Kiirabivõrk 2028



Tallinn 2026

Sotsiaalministeerium | Terviseamet

Sisukord

Sissejuhatus 3
1. Suuremate teeninduspiirkondade loomine 7
1.1 Kiirabivõrgu territoriaalne ülesehitus 7
1.2 Regionaalse korralduse põhjendus 7
1.3 Kriisivalmidus 8
1.4 Võrgu dünaamiline kasutamine ja teenuseosutaja vastutus 8
2. Arstliku abi korralduse muutmine 9
2.1 Arstiga kiirabibrigaadide tegelik valmisolek ja rakendamine 9
2.2 Arstide tööjõuvajadus ja väljaõpe 11
2.3 Rahastamine ja rakendustingimused 11
3. Kiirabibrigaadide arvu suurendamine ja kaheliikmeliste brigaadide rakendamine 12
3.1 Suurem samaaegselt mehitatud valmisolek 13
3.2 Kliiniline töö, tööohutus ja lisajõu kaasamine 13
3.3 Kiirabitöötajate järelkasv 14
4. Brigaadide paiknemine ja ressursimaht 14
4.1 Planeerimise eesmärk ja kasutatud andmed 15
4.2 Päevase ja öise kutsemahu seos valmisolekuga 15
4.3 Ressursimahu arvestus 16
5. Rahvastik ja brigaadide jaotus 16
5.1 Regionaalsete suhtarvude erinevuse põhjendus 17
5.2 Suuremate linnade rahvastiku ja kiirabiressursi võrdlus 19
5.3 Võrdlus määruse brigaadide arvu kriteeriumidega 19
6. Põhja regioon 20
6.1 Harku piirkonna valmisolek Tabasalus või Murastes 21
6.2 Tallinna valmisoleku hajutamine Hiiule või Pääsküla 21
6.3 Abi kättesaadavuse parandamine Riisipere piirkonnas 21
7. Ida regioon 22
8. Lääne regioon 22
8.1 Sindi brigaad ja valmisolek Pärnust ida pool 22
8.2 Audru või Tõstamaa brigaad ja abi kättesaadavus 22
8.3 Saared ja arstlik tugi 23
9. Lõuna regioon 23
9.1 Võrumaa lõunaosa katvus Rõuge või Mõniste brigaadiga 23
10. Rakendamine ja tulemuste kontroll 23

Sissejuhatus

Käesolev dokument kirjeldab alates 1. jaanuarist 2028 kavandatava Eesti kiirabivõrgu ülesehitust ning põhjendab teenuse korralduse, brigaadide koosseisu, paiknemise ja tööaja muudatusi. Planeerimise eesmärk on saavutada olemasolevate ressursside – eelkõige eelarve ja personali – piires võimalikult hea kiirabi ajaline kättesaadavus, kvaliteet ja valmisolek kogu Eestis, arvestades nii suure kutsekoormusega piirkondade samaaegset abivajadust kui ka hajaasustusega piirkondade geograafilist katvust. **Kavandatav võrk ei lähtu eeldusest, et kiirabibrigaadide jaoks on olemas üks objektiivselt piisav arv või et muudatustega saab kõrvaldada kõik teenuse kitsaskohad. Muudatuste eesmärk on kasutada olemasolevat ressurssi senisest tõhusamalt ning saavutada põhjendatud tasakaal abi kättesaadavuse, kvaliteedi, valmisoleku ja kulutõhususe vahel.**

Muudatuse poliitiline lähtekoht on koalitsioonileppe tervishoiuvaldkonna punkt 367, mille kohaselt kinnitatakse ja rakendatakse koostöös kiirabi ekspertidega arengusuunad, korraldatakse avalik konkurss kiirabiteenuse osutajate leidmiseks, kaasajastatakse koostöös Häirekeskusega kiirabi väljasõiduplaan ning toetatakse kiirabi- ja Häirekeskuse teenuste dünaamilist ja vajaduspõhist korraldust. 2028. aasta võrgumudel peab andma konkursile selge sisulise aluse, määratlema teeninduspiirkonnad, nõutava valmisoleku, baasivõrgu, brigaadiliigid, paindliku ressursijuhtimise piirid ning Terviseameti, Häirekeskuse ja teenuseosutajate vastutuse.

Muudatuse vajadust toetab ka Riigikontrolli 2025. aasta audit „Kiirabi korraldus“, mille keskne järeldus oli, et kiirabi ei kasutata Eestis alati eesmärgipäraselt ning valdkonna juhtimine, korraldamine ja vastutus on olnud killustunud. Auditis toodi esile, et kiirabi arengusuunad on pikalt puudunud, teeninduspiirkondade ja brigaadide paiknemise otsuste alused ei ole olnud piisavalt jälgitavad, avalikku konkurssi ei ole kaua korraldatud ning varasemad analüüsid on keskendunud peamiselt kohalejõudmise aegadele, käsitlemata piisavalt rahvastiku muutusi, haiglavõrgu võimekust, brigaadide hõivatust ja muid kättesaadavust mõjutavaid tegureid. Seetõttu ei ole 2028. aasta võrgumuudatus üksnes ressursi ümberpaigutamine, vaid vastus vajadusele kujundada kiirabivõrk selge vastutuse ja avaliku konkursi jaoks piisavalt täpse teenusekirjelduse alusel.

Alates 1. jaanuarist 2028 kavandatav kiirabivõrk ühendab neli muudatust: teenuse korraldamine neljas teeninduspiirkonnas, arstliku abi sihipärasem kasutamine, kiirabi valmisoleku suurendamine päevasel ajal ehk koormuse tipphetkel ning brigaadide paiknemise ja tööaja kohandamine piirkondliku vajadusega. Eesmärk on parandada abi ajalist kättesaadavust olemasoleva tööjõu ja eelarve võimalusi arvestades.

