

Sihtasutus Tartu Kiirabi

Kiirabivõrgu muudatuste infotund

10.08.2026

Küsimused sotsiaalministrile

1. Kas „Kiirabi arengusuunad aastani 2035“ on jätkuvalt Eesti kiirabisüsteemi arendamise alusdokument?
- 1.1. Kas Te ministrina kinnitate üheselt, et kiirabisüsteemi puudutavate otsuste, konkursitingimuste ja võrgumuudatuste aluseks on ministri poolt kinnitatud „Kiirabi arengusuunad aastani 2035“? Kui jah, siis kuidas põhjendate lahendusi, mis erinevad selles dokumendis kokku lepitust?
- 1.2. Kas kavandatava kiirabireformi planeerimisel on teadlikult kõrvale mindud arengusuundades kirjeldatud põhimõtetest või vajab arengudokument enne muudatuste rakendamist ametlikku muutmist?
2. Mis on kavandatavate muudatuste peamine mõõdetav eesmärk?

Kas eesmärk on:

- parandada patsiendi ravitulemust;
 - lühendada reageerimisaega;
 - parandada piirkondlikku kättesaadavust;
 - lahendada personalipuudust;
 - suurendada brigaadide arvu;
 - vähendada kiirabiteenuse rahastust;
 - või hoida kiirabi olemasoleva eelarve piires?
3. Milliste konkreetsete näitajate järgi saab 2028. või 2029. aastal hinnata, kas muudatus oli edukas?
 - 3.1. Kas reformi saab riigi hinnangul lugeda edukaks ka juhul, kui saavutatakse rahaline kokkuhoid, kuid patsientide ravitulemused või kiirabi kättesaadavus ei parane?
 4. Kas olete valmis peatama muudatuse, mille ohutust ei ole enne rakendamist tõendatud?
 - 4.1. Kas ministrina olete valmis ütleva, et muudatus, mille piirkondlik mõju patsiendiohutusele ei ole piisavalt hinnatud, ei lähe 1. jaanuaril 2028 automaatselt käiku?
 - 4.2. Kas kaheliikmelise brigaadimudeli laiendamine tehakse alles pärast pilooti, mille tulemused ja ohutusnäitajad on avalikustatud?

5. Miks seati esmalt rakendamise tähtajaks 2028 ja alles seejärel hakati lahendama patsiendiohutuse, personali, väljaõppe, õigusruumi ja töökorralduse küsimusi?

Hinnanguliselt on uue mudeli jaoks vaja suurusjärgus 100 täiendavat õde-brigaadijuhti. Praegune väljaõpe kestab vähemalt kuus kuud ning praktilise pädevuse kujunemine oluliselt kauem.

- 5.1. Milline on riigi tegevuskava olukorras, kui 2028. aastaks ei ole piisavalt kvalifitseeritud õde-brigaadijuhte ja erakorralise meditsiini tehnikuid?

6. Kes vastutab, kui piirkondliku võimekuse vähendamise tulemusena pikeneb aegkriitilise patsiendi abi saamise aeg ning seeläbi halveneb ravitulemus? Kas vastutab Terviseamet, Tervisekassa, Sotsiaalministeerium või minister?

- 6.1. Kas vastutus hõlmab ka olukorda, kus kaheliikmeline brigaad jõuab kohale kiiresti, kuid patsiendi ohutuks käsitlemiseks vajalik tegelik ressurss saabub hiljem?

7. Kas Eesti inimese õigus saada kiiresti kvaliteetset kiirabi peab olema samaväärne sõltumata sellest, kas ta elab Tallinnas, Tartus, Valgas, Jõgeval või mõnes hajaasustusega piirkonnas?

- 7.1. Kui jah, siis milline reageerimisaja või patsienditulemus halvenemine on riigi jaoks vastuvõetav?

- 7.2. Kuidas tagatakse, et öise valmisoleku või transpordivõimekuse vähendamine ei suurenda hajaasustusega piirkondade ebavõrdsust võrreldes suuremate keskustega?

