



Eesti Kiirabi Liit  
tuuli.paju@kiirabi.ee

Teie 21.07.2026

Meie 12.08.2026 nr 5.2-2/1852-3

## **Vastus Eesti Kiirabi Liidule seoses kiirabi konkursiga**

Lugupeetud Tuuli Paju

Täname Eesti Kiirabi Liitu pöördumise eest seoses kavandatava kiirabikonkursiga ning konstruktiivse arutelu eest 7. augustil Tervisekassas. Kinnitame Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa ja Terviseameti valmisolekut dialoogiks ning soovi leida Eesti patsientidele kõigis maakondades parim võimalik lahendus, arvestades nii praeguste kui ka tulevaste ressursidega. See hõlmab ka seniste ettepanekute läbivaatamist, võttes arvesse valdkonnalt saadud tagasisidet.

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

Oma pöördumises toote välja, et kaheliikmeliste brigaadide arvu suurendamine eeldab töökorralduse ja koolituskavade muutmist, mis omakorda nõuab aega. Selgitame, et seni kavandatud muudatuste kohaselt muutuksid kaheliikmeliseks vähem kui pooled brigaadid. Eestis õpetatakse elustamisjuhiste rakendamist kaheliikmelises meeskonnas nii tervishoiukõrgkoolides kui ka Kaitseväe Akadeemias. Kahjuks ei ole võimalik täpselt öelda, kui palju kiirabitöötajaid on sellise väljaõppe saanud, sest töötajate koosseis muutub ning osa töötajaid on läbinud täiendõppe nii kõrgkoolis kui ka Kaitseväes.

Vaatamata sellele, et kaheliikmelised kiirabibrigaadid on teistes Euroopa riikides laialt levinud, on Euroopa Elustamisnõukogu (European Resuscitation Council) seisukohal<sup>1</sup>, et praegu puuduvad teaduslikud tõendid selle kohta, et elustamisjuhiseid oleks vaja kohandada kaheliikmelises meeskonnas töötamiseks. See annab meile kindluse, et Eestis on olemas skaleeritav baaskompetents ning kiirabiasutused suudavad vajaduse korral leida oma töötajate seast koolitajaid, kes õpetaksid kaheliikmelistes brigaadides töötama hakkavatele kiirabitöötajatele elustamist kaheliikmelises meeskonnas.

---

<sup>1</sup> [European Resuscitation Council Guidelines 2025: Adult Advanced Life Support; Efficiency of two-member crews in delivering prehospital advanced life support cardiopulmonary resuscitation: A scoping review.](#)

Lisaks soovime rõhutada, et pakutud kiirabivõrgu struktuuri kohaselt lisandub Eestisse arstlikke toetusbrigaade, mis tagavad arsti kohalolu senisest rohkemates piirkondades, sealhulgas elustamisel. Sellisel juhul oleks elustamismeeskond praeguse kolmeliikmelise meeskonna asemel neljaliikmeline. Samuti ei kao ühestki kiirabibaasist kolmeliikmeline brigaad, mis saab vajaduse korral tulla appi kaheliikmelisele brigaadile.

Nõustume Teie viidatud Rootsi uuringu järeldustega, et meeskonna püsiv koosseis, selgelt määratletud rollid, tõhus kommunikatsioon ning kogenud ja vähem kogenud töötajate tasakaal meeskonnas toetavad ohutumat kiirabitööd. Juhime siiski tähelepanu sellele, et viidatud uuringu kohaselt on Rootsi kiirabibrigaadid üldjuhul mehitatud üldõe (registered nurse) ja erakorralise meditsiini tehnikuga ehk tegemist on kaheliikmeliste meeskondadega. Uuringu autorid ei soovita suurendada brigaadide koosseisu, vaid pakuvad töökorralduslikke lahendusi kvaliteedi parandamiseks.