Kiirabibaaside asukohtade muutmine peab toimuma andmepõhiselt. Ka teistes riikides on leitud, et andmepõhine otsustamine annab paremaid tulemusi kui üksnes ekspertide hinnangutele tuginemine[1]. Planeerimisel on kasutatud tervise infosüsteemi andmeid (isikustamata kiirabikaartide andmed, brigaadide hõivatus), tervishoiukorraldamise infosüsteemi andmeid (personaliandmed) ning Eesti Linnade ja Valdade Liidu avalikustatud demograafilisi andmeid. Kasutati Tervisekassa läbiviidud kiirabikaartide analüüsi, mille abil tuvastati kiirabi kättesaadavuse seisukohalt kõige kriitilisemad piirkonnad Eestis. Täiendavalt kasutati andmeid Tervisearengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasist. Piirkondade pindalad on arvestatud Maa- ja Ruumiameti ning asustustihedus Statistikaameti andmete järgi. Rahvusvahelise tausta hindamisel on arvestatud Põhja- ja Baltimaade kiirabikoostöö võrgustiku materjale ja ekspertide sisendit. Kiirabisüsteemi

[1] Jánošíková, Ľ., Jankovič, P., Kvet, M., Ivanov, G., Holod, J., Berta, I. (2022). Reorganization of an Emergency Medical System in a Mixed Urban-Rural Area. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(19), 12369. DOI: 10.3390/ijerph191912369.

arenguvõimalusi uuriti Tartu Ülikoolis, mille kohta on valminud raport „Inimkeskse haiglaeelse erakorralise meditsiinilise abi analüüs“.

Nelja teeninduspiirkonna mudel on kooskõlas kinnitatud kiirabi arengusuundadega ning ühendab püsiva baasivõrgu ja teenuseosutaja aktiivse ressursijuhtimise. Teenuseosutajalt oodatakse valmisoleku jälgimist kogu teeninduspiirkonnas, ressursi operatiivset ümberpaigutamist ning õigusaktides sätestatud brigaadiliikide ja kinnitatud valmisoleku juhtimist Terviseameti otsuse ning Tervisekassaga sõlmitud lepingu piires. Võrgu rakendamise tulemusi hinnatakse järjepidevalt ja vajaduse korral täpsustatakse selle korraldust.

Eesti tänase kiirabivõrgu põhistruktuur kujundati aastatel 2012–2014. Toonase võrgulahenduse kujundamisel lähtuti muu hulgas elanike arvust ja asustustihedusest. Seetõttu on 2028. aasta võrgu uuendamisel oluline hinnata, kuidas on enam kui kümne aasta jooksul muutunud nii rahvastiku paiknemine kui ka tegelik kiirabinõudlus.

Võrguanalüüsis kasutatud 2014. ja 2025. aasta rahvaarvu andmete võrdlus näitab, et Eesti rahvaarv kasvas sel perioodil 1 354 670 inimeselt 1 370 351 inimeseni ehk 1,2%. Riigi koguarvu muutusest olulisem on aga piirkondlik ümberpaiknemine. Harjumaa rahvaarv kasvas 10,3% ehk 66 694 inimese võrra ning Tartumaa rahvaarv 8,3% ehk 13 580 inimese võrra. Samal ajal vähenes elanike arv mitmes Ida-, Lõuna- ja Lääne-Eesti maakonnas üle kümne protsendi.

Nõudlust kiirabi järele mõjutavad nii piirkonnas elavate inimeste kui ka eakate koguarv, sest eakatel inimestel võib olla suurem haiguskoormus ning väiksem mobiilsus ehk võime iseseisvalt liikuda arsti vastuvõtule, sealhulgas EMO-sse. Kiirabi koormust mõjutavad ka muud tegurid, sealhulgas teiste tervishoiuteenuste kättesaadavus ja keskkonna mõju inimeste tervisele. Järgmine tabel illustreerib olukorra muutust Eesti maakondades kehtiva lepinguperioodi algusest 2014. aastal kuni 2025. aastani.

Tabel 1. Rahvaarvu ja kiirabikoormuse muutus maakonniti aastatel 2014–2025

Maakond	Elanikke arvu muutus	Eakate arvu (65+) muutus	Kiirabikutsete arvu muutus	Muutus kutsete absoluutarvudes aastas
Harjumaa	+10%	+18%	+9%	+10 825
Hiiumaa	-1%	+25%	+11%	+128
Ida-Virumaa	-21%	+17%	-25%	−8 118
Jõgevamaa	-21%	+4%	-23%	−1 492
Järvamaa	-11%	+13%	+7%	+312
Läänemaa	-27%	+1%	-21%	−1 058
Lääne-Virumaa	-7%	+14%	-14%	−1 570
Põlvamaa	-24%	+4%	-14%	−721
Pärnumaa	+1%	+14%	-7%	−1 126
Raplamaa	-5%	+15%	+10%	+589
Saaremaa	-1%	+9%	+7%	+367
Tartumaa	+8%	+12%	-4%	−1 137
Valgamaa	-19%	+3%	-13%	−866
Viljandimaa	-12%	+9%	-10%	−840
Võrumaa	-4%	+13%	-8%	−560
Kokku	**+1%**	**+15%**	**-2%**	**−5 267**

Allikad: Eesti Linnade ja Valdade Liit (demograafilised andmed seisuga 1.1.2014 ning 1.1.2025); Tervisearengu Instituut (kiirabikutsete arv 2014. aastal), Tervise infosüsteem (kiirabikutsete arv 2025. aastal)

Tabelist nähtub, et tänane demograafiline olukord ja nõudlus kiirabi järele erinevad oluliselt 2014. aasta olukorrast ning kiirabibrigaadide paigutus vajab ajakohastamist.

