuse vältimiseks peab ta jõudma kõrgema etapi ravini nn kuldse tunni jooksul?

Ajakriitiliste seisundite puhul lähtutakse diagnoosipõhistest raviteekondadest ja ravieesmärkidest. Raske traumaga patsient tuleb transportida traumakeskusse, STEMI-patsient reperfusioonravi võimaldavas haiglasse ning ägeda insuldi kahtlusega patsient rekanaliseerivat ravi võimaldavas haiglasse. Konkreetne ajaline eesmärk sõltub patsiendi diagnoosist, seisundist ja vajalikust ravist.

Eestis ei ole kehtestatud üldist õiguslikku ega kliinilist reeglit, mille järgi peab kindla haigusseisundiga patsient jõudma kõrgema etapi raviasutusse 60 minuti jooksul. Nn kuldse tunni mõistet kasutatakse eeskätt raske trauma käsitles, et rõhutada eluohtlike vigastuste kiiret tuvastamist, sündmuskohal viibimise aja piiramist ning patsiendi viivitusega transportimist tema seisundile vastava ravivõimekusega haiglasse. Tegemist ei ole siiski jäiga 60-minutilise normiga.

Patsiendiohutuse seisukohalt on oluline, et ajakriitiline patsient jõuaks võimalikult kiiresti just talle vajalikku ravi võimaldavas haiglasse, lähtudes konkreetse seisundi raviteekonast.

2. Kuidas tagatakse pärast Narva reanimobiili valvebrigaadi rahastamise lõpetamist kiire kõrgema etapi abi infarkti, insuldi, raske peatrauma ja muude ajakriitiliste seisunditega patsientidele?

Nn Narva reanimobiil ei olnud hädaabikutsetele sündmuskohal reageeriv kiirabibrigaad. Tegemist oli Narva Haigla mobiilse intensiivravibrigaadiga ehk MIB-iga, mille ülesanne oli patsientide transport haiglate vahel.

Ajakriitilise patsiendi puhul alustab kohalik kiirabibrigaad patsiendi seisundi hindamist, stabiliseerimist ja vajalikku ravi kohe ning patsient transporditakse tema seisundile vastavas raviasutusse. Vajaduse korral kaasatakse Tallinna või Tartu reanimobiil, mis saab patsiendiga

liikunud kohaliku brigaadiga teel kohtuda. Patsient ei pea seega Narvas ootama, kuni reanimobiil Tallinnast või Tartust kohale jõuab.

Sellist töökorraldust kasutati Narvas ka 2025. aastal neil päevadel, mil MIB ei olnud mehitatud.

3. Milline on selliste patsientide hinnanguline aeg väljakutse saamisest kuni kõrgema etapi haiglasse jõudmiseni olukorras, kus reanimobiil tuleb tellida Tallinnast või Tartust? Palun esitada eraldi hinnangud reanimobiili Narva saabumise ning patsiendi Tartu Ülikooli Kliinikumi või Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse jõudmise kohta.

Töökorraldus ei näe ette, et Tallinna või Tartu reanimobiil sõidab esmalt Narva ning patsiendi transport kõrgema etapi haiglasse algab alles pärast selle saabumist. Vajaduse korral alustab kohalik kiirabibrigaad patsiendi transporti ning Tallinna või Tartu reanimobiil liigub talle vastu. Nii vähendatakse transpordiaega ning tagatakse arsti juuresolek vähemalt osa transpordiajast.

Reanimobiili Narva saabumise aeg ei ole seetõttu tavapärase töökorralduse puhul sobiv näitaja patsiendi kõrgema etapi ravini jõudmise aja hindamiseks. Samuti ei ole võimalik esitada ühtset standardset minutihinnangut patsiendi Tartu Ülikooli Kliinikumi või Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse jõudmise kohta, sest patsiendi transport ja vajaduse korral reanimobiiliga kohtumine korraldatakse vastavalt konkreetsele olukorrale.

Oluline on, et kõrgema etapi ravi vajava patsiendi transport algaks viivituseeta ning vajalik arstlik kompetents kaasataks transpordi käigus võimalikult kiiresti.