8. Kas kiirabi eelarvepiirang on õigustatud põhjuseks patsiendiohutuse või piirkondliku valmisoleku vähendamiseks?

- 8.1. Kui muudatuste tegelik ajend on eelarvevahendite kärpimine, kas riik on valmis seda kiirabitöötajatele ja avalikkusele üheselt ütlema?

- 8.2. Kas on olemas finantsanalüüs, mis näitab nii reformi võimalikku kokkuhoidu kui ka selle rakendamisega kaasnevaid lisakulusid kogu tervishoiusüsteemile?

9. Kas kiirabi käsitletakse muudatuste planeerimisel ka elutähtsa kriisi- ja julgeolekuvõimekusena?

- 9.1. Kiirabibrigaadid moodustavad olulise väljaõppinud meditsiinilise reservi suurõnnetuste, kriiside ja riigikaitseliste olukordade jaoks. Kas enne brigaadiliikmete ja piirkondliku reservi vähendamist tehakse eraldi riigi kriisivalmiduse mõjuanalüüs?

- 9.2. Kas muudatuste mõju suurõnnetustele, elanikkonnakaitsele ja riigikaitselele meditsiinvõimekusele on hinnatud koos Siseministeeriumi, Päästeameti, Kaitseministeeriumi ja Häirekeskusega?

Küsimused Sotsiaalministeeriumile

10. Miks ei järgitud „Kiirabi arengusuundades aastani 2035“ kirjeldatud kaasamis- ja otsustusprotsessi enne nii ulatusliku reformi kavandamist ja avaldamist?
- 10.1. Kes otsustas, millal ja millistel alustel minna arengusuundades kirjeldatud lahendustest mööda?
11. Kas kõik reformi ettevalmistavad ametnike koosolekud on protokollitud ning kas otsuste argumendid tehakse avalikkusele kättesaadavaks?
12. Kas Sotsiaalministeeriumi hinnangul on aktsepteeritav olukord, kus ministri kinnitatud „Kiirabi arengusuunad aastani 2035“ on siduv otsus, kuid kiirabisüsteemi puudutavaid tegelikke otsuseid, konkursitingimusi ja võrgumuudatusi kavandatakse sellest erinevate põhimõtete alusel?
13. Milline on riiklik õde-brigaadijuhtide väljaõppe plaan?
- Palume tõenduspõhiselt:
- kui palju õde-brigaadijuhte on 2028. aastaks vaja;
 - kui palju on praegu olemas;
 - kui palju tuleb igal aastal juurde koolitada;
 - kes neid koolitab;
 - kes rahastab;
 - milline praktiline kogemus peab tervishoiutöötajal enne iseseisvaks brigaadijuhiks saamist olema?
- 13.1. Kuidas on võimalik kiirabis töötaval õel omandada vajalik praktiline kogemus õde-brigaadijuhi väljaõppesse pääsemiseks, kui kolmeliikmeliste brigaadide arv väheneb?
14. Miks ei ole õde-brigaadijuhi pädevuse ettevalmistamist seni viidud riikliku kõrgharidussüsteemi osaks?
- 14.1. EKL ja tervishoiu kõrgkoolide rektorid on selleks ettepaneku teinud, kuid sellele anti eitav vastus. Kuidas tagatakse kiiresti kasvava koolitusvajaduse tingimustest tulenev koolitusmahtude täitmine?
- 14.2. Kas õde-brigaadijuhi pädevuse ettevalmistamine viiakse riiklikku õppesüsteemi, kuna uue mudeli rakendamine eeldab oluliselt suuremat väljaõppemahtu?

15. Milline on riiklik plaan erakorralise meditsiini tehnikute järelkasvuks?

Kui EMT-de rolli suurendatakse, kui palju täiendavaid EMT-sid on 2028. aastaks vaja ja kas kõrgkoolide praegune vastuvõtumaht on selleks piisav? Varasemates materjalides on välja toodud vajadus nii õppekohtade arvu suurendamiseks kui ka olemasolevate kiirabitehnikute täiendõppeks.