Rahvastiku muutus ei määra siiski üksinda brigaadide arvu ega paiknemist. 2028. aasta võrgu kavandamisel kasutatakse seda koos Tervisekassa 2023. aasta kiirabikaartide analüüsi tulemuste, 2025. aasta kutsekoormuse ja brigaadide hõivatuse andmete, 1. jaanuari 2025. aasta rahvastikuandmete ning piirkondlike erisustega. Kiirabibrigaadide arv ei saa olla alati proportsionaalne elanike arvuga. Hajaasustatud piirkonnas teenindab iga kiirabibrigaad väiksemat arvu inimesi, kuid suuremat pindala.

Kaasamine ja regionaalsed kohtumised

2028. aasta kiirabivõrgu ettevalmistamise käigus toimusid 2026. aastal eraldi kohtumised kõigis neljas kavandatavas teeninduspiirkonnas. Kohtumistele kutsuti piirkonnas tegutsevad kiirabiteenuse osutajad ning haiglavõrgu arengukava haiglad. Regionaalsete kohtumiste eesmärk oli tutvustada kavandatavat võrgulahendust, saada teenuseosutajatelt ja haiglatelt piirkondlikku tagasisidet ning arutada brigaadide paiknemist, ressursivajadust, arstliku toe korraldust, haiglate ja kiirabi koostööd ning piirkondlikke eripärasid. Lisaks sellele toimusid kohtumised Eesti Kiirabi Liiduga ning infotund kiirabitöötajatele. Kiirabivõrgu ettevalmistamisel võeti arvesse kirjalikku tagasisidet tervishoiuteenuse osutajatelt, kohalikelt omavalitsustelt, huvirühmadelt ning teistelt osalistelt. Kuna osaliste tagasiside on sageli vastuoluline, osa hinnanguid ei kinnitu olemasolevate andmete põhjal ja kiirabi valdkonna ressursid on piiratud, ei ole võimalik kiirabivõrku korraldada kõigi laekunud ettepanekute kohaselt.

Kohtumistel esitatud seisukohti ja kirjalikku tagasisidet käsitleti ühe sisendina koos olemasolevate andmetega. Regionaalsed arutelud võimaldasid kõrvutada analüüsidest ilmnenud probleeme teenuseosutajate ja haiglate praktilise kogemusega ning täpsustada kavandatavat võrgulahendust.

Tabel 2. Regionaalsetele kohtumistele kutsutud ja osalenud asutused

Regioon	Kohtumisele kutsutud	Kohtumisel osalenud
Põhja	Tallinna Kiirabi; Põhja-Eesti Regionaalhaigla, sh kiirabi esindaja; Karell Kiirabi; Tallinna Lastehaigla; Ida-Tallinna Keskhaigla; Lääne-Tallinna Keskhaigla	Tallinna Kiirabi; Põhja-Eesti Regionaalhaigla, sh kiirabi esindaja; Karell Kiirabi; Lääne-Tallinna Keskhaigla; Capmed
Ida	Karell Kiirabi; Narva Haigla, sh kiirabi esindaja; Rakvere Haigla; Ida-Viru Keskhaigla	Karell Kiirabi; Narva Haigla, sh kiirabi esindaja; Rakvere Haigla; Ida-Viru Keskhaigla; Teresa
Lääne	Pärnu Haigla, sh kiirabi esindaja; Saaremaa Haigla, sh kiirabi esindaja; PERH kiirabi; Hiiumaa Haigla; Rapla Haigla; HNRK; Läänemaa Haigla	Pärnu Haigla, sh kiirabi esindajad; PERH kiirabi; Rapla Haigla; Hiiumaa Haigla
Lõuna	Tartu Kiirabi; Lõuna-Eesti Haigla, sh kiirabi esindaja; Tartu Ülikooli Kliinikum; Viljandi Haigla; Põlva Haigla; Järvamaa Haigla; Jõgeva Haigla; Valga Haigla, sh kiirabi esindaja	Tartu Kiirabi; Lõuna-Eesti Haigla, sh kiirabi esindaja; Põlva Haigla; Valga Haigla, sh kiirabi esindaja

Tabel kirjeldab kaasamisprotsessi ja regionaalsete arutelude ulatust. Kiirabivõrgu uuendamise teemasid on protsessi jooksul käsitletud ka Eesti Kiirabi Liiduga ning liidu esitatud seisukohti on arvestatud ühe valdkondliku tagasisideallikana.

Käesolevas dokumendis kajastatud kiirabibrigaadide liigid on esitatud järgmises tabelis.

Tabel 3. Kiirabibrigaadide liigid

Liik	Koosseis	Kirjeldus
õebrigaad	kahe- või kolmeliikmeline	Kõige levinum brigaadiliik Eestis, mis reageerib kõikidele kiirabikutsetele üldises korras ja mille juht on lisaväljaõppega õde.
arstibrigaad	kolmeliikmeline	Teine ja kolmas brigaadi liige sarnaneõebrigaadiga, kuid juhiks on arst, kes on saanud vähemalt 40-tunnise erakorralise meditsiini alase täienduskoolituse Terviseametis kooskõlastatud programmi alusel. Varustustase on sama, mis õebrigaadil, kuid ravimite nomenklatuur on nelja toimeaine võrra laiem. Lisaks tavapärastele kutsetele võib arstibrigaadi kaasata õebrigaadide toetamiseks raskes seisundis patsiendi korral.
reanimobiil	kolmeliikmeline	Rangema varustustasemega brigaad, kelle juhiks on anestesioloog või erakorralise meditsiini arst. Üldjuhul reageerib kutsetele toetamaks õebrigaade raskes seisundis patsientide puhul või täidab erakorralisi haiglatevahelisi transpordikutseid, kuid on võimeline reageerima väljakutsetele ka esmareageerijana.
laste reanimobiil	kolmeliikmeline	Lastele kohandatud reanimobiil. Eestis on korraldatud ja rahastatud koduvalve põhimõttel. Ei reageeri Häirekeskuselt saabunud kutsetele. Täidab peamiselt erakorralisi haiglatevahelisi transpordikutseid.
arstlik toetusbrigaad	kaheliikmeline	Varustustase ja juhi kvalifikatsiooninõuded on sarnased reanimobiilibrigaadi omadega, kuid toetusbrigaadil puudub võimekus patsienti iseseisvalt transportida. Ta reageerib kutsetele valdavalt üksnes teisese reageerijana.
esmase abi brigaad	kolmeliikmeline, juht on telemeditsiini arst, kes ei asu sündmuskohal	Brigaad on mehitatud kahe esmase abi andja (läbinud 80-tunnise erakorralise meditsiini alase täienduskoolituse) ning telemeditsiini arstiga, kes juhib brigaadi tegevust kaugelt.
välijuht	üheliikmeline	Välijuhi roll on kiirabibrigaadide ja partnerite tegevuse koordineerimine sündmuskohal.