4. Millistel põhjustel lõpetati alates 1. juulist 2026 Narva Haigla reanimobiili valvebrigaadi rahastamine, vaatamata sellele, et nii Narva Haigla kui ka Ida-Viru Keskhaigla pidasid teenuse säilitamist piirkonna patsientide jaoks vajalikuks ning tegid sellekohase ühise ettepaneku Tervisekassale?

Narva Haigla mobiilse intensiivravibrigaadi rahastamine toimus Tervisekassa eelarvest ning rahastamise jätkamise küsimust käsitleti Tervisekassa tervishoiuteenuste korralduse ja eelarve raames. Arvestada tuli nii brigaadi tegelikkus kasutust ja mehitust kui ka piiratud arstliku personali võimalikult otstarbekat kasutamist.

MIB oli 2025. aastal mehitatud 4372 tundi ehk ligikaudu 182 päeva. Samal ajal oli Narva kiirabi arstibrigaad, mille töövaldkond on oluliselt laiem ja mis reageerib ka hädaabikutsetele, arstiga mehitatud ainult 113 päeval, kuigi Tervisekassaga sõlmitud kiirabileping näeb ette arstiga mehitamise 365 päeval aastas.

Personalinappuse olukorras ei ole haiglatevahelise transpordibrigaadi ja operatiivse kiirabi arstibrigaadi samaaegne pidamine jätkusuutlik, kui mõlema püsivat mehitamist ei ole võimalik tagada. Eesmärk on eelkõige tagada operatiivse kiirabi arstibrigaadi püsiv mehitatus ning kasutada seda vajaduse korral ka intensiivravi vajava patsiendi transpordiks.

Mõistame Narva Haigla ja Ida-Viru Keskhaigla muret ning nende hinnangut, et piirkonnas peab olema tagatud raskes seisundis patsientide turvaline transport kõrgema etapi ravile. MIB-i edasise korralduse küsimus ei ole lõppenud – Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja Tervisekassa arutelud Narva Haigla ja Ida-Viru Keskhaigla jätkuvad, et hinnata piirkonna vajadusi ja võimalikke lahendusi.

5. Milline on Sotsiaalministeeriumi hinnang sellele, kuidas mõjutab reanimobiili puudumine Narva piirkonnas patsientide ravitulemusi, suremust ja raske püsiva tervisekahjustuse tekkimise riski?

Patsiendiohutus ja ajakriitiliste patsientide võimalikult kiire jõudmine neile vajalikku ravi võimaldavasse haiglasse on selle küsimuse hindamisel keske tähtsusega.

MIB ei olnud 2025. aastal mehitatud ligikaudu pooltel päevadel aastast. Nendel päevadel korraldati raskes seisundis patsientide transport Narva kiirabiressursi ning vajaduse korral Tallinna või Tartu reanimobiili abil. Sellist töökorraldust on seega praktikas juba kasutatud.

Sotsiaalministeeriumi hinnangul tuleb mõju patsiendihutusele vaadata eelkõige selle kaudu, kuidas on tagatud ajakriitiliste patsientide transport ja vajaliku arstliku kompetentsi kaasamine. Ühe haiglatevahelise transpordibrigaadi olemasolu või puudumise põhjal üksi ei ole põhjendatud teha järeldust suremuse või raske püsiva tervisekahjustuse riski muutumise kohta.

6. Millistel analüüsidel ja kriteeriumidel põhineb otsus vähendada Narvas alates 1. jaanuarist 2028 tavakiirabibrigaadide arvu neljalt kolmele ning asendada üks brigaad õebrigaadiga, mille koosseisu kuuluvad õde ja autojuht?

Lõplikku kiirabivõrgu lahendust ei ole veel kinnitatud ning Narva ja Narva-Jõesuu piirkonna kiirabiressurssi ei ole kavandatud neljalt brigaadilt kolmele vähendada.

Praegu teenindavad Narvat ja lähiümbrust neli kolmeliikmelist kiirabibrigaadi – üks arstibrigaad ja kolm õebrigaadi. Kavandi kohaselt paikneks Narva linnas päeval kolm ja öösel kaks brigaadi ning Narva-Jõesuus kaks brigaadi nii päeval kui ka öösel. Kokku oleks Narva ja Narva-Jõesuu piirkonnas seega päeval viis ja öösel neli brigaadi. Päeval ajal suureneks piirkonna kiirabiressurss senisega võrreldes ühe brigaadi võrra.