15.1. Kas erakorralise meditsiini tehnikust saab tervishoiu töötaja?

16. Millises ulatuses on vaja muuta Eesti tervishoiu õiguslikku korraldust? Millised õigusaktid tuleb enne uue mudeli rakendamist muuta?

Millal valmivad:

- brigaadide koosseisu regulatsioon;
- pädevus- ja vastutusreeglid;
- uued väljasõidukriteeriumid;
- käsitus- ja hospitaliseerimisjuhised;
- telemeditsiini regulatsioon;
- erinevate brigaadimudelite koostööreeglid?

Uus brigaadimudel mõjutab korraga väljasõiduloogikat, ravijuhiseid, hospitaliseerimist, koolitust, kvaliteediseiret ning vastutuse ja tasustamise aluseid.

16.1. Kas enne muudatuse rakendamist testitakse ühiselt õigusruumi, väljasõidukriteeriumide, ravijuhiste, telemeditsiini ja erinevate brigaadimudelite koostöö toimivust?

17. Kuidas tagatakse haiglaeelse erakorralise meditsiini õenduskompetentsi järelkasv, kui kolmeliikmeliste brigaadide arv oluliselt väheneb?

Praegu omandavad paljud tulevased õde-brigaadijuhid praktilise kogemuse just brigaadi teise liikmena. Ulatuslik kaheliikmelistele brigaadidele üleminek vähendab neid arengukohti.

17.1. Kuidas kompenseeritakse kolmeliikmeliste brigaadide vähenemisega kaduvad arengukohad tulevastele õde-brigaadijuhtidele?

18. Kas muudatuste mõju riigikaitsele, elanikkonnakaitsele ja kriisivalmidusele on hinnatud koos Siseministeeriumi, Päästeameti, Kaitseministeeriumi ja teiste vastutavate asutustega?

Kui jah, palume avaldada analüüsi tulemused. Kui ei, siis miks kavandatakse elutähtsa teenuse toimepidevuse tagamise muutmist enne selle analüüsi tegemist?

18.1. Kas Siseministeeriumi, Päästeameti, PPA, Kaitseministeeriumi ja Häirekeskuse hinnangud muudatuste mõjule avalikustatakse koos Sotsiaalministeeriumi lõpliku otsusega?

19. Kuidas on uue mudeli planeerimisse kaasatud Häirekeskus?

Kaheliikmelise ja kolmeliikmelise brigaadi paralleelne kasutamine eeldab, et väljakutse vastuvõtja ja logistik oskavad hinnata, millise võimekusega brigaadi patsient vajab. Kas uus väljasõidukord on juba välja töötatud ja valideeritud?

19.1. Kas Häirekeskuse töökorralduse, juhiste ja koolituse muudatused on valmis enne kahe- ja kolmeliikmeliste brigaadide paralleelse mudeli käivitamist?

20. Kas riik on valmis muutma rakendamise ajakava, kui mõni kriitiline eeldus – personal, väljaõpe, õigusruum, Häirekeskus, telemeditsiin või mõjuanalüüs – ei ole 2028. aastaks valmis?

20.1. Kas riik kinnitab, et ükski piirkondlik muudatus ei jõustu enne, kui mõjuanalüüs, personaliplaan, väljaõpe, õigusaktid, Häirekeskuse valmisolek ja rahastus on realselt olemas?

Küsimused Terviseametile

21. Millisel konkreetsel mõjuanalüüsil põhines algne otsus viia nii suur osa kolmeliikmelistest brigaadidest üle kaheliikmelisele koosseisule?

Palume avaldada:

- kasutatud andmed;
- analüüsi metoodika;
- eeldused;
- piirkondlikud tulemused;
- patsiendiohutuse näitajad.

„Kiirabi arengusuunad aastani 2035“ käsitlevad kolmeliikmelist brigaadi standardina ning kaheliikmelist brigaadi piirkondlikult põhjendatud võimalusena, mitte üldise asendusmodelina.