1. Suuremate teeninduspiirkondade loomine

1.1 Kiirabivõrgu territoriaalne ülesehitus

Kiirabivõrk korraldatakse nelja teeninduspiirkonna alusel: Põhja, Ida, Lääne ja Lõuna. Brigaadid paiknevad hajutatult ning väljakutsele saadetakse sobiv lähim brigaad. Teeninduspiirkond seob piirkonna juhtimise, teenuse kvaliteedi ja toimepidevuse üheks vastutusalaks. Suuremate teeninduspiirkondade moodustamise põhimõtteid käsitleti valdkonna ekspertidega kiirabi arengusuundade koostamisel.

2028. aasta kavandis jagunevad kõik 15 maakonda nelja regiooni. Teeninduspiirkondade jaotus määrab teenuse korraldamise, juhtimise ja lepingulise vastutuse territoriaalsed piirid.

Põhja regioon hõlmab Harju maakonda, sealhulgas Tallinna.

Ida regioon hõlmab Ida-Viru ja Lääne-Viru maakonda.

Lääne regioon hõlmab Pärnu, Rapla, Lääne, Hiiu ja Saare maakonda.

Lõuna regioon hõlmab Tartu, Jõgeva, Järva, Põlva, Valga, Viljandi ja Võru maakonda.

1.2 Regionaalse korralduse põhjendus

Senises korralduses jagunevad igapäevane ressursikasutus, väljasaatmine ja teenuseosutajate sisemine töökorraldus erinevate osapoolte vahel. Piirkondliku ulatusega sündmuse korral on vaja terviklikku ülevaadet brigaadide valmisolekust ja võimalust nende tööd kiiresti ümber korraldada. Nelja regiooni mudel loob selleks selgema vastutuse ja koostöökorra, säilitades Terviseameti üleriigilise juhtimisrolli kriisiolukorras.

Riigikontrolli audit seob muudatuse vajaduse valdkonna senise killustatud juhtimise ja hajusa vastutusega. Auditi kohaselt ei ole alati olnud üheselt jälgitav, kes, kuidas ja millal otsustab teeninduspiirkondade või brigaadide paiknemise muutmise üle. Nelja regiooni mudel peab sellele vastama selge otsustusahela, dokumenteeritud kaalutluste ning Terviseameti, Häirekeskuse ja teenuseosutaja rollijaotusega.

2026. aastal on Eestis 60 kiirabibaasi, millest 39-s ehk 65%-s töötab üks brigaad. Kohaliku brigaadi hõivatuse ajal sõltub järgmise kutse teenindamine naaberbaaside valmisolekust. Seetõttu tuleb suure koormusega keskusi, väiksema koormusega alasid, pikki haiglatransporte ja naaberbrigaadide tuge kavandada koos.

Regioonis jälgitakse brigaadide asukohta ja hõivatust, korraldatakse vastastikust toetust ning juhitakse mitme brigaadi osalusega sündmusi. Terviseameti, Häirekeskuse ja teenuseosutaja vahel kokku lepitud töökorraldus peab võimaldama ajutisi muudatusi, kui mõnes piirkonnas tekib tavapärasest suurem abivajadus või toimepidevuse häire. Häirekeskuse üleriigilist väljasaatmist täiendab piirkondlik ülevaade tegelikust valmisolekust.

Regiooni teenusepakkuja ülesanded peavad vastavalt kiirabi arengusuundadele tulevikus hõlmama lisaks väljakutsete teenindamisele kvaliteedijuhtimist, arstlikku kaugkonsultatsiooni, täiendõpet ja koostööõppusi, kriisivarusid ning koostööd haiglate ja sotsiaalvaldkonnaga. Suurem tegevusmaht võimaldab nende ülesannete täitmiseks koondada pädevust ja vahendeid. Nii saab ühtlustada teenuse kvaliteeti ning vähendada väikeste teeninduspiirkondade võimalustest tulenevaid erinevusi. Teenuse osutamine suurte piirkondade baasil loob aluse edasiseks arengusuundade rakendamiseks.

Suurem lepinguline piirkond toetab suuremaid investeeringuid, väljaõppe ühtlustamist ja valmisoleku kohandamist vajaduse muutumisel. Muudatused peavad jääma õigusaktide ja lepingute piiridesse.

Riigi määratud kohaliku valmisoleku, baaside paiknemise, teenuse kvaliteedi ja koostöö nõuded säilivad.

Kiirabivõrgu pidevat hindamist ja edasist planeerimist on kavandatud toetama Lifesaveri projekti käigus arendatav planeerimisvahend. Selle kasutuselevõtt võimaldab võrrelda erinevaid ressursi- ja paiknemisotsuseid ühtsetel alustel ning kavandada kiirabivõrgu muudatusi dünaamiliselt vastavalt lühi- ja pikaajalistele prognoosidele lepinguperioodi käigus, mitte üksnes järgmisel kiirabi konkursil.