Kavandatava muudatuse aluseks on piirkonna rahvastiku paiknemine ja ravivajadus, väljakutsete arv ja iseloom, kiirabi kohalejõudmise ajad, brigaadide koormus ja hõivatus ning olemasolev personaliressurss.

Hinnatud on ka arstliku ressursi kasutamist. Praegune Narva arstibrigaad teenindab samu väljakutseid nagu õebrigaadid ning arsti kompetentsi kasutatakse sageli ka juhtudel, kus õebrigaad saab patsiendi käsitlemisega iseseisvalt hakkama. 2025. aastal olid 27,7% arstibrigaadile suunatud väljakutsetest A- ja B-prioriteediga ehk patsient ei olnud Härekeskuse esmase hinnangu järgi eluohtlikus seisundis. Õebrigaadide puhul oli sama näitaja 31,2%.

Personalinappuse tõttu juhtis Narva arstibrigaadi 2025. aastal 252 päeval õde-brigaadijuht, ilma et sellega oleks kaasnenum märgatavat kvaliteedi langust. Kavandatavas mudelis soovitakse seniste Narva, Jõhvi ja Tapa arstibrigaadide asemel luua Ida-Eesti piirkonda arstlik toetusbrigaad, mis reageeriks eelkõige nendele väljakutsetele, kus patsient on raskes seisundis ja õde-brigaadijuht vajab sündmuskohal kõrgema etapi abi.

2025.aastal tegi iga Narva piirkonna neljast brigaadist keskmiselt 9,2 väljakutset ööpäevas ning päevane hõivatus oli ligikaudu 35,4%. Kavandatava mudeli puhul eeldatakse ühe brigaadi keskmise koormuse vähenemist 8,2 väljakutseni ööpäevas ning päevase hõivatuse vähenemist 28,4%-ni.

Eesmärk ei ole vähendada Narva piirkonna kiirabi võimekust, vaid paigutada kiirabiressurss piirkonnas hajutatumalt ning kasutada arstlikku kompetentsi sihipärasemalt nende patsientide puhul, kes seda kõige rohkem vajavad.

7. Milline on õebrigaadi pädevus ja valmisolek võrreldes tavakiirabibrigaadiga? Milliseid raviprotseduure ja sekkumisi ei saa õebrigaad teha ning milliste väljakutsete puhul tuleb sellele lisaks saata tavakiirabibrigaad või arstliku pädevusega brigaad?

Õebrigaad on täisväärtuslik kiirabibrigaad, mitte transporditeenus. Kiirabiõde oskab hinnata patsiendi seisundit, teha raviotsuseid, anda elupäästvat abi, elustada, jälgida südamerütmi, südant uuesti käivitada, toetada hingamist, manustada ravimeid ning transportida ka raskes

seisundis patsienti. Kõik Eesti kiirabibrigaadid, sealhulgas Narva õebrigaadid, vastavad Euroopa Liidu C-tüüpi kiirabibrigaadidele ning neil on võimekus käsitleda intensiivravi vajavaid patsiente.

Kaheliikmelise ja kolmeliikmelise õebrigaadi puhul ei muutu brigaadijuhi kliiniline kompetents. Tema pädevus hinnata patsiendi seisundit, teha raviotsuseid ning otsustada haiglasse viimise vajaduse üle jääb samaks. Erinevus seisneb eelkõige meeskonna suuruses, mitte brigaadijuhi meditsiinilises pädevuses.

Kui patsient on raskes seisundis ning õde-brigaadijuht vajab sündmuskohal kõrgema etapi abi, on kavandatud kaasata arstlik toetusbrigaad. Selle eesmärk on kasutada arsti kompetentsi just nendel väljakutsetel, kus patsiendi seisund seda nõuab.

Täiendava kiirabi- või arstliku ressursi kaasamise vajadus sõltub seega patsiendi seisundist ja sellest, millist abi on sündmuskohal vaja.

Õe-brigaadijuhi ja arsti oskused on üksikasjalikult välja toodud tervise- ja töoministri 18.12.2018.a määruse nr 65 „kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend“ [lisas 1](#).