Samuti nõustume Teie osutatud riskiga, et kiirabitehnikute ja erakorralise meditsiini tehnikute rakendamine kaheliikmelistes brigaadides vähendab üldõdede arvu kiirabisüsteemis ning võib seetõttu ohustada õde-brigaadijuhtide järelkasvu. Mõju jääb siiski osaliseks, sest seni välja pakutud kiirabivõrgus säilib 63 kolmeliikmelist õebrigaadi. Otsime sellele lahendusi. Muu hulgas kaalub Tervisekassa võimalust rakendada kaheliikmelistes brigaadides „õde–õde“ põhimõtet.

Toote välja ka hospitaliseerimise määra võimaliku suurenemise kaheliikmeliste brigaadide rakendamisel. Arvestades, et kahe- ja kolmeliikmelise brigaadi juhi kliiniline kompetents on sama ning neile kehtivad samad tegevusjuhised, milles on määratletud hospitaliseerimist vajavad juhtumid, ei ole meile siiski selge, mille kaudu see risk võiks realiseeruda. Aastatel 2023–2025 oli kõigi Eesti brigaadide keskmine hospitaliseerimise määr 42,5%, lisaku kaheliikmelisel brigaadil aga 33,6%.

Kirjutate, et kaheliikmelistel brigaadidel on oluliselt väiksem tegevusreserv olukordades, kus mitut ülesannet tuleb täita samal ajal. Selgitame, et brigaadide koosseisu vähendamine toimub paralleelselt kiirabibrigaadide arvu suurendamisega. See tähendab, et üldine kiirabiressurs ja valmisolek osutada abi suurele hulgale patsientidele suureneb. Nagu eespool mainitud, on kiirabitöötajate arv sündmuskohal praegusest isegi suurem, kui kutsele reageerib lisaks arstlik toetusbrigaad või teine kaheliikmeline õebrigaad.

Rõhutate oma kirjas, et praegu puudub mõjuhinnaang selle kohta, kuidas ühe töötaja väljajätmine brigaadi koosseisust mõjutab teenuse kulutõhusust. Teadaolevalt moodustavad tööjõukulud üle 80% kiirabiasutuste kuludest, mistõttu mõjutavad just tööjõuga seotud muudatused eelarvet kõige enam. Lisanduvad brigaadid võimaldavad tagada teenuse parema ja ühtlasema kättesaadavuse: lühenevad reageerimisajad, suureneb oma teeninduspiirkonna brigaadidega teenindatud väljakutsete osakaal ning väheneb suurest hõivatusest tingitud töötajate ülekoormus. Kõik see võib omakorda parandada patsientide ravitulemusi.

Oma kirjas väljendate muret patsiendi sündmuskohalt kiirabiautosse transportimise pärast. Toote välja, et 36% hospitaliseeritavatest patsientidest vajab kandraami või kandetooli kasutamist ning kaheliikmeline kiirabibrigaad ei ole suuteline patsienti füüsiliselt transportima. Jääme siiski seisukohale, et kandetooli kasutamine on üldjuhul teostatav kahe kiirabitöötaja poolt.

2025. aastal märgiti 2,6% kõigist kiirabikaartidest, et patsient viidi sündmuskohalt autosse „lamades“, 5,3% puhul „lamades – autoraam“ ja 2,8% puhul „lamades – kandetekk“. Kõhvelraami, vaakummadratsit ja muid vahendeid kasutati vähem kui 1% juhtudest. Patsientide täpne arv ei ole teada, sest kiirabikaardile märgitakse sageli korraga nii „lamades – kandetekk“ kui ka „lamades – autoraam“, kui kasutati mõlemat vahendit. Suurim osa hospitaliseeritud patsientidest (48%) liikus autosse omal jalal ning 16,5% patsientidest viidi autosse kandetooliga. Teadaolevalt kutsuvad ka kolmeliikmelised brigaadid patsiendi

transportimiseks sageli täiendavat abi. Nende asendamine kaheliikmeliste brigaadidega küll süvendab probleemi, kuid teatud juhtudel oleks kaks brigaadi kutsutud sõltumata põhibrigaadi suurusest.