1.3 Kriisivalmidus

Kriisivalmiduse kavandamisel lähtutakse võimest lisada üks täielikult varustatud brigaad iga kolme tavapärase brigaadi kohta. Piirkonna ühine personali-, sõiduki- ja varustusreserv võimaldab tugevdada suurema koormusega ala ning vajaduse korral üksusi ümber paigutada. Nelja regiooni juhtimiskorraldus toetab koostööd Päästeameti ning Politsei- ja Piirivalveameti piirkondlike struktuuridega (päästekeskused ja prefektuurid) ning lihtsustab regionaalse mõõtmega suurõnnetuse juhtimist. Muudatuste täpsemad mõjud personalireservile ja kiirabisõidukitele on välja toodud järgnevates peatükkides.

Sama võimekus suurendab ka kiirabi riigikaitselist valmisolekut. Kiirabi arengusuundades on välja toodud, et riigikaitse arengukavas 2022-2031 rõhutatakse rohkete kannatanutega sündmusteks valmisoleku olulisust, milles on kiirabil oluline roll. Kiirabivõrgu uuendamine toetab arengukava kriisivalmidusega seotud eesmärke, sealhulgas tegevusvarude suurendamist, personali olemasolu tagamist ning olukorrateadlikkuse ja juhtimisvõimekuse loomist.

1.4 Võrgu dünaamiline kasutamine ja teenuseosutaja vastutus

2028. aasta kiirabivõrgu jaotust ei käsitleta staatilise võrguna, mille kohaselt peab iga brigaad kogu valve jooksul paiknema üksnes oma tavapärases baasis. Dünaamilise kiirabivõrgu planeerimist toetab ka rahvusvaheline kogemus. Teenuseosutaja[23] ülesanne on juhtida talle usaldatud regiooni kiirabiressurssi tervikuna ning tagada teenuse kättesaadavus kogu teeninduspiirkonnas.

Teenuseosutaja peab pidevalt jälgima brigaadide asukohta ja hõivatust, kutsete territoriaalset ja ajalist jaotust. Kui kohalik brigaad on hõivatud või mõnes regiooni osas kasvab ajutiselt nõudlus, näiteks suurõnnetuse tagajärjel, tuleb vajaduse korral paigutada vaba ressurss regiooni sees operatiivselt ümber või aktiveerida täiendavat ressurssi vastavalt ettenähtud korrale. Ümberpaigutamisel hinnatakse nii tugevdatava piirkonna vajadust kui ka selle ala katvust, kust brigaad lahkub.

Operatiivne ümberpaigutamine ja täiendavate brigaadide aktiveerimine toimub Terviseameti, Häirekeskuse ja teenuseosutaja vahel kokku lepitud töökorralduse alusel. Regioonidevaheline vastastikune abi säilib.

Baasivõrk määrab püsiva geograafilise valmisoleku põhistruktuuri. Operatiivne paindlikkus täiendab seda vastavalt tegelikule vajadusele. Ajutist ümberpaigutamist ja täiendava ressursi aktiveerimist tuleb eristada baasivõrgu või lepingulise valmisoleku püsivast muutmisest.

Ettenähtud kiirabibrigaadiliikide konkreetse paiknemise ja igapäevase kasutamise teeninduspiirkonna sees korraldab teenuseosutaja, järgides riigi määratud brigaadiliikide kogumahtu, päevast ja öist valmisolekut, baasivõrku ning õigusaktide ja lepingute tingimusi. Teenuseosutaja

[2] Zahorka, F., Strauss, C., Schmid, M., Wallentin, G., Dahlmann, P. (2026). Modeling in out-of-hospital emergency medical services—a scoping review of approaches and applications. Frontiers in Public Health, 14, 1825916. DOI: 10.3389/fpubh.2026.1825916.

[3] Becker, J., Kurland, L., Höglund, E., Hugelius, K. (2023). Dynamic ambulance relocation: a scoping review. BMJ Open, 13(12), e073394. Avaldatud 14.12.2023. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-073394.

korraldusõigus ei tähenda õigust muuta ühepoolselt kokkulepitud ressursimahtu või kohustuslikke koosseisunõudeid.

Teenuseosutaja vastutus hõlmab seega lisaks baaside mehitamisele kogu regiooni operatiivse valmisoleku aktiivset juhtimist.

Riigikontrolli soovitusest lähtudes peab konkursi- ja lepingudokumentides olema eristatav, millised otsused kuuluvad riigile ning milline on teenuseosutaja operatiivne kaalutlusruum. Ümberpaigutamise otsused ja nende mõju kohalikule katvusele peavad olema hiljem kontrollitavad. Nii rakendatakse planeeri-teosta-seira-korrigeeri põhimõtet ka igapäevases ressursijuhtimises.

2. Arstliku abi korralduse muutmine

Arstliku abi ümberkorraldamise eesmärk on suunata arstide piiratud tööaeg eeskätt patsientidele, kes vajavad arsti kohalolu, ning teha arstlik konsultatsioon kättesaadavaks suuremale arvule õebrigaadidele. Selleks muudetakse arsti juhitud brigaadide jaotust ning nende kaasamise põhimõtteid. 2025. aastal lõppesid elustamisega 0,3% väljakutsetest ning 2% kutsetest olid D-prioriteediga traumakutsed. Just selliste kutsete puhul toob erakorralise meditsiini arsti kaasamine suurimat kasu ravitulemustele.[4][5] Samas puudub kirjanduses üksmeel arsti juhitud brigaadide lisaväärtuse kohta ning mõned uuringud toovad välja, et arsti kohalolu võib pikendada sündmuskohal viibitud aega ning seeläbi suurendada suremust[6].