21.1. Kuidas on mõjuanalüüsis hinnatud kaheliikmelise brigaadi mõju patsiendiohutusele, töötajate tööohutusele ja kriitilises seisundis patsiendi käsitlemisele?

22. Millise analüüsi põhjal otsustati vähendada öist valmisolekut konkreetsetes piirkondades?

Kas analüüsis arvestati:

- samaaegseid delta prioriteediga kutseid;
- patsiendi transporti regionaalhaiglasse;
- haiglas patsiendi üleandmise aega;

- haiglast tagasi oma piirkonda sõitmist;
- lähipiirkondade brigaadide hõivatust;
- lähima vaba, mitte lihtsalt lähima brigaadi tegelikku asukohta?

22.1. Kuidas mõjutab öise valmisoleku vähendamine olukordi, kus lähim brigaad on hõivatud ja tegelikult tuleb arvestada lähima vaba brigaadi asukohaga?

23. Miks tehti brigaadide paiknemise ja koosseisu ettepanekud enne LifeSaver/LifeSaver 10 analüüsi lõplike tulemuste olemasolu?

23.1. Milliseid LifeSaveri tulemusi kasutati otsuste tegemisel ja milliseid otsuseid tehti enne nende tulemuste olemasolu?

23.2. Kas kõik brigaadide paiknemist ja koosseisu puudutavad otsused vaadatakse pärast LifeSaveri lõplikke tulemusi uuesti üle?

24. Milline on kaheliikmelise brigaadi esmareageerimise tingimus?

Milliste tüüpjuhtumite puhul peab Häirekeskus saatma kohe kolmeliikmelise brigaadi või täiendava ressursi näiteks:

- elustamise;
- raske trauma;
- raske hingamispuudulikkuse;
- vägivaldse või psühhiaatrilise patsiendi;
- mitme kannatanuga sündmuse korral?

Kaheliikmelise koosseisu puhul on senistes analüüsides tõstatatud just elustamise, trauma, patsiendi teisaldamise, samaaegsete protseduuride ja tööohutuse probleemid.

24.1. Kas kaheliikmelist brigaadi käsitletakse erandliku piirkondliku lahendusena või uue üldise standardmodelina?

25. Kuidas peab Häirekeskus otsustama, kas väljakutsele saata kahe- või kolmeliikmeline brigaad?

25.1. Kas ohuhinnangud ja väljasõidukriteeriumid on selleks juba ümber töötatud? Kes need koostab, millal need valmivad ja millal neid testitakse?

25.2. Kas Häirekeskuse väljakutse töötajad saavad enne uue mudeli rakendamist väljaõppe kahe- ja kolmeliikmelise brigaadi võimekuse eristamiseks?

26. Kui kaheliikmeline brigaad vajab patsiendi käsitlemiseks teist kiirabibrigaadi, siis kas esimese brigaadi reageerimisega loetakse endiselt süsteemi edukaks reageerimiseks? Või mõõdetakse aega hetkeni, mil sündmuskohal on tegelikult olemas patsiendi terviklikuks käsitlemiseks vajalik ressurss?

27. Kui kasutatakse pilootperioodi kaheliikmelise brigaadi rakendamiseks, siis milliseid kriteeriume kasutatakse piloodi peatamiseks?

Kas eelnevalt lepitakse kokku konkreetsed stop-kriteeriumid, näiteks:

- lisabrigaadi vajaduse sagedus;
- pikem sündmuskohal viibimine;
- raviprotseduuride hiline mine;
- tööõnnetus;
- lähipiirkonna katmata jäämine?

Piloodi mõõdikud tuleb kokku leppida enne piloodi algust, mitte pärast tulemuste nägemist. Sama põhimõtte tuli selgelt välja ka 07.08 arutelul.

28. Kuidas tagatakse arstliku kompetentsi vahetu kättesaadavus hajaasustusega Eestis?

28.1. Transpordivõimeline arstibrigaad ja mittetransportiv arstliku toe brigaad ei ole funktsionaalselt samaväärsed: viimase puhul võib raskes seisundis patsiendi transport siduda korraga kaks üksust. Millise analüüsiga on tõendatud, et kavandatav arstliku toe mudel annab maakondades vähemalt sama hea tulemuse?