8. Milline on kavandatavate kiirabivõrgu muudatuste mõju Narva ja Narva-Jõesuu piirkonna elanike keskmisele kiirabi kohalejõudmise ajale, kõrgema etapi ravini jõudmise ajale ning raskes seisundis patsientide elulemusele võrreldes 1. jaanuaril 2026 kehtinud korraldusega, mil Narvas tegutses neli tavakiirabibrigaadi ja üks reanimobiilibrigaad?

Kavandatava kiirabivõrgu muudatuse eesmärk on parandada kiirabi kättesaadavust kogu Narva ja Narva-Jõesuu piirkonnas. Kõrge prioriteediga väljakutsete mediaan-kohalejõudmise aeg on praegu Narva-Jõesuus ligikaudu 22 minutit ja Narvas 8 minutit. Narva-Jõesuusse kiirabiressursi paigutamise eesmärk on tuua abi seadsetele elanikele lähemale ja vähendada kohalejõudmise aega.

Kiire kohalejõudmine on eriti oluline eluohtlikes olukordades. Aastatel 2021–2025 tehti Narva-Jõesuus 16 elustamiskatset ning kõik patsiendid surid enne haiglasse jõudmist. Kiirabi keskmine kohalejõudmise aeg oli neil juhtudel 13,18 minutit. Eestis on edukate elustamiskatsete puhul keskmine kohalejõudmise aeg alla kümne minuti. Need andmed ei võimalda teha otsest järeldust konkreetse patsiendi ravitulemuse kohta, kuid näitavad, miks abi võimalikult kiire jõudmine patsiendini on oluline.

Kõrgema etapi ravi vajavate patsientide puhul säilib võimalus kasutada Narva kiirabiressurssi ning Tallinna või Tartu reanimobiili. Vajaduse korral alustab kohalik brigaad transporti ning reanimobiil liigub talle vastu.

Küsimuses nimetatud Narva mobiilne intensiivravi brigaad ei olnud väljakutsetele reageeriv kiirabibrigaad, vaid haiglatevahelise transpordi üksus, mistõttu ei saa seda käsitleda tavakiirabibrigaadidega samaväärse viienda brigaadina.

Pärast uue kiirabivõrgu mudeli rakendamist hinnatakse selle toimimist tegelike andmete põhjal. Kui andmed näitavad, et mõnes piirkonnas ei ole abi piisavalt kiiresti või ühtlaselt kättesaadav, ollakse valmis võrgu korraldust korrigeerima.

9. Milliste analüüside, metoodika ja kriteeriumide alusel otsustati rajada uus kiirabibaas Narva-Jõesuusse? Palun esitada analüüsid, milles hinnati muu hulgas rahvastiku paiknemist ja tihedust, väljakutsete statistikat, väljasõiduaegu, teenuse kättesaadavust ning kulutõhusust võrreldes võimalusega kasutada olemasolevat baasi Narvas.

Narva-Jõesuu kiirabibaasi rajamise kohta ei ole veel lõplikku otsust tehtud. Tegemist on kavandatava kiirabivõrgu lahendusega, mille eesmärk on uuendada 2012. aasta vajaduste põhjal kujundatud kiirabivõrku ning arvestada 2026. aasta rahvastiku paiknemist, ravivajadusi ja tulevikuprognose.

Kiirabivõrgu kavandamisel lähtutakse muu hulgas rahvastiku paiknemisest ja ravivajadusest, väljakutsete arvust, brigaadide koormusest ning abi tegelikust kättesaadavusest. Nagu eespool kirjeldatud, on Narva-Jõesuus kõrge prioriteediga kutsete puhul kohalejõudmise aeg oluliselt pikem kui Narvas.

Arvestatud on ka piirkonna suuremat kiirabivajadust. Narva ja Narva-Jõesuu piirkonnas elab kokku 55 864 inimest. Eestis tehakse keskmiselt ligikaudu 0,2 kiirabikutset elaniku kohta aastas, Narvas ja Narva-Jõesuus aga 0,25–0,28 kutset elaniku kohta. See näitab, et piirkonna vajadus kiirabiressursi järele on Eesti keskmisest suurem.

Seniseid ettepanekuid hinnatakse koostöös valdkonna ekspertidega ning arvesse võetakse ka Narva piirkonnast saadud tagasisidet. Lõpliku lahenduse kujundamisel tuleb hinnata tervikuna nii teenuse kättesaadavust, kiirabiressursi paiknemist kui ka erinevate lahenduste otstarbekust.