Muudatus on kooskõlas kiirabi arengusuundadega: „Kiirabis on õebrigaadide suunas liigutud juba aastakümneid ning nende osakaalu suurendamine on teadlik ja vältimatu arengusuund, mida tuleb jätkata. Seetõttu tuleb kiirabi tippvõimekust, sealhulgas arstiabi, planeerida vastavalt tegelikule vajadusele, tagades kiireima abi seal, kus väljakutsete arv on suurem. Samal ajal tuleb arendada lahendusi, mis parandavad esmareageerijate kättesaadavust hajaasustusega piirkondades, eelkõige õebrigaadide kaudu ning vajaduse korral esmase abi brigaadide ja muude kohalike lahenduste rakendamisega.“

2.1 Arstiga kiirabibrigaadide tegelik valmisolek ja rakendamine

Kiirabivõrgus säilivad kuus reanimobiilibrigaadi ning arstlike toetusbrigaadide arv suureneb ühelt kahele; nende senine töökord ei muutu. Arstibrigaadide arv väheneb 13-lt neljale ning nende väljasõidu kord täpsustatakse. Võrgus on seega kokku (koos reanimobiilibrigaadidega) 12 arstiga mehitatud kiirabibrigaadi.

2025. aastal täideti arstibrigaadide kavandatud töömahust arstiga 74%. Seega ei väljenda arstibrigaadide arv üksinda tegelikku arstlikku valmisolekut. 31. detsembri 2023. a seisuga oli arstidega täidetud 87,35 täistööaja ekvivalenti ja ligikaudu 11% arstide ametikohtadest kiirabis Eestis oli vakantne. Suur osa arstidest töötas kiirabis osalise koormusega. Kavandatav arstide valveringide arv peab vastama võimalusele need tegelikult mehitada.

Arstiga mehitatud kiirabibrigaadide jaotus piirkonniti on järgmine.

---

[4] Lavery, M.D., Aulakh, A. & Christian, M.D. Benefits of targeted deployment of physician-led interprofessional pre-hospital teams on the care of critically Ill and injured patients: a systematic review and meta-analysis. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 33, 1 (2025). https://doi.org/10.1186/s13049-024-01298-8

[5] Boulton, A.J., Edwards, R., Gadie, A., Clayton, D., Leech, C., Smyth, M.A., Brown, T. and Yeung, J. (2025) ‘Prehospital critical care beyond advanced life support for out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review’, Resuscitation Plus, 21, DOI: 10.1016/j.resplu.2024.100803.

[6] Yamamoto, R., Suzuki, M., Yoshizawa, J., Nishida, Y. and Sasaki, J. (2021) ‘Physician-staffed ambulance and increased in-hospital mortality of hypotensive trauma patients following prolonged prehospital stay: a nationwide study’, *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 91(2), pp. 336-343. DOI: 10.1097/TA.0000000000003239.

Tabel 4. Arstiga mehitatud kiirabibrigaadide jaotus piirkonniti alates 2028. aastast (2025. aasta demograafilised ja väljakutsete andmed jagatud 2028. aastal kavandatud brigaadide arvuga)

Regioon	Brigaadide arv	km² ühe brigaadi kohta	Elanikke ühe brigaadi kohta	Väljakutseid ühe brigaadi kohta
Põhja	4	1 082	162 268	28 780
Ida	1	6 667	186 354	44 623
Lääne	1	13 969	185 622	33 742
Lõuna	6	3 084	58 217	11 193

Lääne regiooni väiksem arstlik võimekus on põhjendatud sellega, et Lääne- ja Raplamaale reageerivad arstliku võimekuse tagamiseks üldjuhul Tallinnas paiknevad reanimobiilid. Ida ja Lõuna regioonis täidavad samalaadset rolli Tartus paiknevad reanimobiilid.

Tallinnas tegutseb püsivalt arstlik toetusbrigaad ja reanimobiilid. Nende töökorralduse eripära seisneb selles, et nad reageerivad kutsetele valdavalt teisese reageerijana, kui õebrigaad kinnitab Häirekeskuselt saadud info põhjal või hinnates olukorda sündmuskohal, et patsiendi seisund on kriitiline ning arstlik tugi on vajalik. Arvestades võrdlemisi lühikesi vahemaid Tallinnas, on arstliku toetusbrigaadi ja reanimobiilide kättesaadavus suurele hulgale kiirabibrigaadidest väga hea. 2025. aastal registreeris Häirekeskus Tallinnas kokku 80 730 kiirabivajadusega sündmust, kuid arstlik toetusbrigaad ja reanimobiilid olid kaasatud esmase või teisese reageerijana kokku 1 342 juhul ehk 1,7% juhtudest. See näitab, et isegi parima arstiabi kättesaadavuse korral suudavad õebrigaadid lahendada valdava enamiku kiirabikutsetest.

2025. aasta võrdluses moodustasid D-prioriteediga kutsed arstibrigaadide kutsetest 21% ja õebrigaadide kutsetest 15%. Reanimobiilidel oli D-kutsete osakaal 65% ning arstlikel toetusbrigaadidel 75%. See näitab, et nende brigaadide töö koondus sagedamini kõrgeima prioriteediga juhtumitele. Tavapäraste arstibrigaadide töökorraldus aga suunab neid sageli reageerima väljakutsetele, mille lahendamine jääb õebrigaadide pädevuse piiresse. Arstlike brigaadide väljasõidukorra täpsustamise eesmärk on suunata arstlik abi järjekindlamalt patsientidele, kelle seisund seda nõuab.

Tabel 5. 2025. aasta näitajate võrdlus arsti ja õebrigaadide vahel

Näitaja kogu Eestis	Arstibrigaad	Õebrigaad
D-prioriteediga kutsete osakaal	21%	15%
A–C-prioriteediga kutsete osakaal	79%	85%
Hospitaliseerimise osakaal	41%	43%
Spontaanse vereringe taastumine elustamisel	36,7%	38,4%
Suremuse näitaja võrdlusandmestikus	0,3%	0,15%

2025. aastal hospitaliseerisid arstibrigaadid 11 427 patsienti 27 722-st ehk 41,2% teenindatud patsientidest, samas kui õebrigaadid hospitaliseerisid 100 420 patsienti 231 006-st ehk 43,5%. Kui eeldada, et kõigi arstibrigaadide asendamisel õebrigaadidega jääks väljakutsete arv samaks ning senine õebrigaadide hospitaliseerimise määr säiliks, hospitaliseeritaks arstibrigaadide senise 27 722 patsiendi seast ligikaudu 12 051 patsienti ehk 624 patsienti rohkem kui praegu. Eestis pöördus EMO-sse sama aasta jooksul kokku 479 137 inimest (Tervisearengu Instituudi andmetel), sõltumata sellest, kas nad saabusid iseseisvalt või kiirabiga. Sellise muudatuse korral suureneks EMO külastuste arv hinnanguliselt 479 761-ni ehk ligikaudu 624 patsiendi võrra aastas. Seega suureneks kõigi arstibrigaadide asendamisel õebrigaadidega EMO üldine koormus selle eelduse kohaselt ligikaudu 0,13%.