28.2. Kuidas tagatakse erakorralise meditsiini arsti haiglaeelne kogemus ja järelkasv, kui transpordivõimeliste arstibrigaadide roll väheneb?

29. Kuidas on hinnatud muudatuste mõju suurõnnetuse korral?

29.1. Kui kolmeliikmeliste brigaadide arv väheneb, mitu täiendavat brigaadi on vaja sama arvu meditsiiniliste rollide täitmiseks MIMMS-i põhimõtetel korraldatud sündmuskohal?

Küsimused Tervisekassale

30. Kas kavandatavate muudatuste peamine põhjus on kiirabi eelarve vähendamine?

30.1. Kui Tervisekassa hinnangul ei ole kiirabi eelarvet lähiaastatel võimalik sisuliselt kasvatada, siis palume selgelt öelda: millised kavandatud muudatused on tehtud eelkõige majanduslikust vajadusest ja millised patsiendi ravitulemuse parandamiseks?

30.2. Kui eesmärk on hoida kiirabi olemasoleva eelarve piires, siis milline patsiendiohutuse või piirkondliku valmisoleku vähenemine on riigi hinnangul vastuvõetav?

31. Kus on kavandatava reformi majandusanalüüs?

Kas arvutuses arvestatakse lisaks ühe brigaadiliikme palgakulule:

- teise kiirabibrigaadi sagedamat kaasamist;
- pääste ja politsei kaasamist;

- töötajate ümberõpet;
- täiendavat õde-brigaadijuhtide ja EMT-de koolitamist;
- telemeditsiini;
- täiendavat arstlikku tuge;
- võimalikke suuremaid hospitaliseerimisi;
- haiglate koormuse kasvu;
- tööõnnetusi;
- personali läbipõlemist ja värbamiskulusid?

Kiirabibrigaadi odavam koosseis ei tähenda automaatselt odavamat tervishoiusüsteemi tervikuna.

32. Kui kaheliikmeline brigaad peab patsiendi tõstmiseks või raviks kutsuma teise brigaadi, kelle eelarvest see lisakulu tuleb?

Kas Tervisekassa mudel arvestab seda lisakulu?

32.1. Kas lisakulu arvestatakse kiirabiteenuse hinnamudelil või kandub see teiste teenuseosutajate ja haiglate eelarvesse?

33. Kas Tervisekassa hinnangul suureneb kaheliikmelise brigaadi puhul töötajate tööintensiivsus ja vastutus brigaadiliikme kohta ning kas see kajastub kiirabiteenuse hinnamudelil eraldi tööintensiivsuse või muu tasustamiskomponendina?

34. Kes rahastab vajalikku õde-brigaadijuhtide ja EMT-de väljaõpet?

Kui riik muudab tellitavat teenusemudelit, kas Tervisekassa garanteerib vajaliku:

- koolitusmahu;
- praktikakohad;
- asendustööjõu;
- juhendamise;
- õppe rahastuse?

Praegu on õde-brigaadijuhtide väljaõpe suuresti Tartu ja Tallinna Kiirabi koolituskeskuste kanda.

35. Mis juhtub, kui 2028. aastaks ei ole piisavalt kvalifitseeritud õde-brigaadijuhte?

Kas:

- vähendatakse kvalifikatsiooninõudeid;
- kasutatakse süsteemselt ületunnitööd;
- vähendatakse operatiivarvestuses olevate brigaadide hulka;
- või lükatakse konkreetse muudatuse rakendamine edasi?

36. Kuidas arvestatakse konkursil praeguste kiirabipidajate poolt aastate jooksul eesmärgipäraselt rajatud kriitilist taristut, väljaõppesüsteemi ja personali?

36.1. Kas kümnete aastate jooksul riigi rahastuse toel loodud baasid, koolitusvõimekus, juhtimissüsteem ja kriisivalmidus omavad konkursil väärtust või käsitletakse neid võrdselt pakkujaga, kellel sellist võimekust pakkumise hetkel ei ole?