Arvestades kõike eespool kirjeldatud ning asjaolu, et seni avalikustatud plaani kohaselt sooviti kaheliikmeliseks muuta vähem kui pooled brigaadid, võib eeldada, et teiste brigaadide või koostööpartnerite appi kutsumise vajadus suureneks praeguse tasemega võrreldes vähem kui 5% kõigist kiirabi väljakutsetest.

Täname ettepaneku eest kaaluda kiirabiteenuse osana ka mittekiirabilist patsienditransporditeenust transpordibrigaadi või -brigaadide näol. Võtame selle ettepaneku arvesse meditsiinilise transpordi kontseptsiooni koostamisel, mis toimub paralleelselt kiirabikonkursiga.

Oleme nõus, et väljasõidukord tuleb kahe- ja kolmeliikmeliste brigaadide paralleelse kasutamise tõttu üle vaadata ning vajaduse korral täpsustada. Väljasõidukorra kokkuleppimisel lähtutakse ka edaspidi tänasest põhimõttest, mille kohaselt lepitakse regiooni väljasõidukord kokku Terviseameti, Häirekeskuse ja vastava regiooni kiirabiteenuse osutaja vahel. Tegemist on ka praegu kasutusel oleva lahendusega, mis võimaldab kõige paremini arvestada regionaalsete eripärade, kiirabiressursi paiknemise ning kohaliku töökorraldusega.

Toote välja vajaduse eristada töötajate töötasu sõltuvalt sellest, kas nad töötavad kahe- või kolmeliikmelises brigaadis. Juhime tähelepanu, et Sotsiaalministeerium, Terviseamet ega Tervisekassa ei määra ühegi kiirabitöötaja töötasu – selles lepivad töötaja ja tööandja kokku töölepingus. Tervisekassa on küll konsensuslepe pool ning arvestab selle sisuga töötasu ulatuse arvestamiseks kulumudelil. Oleme siiski avatud ka teistele ettepanekutele selle kohta, kuidas võimaldada kaheliikmeliste brigaadide töötajatele kõrgemat töötasu.

Juhite tähelepanu reservide vähenemisele seoses kiirabitöötajate arvu vähendamisega. Selgitame, et kahest kolmeliikmelisest brigaadist ei ole võimalik moodustada kolme kaheliikmelist brigaadi, sest kitsaskohaks jäävad brigaadijuhi kompetentsiga töötajate ja alarmsõidukijuhtide arv. Pakutud mudeli kohaselt suureneb brigaadide üldarv ning koos sellega ka brigaadijuhtide ja alarmsõidukijuhtide arv. Seetõttu leiame, et kriisideks vajalik personalireserv kavandatava muudatuse tulemusel hoopis suureneb.

Täname, et toetate põhimõtet tagada telemeditsiini ja arstliku toe kättesaadavus kõigis piirkondades. Kirjutate, et hõreasustusega piirkondades on reanimobiilid tõhusamad kui arstlikud toetusbrigaadid, mis on viimastel aastatel Tallinnas tõestanud oma tõhusust. Kuna reanimobiilid on olemas ainult Tallinnas ja Tartus, mõistame Teie seisukohta ettepanekuna säilitada arstibrigaadid teistes maakondades.