Arstibrigaadi ja reanimobiili juhi kvalifikatsiooninõuded erinevad. Reanimobiili juhib anestesioloog või erakorralise meditsiini arst. Arstibrigaadi võib juhtida ka muu arst, kes on läbinud nõutava erakorralise meditsiini täienduskoolituse. Reanimobiili varustus vastab intensiivravi ülesannetele. Teenuseosutajate tagasiside järgi ei ole eriarstidest valveringide moodustamine kõikjal ühtviisi võimalik.

Arsti- ja õebrigaadid lähtuvad kiirabi tegevusjuhistest. Tegevusjuhised näevad ette ühetaolisi ravivõtteid ja ravikvaliteeti sõltumata brigaadi liigist, kuid õebrigaadid peavad osa protseduuride ja raviotsuste puhul konsulteerima arstiga telefoni teel. Ööpäevaringne arstlik kaugkonsultatsioon ja vajaduse korral kohale saabuv arstlik tugi tagavad, et vajalik pädevus on patsiendi ravis kättesaadav.

Riigikontroll tõi esile telemeditsiini ja kliinilise otsustustoe kasutamata potentsiaali ning soovitas toetada telemeditsiinilise arstliku toe laiemat rakendamist. Arstibrigaadide ümberkorraldamise järgmine samm on seetõttu ööpäevaringse, töökindla ja mõõdetava arstliku kaugkonsultatsiooni võimaluse loomine kõikjal Eestis.

2.2 Arstide tööjõuvajadus ja väljaõpe

Ühe ööpäevaringse valveringi katmisel kasutatakse planeerimiskoefitsienti 5,2 täistööaja ekvivalenti. Senised 13 arstibrigaadi, neli täiskasvanute reanimobiili ja üks arstlik toetusbrigaad moodustavad 18 valveringi ehk arvestuslikult 93,6 arsti täistööaja ekvivalenti. Kavandatavad kümme valveringi vajavad samal alusel 52 täistööaja ekvivalenti. Neist kuue valveringi ehk 31,2 täistööaja ekvivalendi katmiseks on vaja anestesiolooge või erakorralise meditsiini arste. Koduvalves laste reanimobiilid on sellest võrdlusest välja jäetud, sest nende töö on korraldatud koduvalve põhimõttel.

Arvestuslik erinevus on 41,6 täistööaja ekvivalenti. See kirjeldab valveringide katmiseks vajalikku töömahtu, mitte sama arvu töötajaid. Muudatus võimaldab arstide tööaega kasutada sihipärasemalt nii kiirabis kui ka haiglates.

Tabel 6. Kiirabis töötanud arstid 2023. Aastal tööandjate andmete järgi

Arstide rühm	Töötajate arv	Keskmine töökoormus	Täiskohaga töötajaid
Anestesioloogid	44	0,40	3
Erakorralise meditsiini arstid	78	0,53	17
Muu eriala arstid	64	0,45	12

Arstide haiglaeelse töö väljaõpe jätkub reanimobiilides, arstlikes toetusbrigaadides ja säilivates arstibrigaadides. 2025. ja 2026. aasta residentuuriandmete alusel kestab kiirabimoodul üks kuu ning kummaski asutuses (Tallinna Kiirabi ja Tartu Kiirabi SA) viibib korraga üks kuni kaks residenti. Praktika senise mahu säilitamine on võimalik ka arsti juhitud brigaadide uue arvu korral.

Tabel 7. Kiirabimooduli residentide arv

Asutus	2025	2026 andmed
Tallinna Kiirabi	1	3
Tartu Kiirabi SA	6	9

Allikas: Tartu Ülikool

2.3 Rahastamine ja rakendustingimused

Alates 1. juulist 2026 on ööpäevaringse õebrigaadi piirhind 2521,12 eurot ja arstibrigaadi piirhind 3130,06 eurot. Vahe on 608,94 eurot ööpäevas. Arstliku toetusbrigaadi piirhind on 2336,80 eurot. Kaheksa arstibrigaadi asendamisel õebrigaadidega ning ühe arstibrigaadi asendamisel Pärnus arstliku toetusbrigaadiga on nende hindade alusel aastane ravikindlustuse eelarve kulu vähenemine ligikaudu 2,07 miljonit eurot. Kolme ööpäevaringse kaheliikmelise õebrigaadi aastane maksumus on sama

hinnakirja järgi ligikaudu 1,99 miljonit eurot. Võrdlus on tehtud 365 päeva alusel ja kirjeldab ümberjaotamise võimalust 2026. aasta hindades.

Muudatuse rakendamine eeldab arstlike brigaadide tegelikku mehitamist kokkulepitud valmisoleku järgi, toimivat kaugkonsultatsiooni ja selget väljasõidukorda. Arst peab vajaduse korral saama osaleda ka patsiendi transpordil. Muudatuste rakendamise hindamisel järgitakse konsultatsioonide kättesaadavust, abi (sh arstiabi) tegelikku saabumisaega ja ravitulemusi.