36.2. Kas konkursil hinnatakse eraldi olemasolevat kriitilist taristut, koolitusvõimekust, juhtimissüsteemi ja regionaalset valmisolekut?

37. Kui uus kiirabiteenuse mudel suurendab patsientide hospitaliseerimist, kas haiglatele on kavandatud selleks täiendav rahastus?

Kiirabi töökorralduse muutus võib nihutada kulu haiglaeelsest etapist EMO-sse või haiglasse. Seda riski on meie varasemates materjalides eraldi kirjeldatud.

37.1. Kas haiglate lisakoormuse rahastamine on kavandatud enne muudatuse rakendamist või hinnatakse seda alles pärast mõju ilmnenemist?

Täiendavad küsimused infotundi

38. Mis on Viljandi ja Paide kiirabibaaside vahe? Eelmises infotunnis toodud plaanidest selgus, et arstlik toetusbrigaad planeeritakse vaid Paidesse, kuid piirkonnad ja rahvastiku hulk on suuruselt sarnased? Kuidas selline lähenemine parandab kiirabiteenuse kvaliteeti Viljandi maakonnas?

39. Kiirabikonkursi tingimustes ei selgu, mitut kiirabiteenust osutavat ettevõtet neljas regioonis riik ette näeb. Kas selles küsimuses on mingit selgust?

40. Kuidas on hinnatud kaheliikmelise brigaadi mõju töötajate tööohutusele, sealhulgas agressiivsete patsientide ja raskete patsientide teisaldamise korral? Ohutuse küsimus kehtib ka tavavisiitides öisel/pimedal ajal ja või joobetunnustega isikute juurde. Kas PPA on nõus brigaade julgestama oma niigi hõreda mehitatusega?

41. Kuidas on põhjendatud kiirabivisiitide pikenemine – on ju loogiline järeldada, et 2 inimest teevad 3 inimese tööd kauem? See pole kooskõlas eesmärgiga parandada kiirabiteenuse kättesaadavust, pigem on efekt vastupidine.

Esimesena ootame vastuseid järgnevatele küsimustele

1. Kas minister kinnitab, et „Kiirabi arengusuunad aastani 2035“ on jätkuvalt kõigi edasiste kiirabi puudutavate otsuste alus? Kui jah, miks kavandati lahendusi, mida selles dokumendis ei ole kokku lepitud?
2. Mis on kavandatavate muudatuste üks selgelt mõõdetav põhieesmärk ja milliste näitajate järgi tõendatakse patsiendile kasu?
3. Millisele mõjuanalüüsile tugineb olemasolevate kolmeliikmeliste brigaadide laialdane muutmine kaheliikmeliseks?
4. Millisele piirkondlikule analüüsile tugineb öise transpordivõimekuse vähendamine ning kas analüüs arvestab samaaegseid D-kutseid, haiglatransporti ja brigaadi tagasisõitu oma piirkonda?
5. Kui palju täiendavaid öde-brigaadijuhte ja EMT-sid on 2028. aastaks vaja ning kus on nende inimeste ettevalmistamise rahastatud ja ajastatud riiklik plaan?
6. Kuidas tõendatakse, et transpordivõimekust mitteomav arstliku toe brigaad tagab hajaasustusega piirkonnas vähemalt sama hea arstliku abi kui tänane transpordivõimeline arstibrigaad?
7. Kas muudatuste tegelik eesmärk on parandada patsienditulemust, hoida kiirabi tänase eelarve piires või vähendada kiirabi rahastust?
8. Kas on tehtud kogu uue kiirabireformi kulude analüüs, sealhulgas lisabrigaadid, haiglate koormus, väljaõpe, telemeditsiin, pääste/politsei abi ja võimalik suurem hospitaliseerimine?
9. Kas muudatuste mõju Eesti kriisivalmidusele, elanikkonnakaitsele ja riigikaitsele meditsiinivõimekusele on hinnatud ning kas see analüüs avalikustatakse?