Juhime tähelepanu, et Tervisekassa veebilehel avaldatud kiirabilepingute täitmise andmete kohaselt olid 2025.a arstibrigaadid mehitatud ning töös vaid 74% planeeritud mahust. Arstibrigaadide planeeritud mahu täitmine on jätkuvas langustrendis. Arstibrigaadid täidavad sageli õebrigaadidega samu ülesandeid. Arstibrigaadide väljakutsete prioriteedijaotus oli 2025. aastal järgmine: A – 6%, B – 18%, C – 55% ja D – 21%. See oli väga sarnane õebrigaadide väljakutsete jaotusega: A – 7%, B – 21%, C – 57% ja D – 15%. See tähendab, et arstibrigaade ei rakendata üldjuhul reanimobiilidena, vaid sarnaselt õebrigaadidega. Arvestades ka seda, et arstibrigaadide hospitaliseerimise määr on õebrigaadide omast madalam (vastavalt 41% ja 43%), ei saa väita, et arstibrigaadid hospitaliseerivad massiliselt raskes seisundis patsiente kõrgema etapi haiglatesse ning võimaldavad nii õebrigaadidel jääda oma piirkonda, et säilitada valmisolek järgmiseks kutseks. Võrdluseks, Tallinnast või Tartust saabuvate reanimobiilide hospitaliseerimise määr on 55% ning väljakutsete jaotus on järgmine: A – 0%, B – 2%, C – 30% ja D – 65%.

Erakorralise meditsiini süsteemis tervikuna esineb EMODEs ja teistes haiglaüksustes märkimisväärne arstide puudus. Sellele on tervishoiutööjõu poliitika tegevuskava kohta esitatud sisendis tähelepanu juhtinud muu hulgas Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Selts ja teised organisatsioonid. Seetõttu on oluline suunata kiirabis töötavaid arste, kelle töö sarnaneb suuresti eriväljaõppega õdede tööga, täitma haiglates ülesandeid, mille puhul on arstlik kompetents asendamatu. Kavandatud süsteemi kohaselt väheneks kiirabis vajadus arstide järele praeguselt 102 täistööajaga ametikohalt 56,1 ametikohani.

Arstide arvu vähendamine kiirabisüsteemis toimub meie kavandi kohaselt paralleelselt arstide töökorralduse arendamisega. Näiteks oli arstlike toetusbrigaadide väljakutsete prioriteedijaotus 2025. aastal järgmine: A – 0%, B – 1%, C – 23% ja D – 75%. See näitab, et see mudel suunab rakendama arsti kompetentsi võrreldes seniste arstibrigaadidega sihipärasemalt. Keskmine hõivatus 8,2% võimaldab toetusbrigaadi arstil oma väljakutsete vahel õebrigaade konsulteerida. Nii saab üks arst toetada korraga paljusid brigaade. Vähene hõivatus ja tavapärasest kiirabiautost kiirem sõiduauto tagavad ka kiirema kohalejõudmise kriitilises seisundis patsiendi juurde.

Juhime tähelepanu, et sarnane süsteem toimib edukalt vähemalt Soome, Rootsi, Taani, Norra ja Islandi<sup>2</sup> maapiirkondades, sealhulgas piirkondades, kus suurt territooriumi teenindab ainult üks brigaad.

Oleme sellele vaatamata valmis täiendavalt arutama piirkondlikke erisusi, kui need on põhjendatud.

Täname veel kord Eesti Kiirabi Liitu esitatud küsimuste eest. Kinnitame oma valmisolekut arutada täiendavalt seni avalikustatud kiirabikonkursi tingimusi ja kiirabivõrgu uuendamist. Rõhutame, et senised plaanid ei ole veel lõplikult kinnitatud ning Sotsiaalministeerium, Tervisekassa ja Terviseamet on avatud dialoogiks. Samuti ootame Eesti Kiirabi Liidu tagasisidet käesolevas kirjas esitatud argumentidele.

Lugupidamisega

(allkirjastatud digitaalselt)

Nikita Panjuškin

tervishoiuteenuste osakonna juhataja

Lisaadressaadid: Terviseamet  
Tervisekassa

---

<sup>2</sup> [Nordic and Baltic EMS data, quality indicators and benchmarking - Nordic and Baltic EMS Data & Quality Indicators - Oma työpöytä](#)