10. Kas otsuse tegemisel hinnati võimalust teenindada Narva-Jõesuu piirkonda Narva olemasolevast kiirabibaasist, kust on võimalik jõuda Narva-Jõesuu linna ligikaudu 10–15 minutiga?

Narva-Jõesuu piirkonda teenindatakse praegu Narvas paiknevate kiirabibrigaadidega, mistõttu on senise korralduse tegelik toimimine hinnatav olemasolevate väljakutseandmete põhjal.

Teoreetilist sõiduaega Narva ja Narva-Jõesuu vahel tuleb eristada tegelikust ajast, mis kulub kiirabil patsiendini jõudmiseks. Tervisekassa analüüsi järgi on kõrge prioriteediga kutsetele mediaan-kohalejõudmise aeg Narva-Jõesuus 22 minutit, Narvas aga 8 minutit.

See on üks põhjus, miks kaalutakse osa kiirabiressursi paiknemist Narva-Jõesuus. Kiirabivõrgu lahendust ei ole veel lõplikult kinnitatud ning seniseid ettepanekuid hinnatakse edasi, arvestades ka piirkonnast saadud tagasisidet.

11. Arvestades, et kahe kiirabibrigaadiga kiirabijaama rajamise hinnanguline maksumus võib ulatuda ligikaudu 700 000–900 000 euronini ning selle ülalpidamisega kaasnevad täiendavad püsikulud, siis milline kulude ja tulude analüüs viidi läbi enne otsust rajada uus kiirabibaas Narva-Jõesuusse?

Nagu eelnevates vastustes selgitatud, ei ole Narva-Jõesuu kiirabibaasi rajamise kohta veel lõplikku otsust tehtud. Tegemist on kavandatava kiirabivõrgu lahendusega, mida hinnatakse koos teiste võrgu muudatustega.

Küsimuses nimetatud 700 000–900 000 euro suurust maksumust ei saa seetõttu käsitleda lõplikult kinnitatud investeeringuna. Kavandatava lahenduse hindamisel lähtutakse piirkonna ravivajadusest, kiirabi tegelikust kättesaadavusest, brigaadide koormusest ja ressursi paiknemisest.

Lõpliku lahenduse kujundamisel tuleb hinnata tervikuna nii teenuse kättesaadavust, ressursi paiknemist ja brigaadide koormust kui ka valitud lahenduse otstarbekust.

12. Kas Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa on valmis tehtud otsused uuesti üle vaatama, arvestades Narva ja Ida-Virumaa haiglate hinnanguid, piirkonna elanike arvu, ajakriitiliste patsientide transpordivajadust ning kavandatavate muudatuste mõju patsiendiohutusele?

Jah. Kavandatava kiirabivõrgu kohta ei ole veel lõplikku otsust tehtud. Seniseid ettepanekuid hinnatakse edasi ning arvesse võetakse Narva piirkonnast ja teenuseosutajatelt saadud tagasisidet.

Samuti jätkuvad Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti ja Tervisekassa arutelud Narva Haigla ja Ida-Viru Keskhaiglaga mobiilse intensiivravibrigaadi edasise korralduse üle. Eesmärk on hinnata piirkonna vajadusi ning leida lahendus, mis tagab raskes seisundis patsientidele vajaliku abi ja toimiva transpordikorralduse.

Patsiendiohutus on keskse tähtsusega. Eesmärk on parandada abi kättesaadavust, kasutada olemasolevat kiirabi- ja arstlikku ressursi võimalikult sihipäraselt ning tagada, et ajakriitiline patsient jõuaks võimalikult kiiresti tema seisundile vastavat ravi võimaldavas haiglasse.

Pärast uue mudeli rakendamist hinnatakse võrgu toimimist tegelike andmete põhjal. Kui andmed näitavad, et mõnes piirkonnas ei ole abi piisavalt kiiresti või ühtlaselt kättesaadav, ollakse valmis kiirabivõrgu korraldust korrigeerima.

Lugupidamisega

(allkirjastatud digitaalselt)
Karmen Joller
sotsiaalminister

Gerli Baida
Gerli.Baida@sm.ee