3. Kiirabibrigaadide arvu suurendamine ja kaheliikmeliste brigaadide rakendamine

Uues kiirabivõrgus suureneb praegu esmareageerija ülesannet täitvate kiirabibrigaadide arv (õebrigaadid, arstibrigaadid ja esmase abi brigaadid): päeval 110 ning öösel 102. Samaaegselt muutub 20 kiirabibrigaadi päevasel ajal ja 12 öisel ajal kaheliikmeliseks. Kiirabivõrgu planeerijad lähtuvad põhimõttest, et kiirem kohalejõudmise aeg, mis saavutatakse brigaadide ja paiknemiskohtade arvu suurendamisega, on suurema tähtsusega kui brigaadi koosseis. Rootsis tehtud uuringus leiti, et arsti kaasamine patsiendi haiglaeelsesse käsitlusse toob parimaid ravitulemusi[7][8][9][10][11][12] ainult kopterilennu puhul, mistõttu järeldavad autorid, et tegelik kasu ei sõltu arstist, vaid kõrgemale ravietapile jõudmise kiirusest[13]. Poolas läbiviidud uuringus jõutakse järeldusele, et kuigi kolmeliikmelised brigaadid on mõnevõrra tõhusamad teatud olukordades, jääb nende teenusekvaliteet paljude ülesannete täitmisel kaheliikmeliste brigaadidega samaks. Seetõttu järeldavad autorid, et brigaadide koosseisu suurendamine ei ole piisavalt põhjendatud[14]. Eesti kontekstis tähendab see, et kaheliikmelistele brigaadidele üleminek toob eeldatavasti suuremat kasu kui senise brigaadide koosseisu säilitamine.

Kaheliikmeliste brigaadide rakendamist käsitles Tartu Ülikooli „Inimkeskse haiglaeelse erakorralise meditsiinilise abi analüüs“. Analüüsis võrreldi rahvusvahelisi praktikaid ning võimalusi nende rakendamiseks Eestis. Kaheliikmeliste brigaadide loomise kaalumist soovitas Riigikontroll juba

[7] Stiell IG, Wells GA, Field BJ, Spaite DW, De Maio VJ, Ward R, Munkley DP, Lyver MB, Luinstra LG, Campeau T, Maloney J, Dagnone E. (1999). Improved out-of-hospital cardiac arrest survival through the inexpensive optimization of an existing defibrillation program: OPALS study phase II. Ontario Prehospital Advanced Life Support. JAMA, 281(13). doi: 10.1001/jama.281.13.1175

[8] Stiell IG, Wells GA, Field B, Spaite DW, Nesbitt LP, De Maio VJ, Nichol G, Cousineau D, Blackburn J, Munkley D, Luinstra-Toohey L, Campeau T, Dagnone E, Lyver M; Ontario Prehospital Advanced Life Support Study Group. 2004. Advanced cardiac life support in out-of-hospital cardiac arrest. N Engl J Med, 351(7). doi: 10.1056/NEJMoa040325

[9] O'Keeffe C, Nicholl J, Turner J, Goodacre S. 2011. Role of ambulance response times in the survival of patients with out-of-hospital cardiac arrest. Emerg Med J. 28(8). doi: 10.1136/emj.2009.086363

[10] Chen, H.-A., Hsu, S.-T., Hsieh, M.-J., Sim, S.-S., Chu, S.-E., Yang, W.-S., Chien, Y.-C., Wang, Y.-C., Lee, B.-C., Huang, E.P.-C., Lin, H.-Y., Ma, M.H.-M., Chiang, W.-C. and Sun, J.-T. (2022) ‘Influence of advanced life support response time on out-of-hospital cardiac arrest patient outcomes in Taipei’, *PLOS ONE*, 17(4), e0266969. Available at: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266969.

[11] Stiell IG, Nesbitt LP, Pickett W, Munkley D, Spaite DW, Banek J, Field B, Luinstra-Toohey L, Maloney J, Dreyer J, Lyver M, Campeau T, Wells GA; OPALS Study Group. The OPALS Major Trauma Study: impact of advanced life-support on survival and morbidity. CMAJ. 2008 Apr 22;178(9):1141-52. doi: 10.1503/cmaj.071154. PMID: 18427089; PMCID: PMC2292763.

[12] Kondo Y, Fukuda T, Uchimido R, Kashiura M, Kato S, Sekiguchi H, Zamami Y, Hifumi T, Hayashida K. Advanced Life Support vs. Basic Life Support for Patients With Trauma in Prehospital Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Med (Lausanne). 2021 Mar 26;8:660367. doi: 10.3389/fmed.2021.660367. PMID: 33842515; PMCID: PMC8032986.

[13] Helmersson, K., Lapidus, O., Alm, T., Bäckström, D. and Rubensson Wahlin, R. (2026) ‘Physician-staffed prehospital units for severely injured patients in the Stockholm trauma system – is there a survival benefit?’, European Journal of Trauma and Emergency Surgery, 52, article 268. DOI:10.1007/s00068-026-03270-w.

[14] Robakowska, M., Ślęzak, D., Żuratyński, P., Krzyżanowski, K., Tyrańska-Fobke, A., Błażek, M. and Woroń, J. (2022) ‘Management decisions: the effectiveness and size of the emergency medical team’, International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(7), 3753. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph19073753.

2004. aasta auditis „Esmase erakorralise arstiabi korraldus“. Samas auditis soovitati jätkata üleminekut arstibrigaadidelt õebrigaadidele ning rakendada osaajalisi brigaade (ehk päevasel ajal).

3.1 Suurem samaaegselt mehitatud valmisolek

Suurem päevane valmisolek vastab kutsete ajalisele jaotusele. 2025. aastal langes päevasele ajale ligikaudu 64% ja öisele ajale 36% kiirabikutsetest. Päevase ja öise valmisoleku erinevus ning piirkondlikud koormusnäitajad on üksikasjalikumalt kirjeldatud neljandas peatükis.

Muudatus suurendab brigaadijuhtide ja alarmsõidukijuhtide osakaalu kiirabitöötajate hulgas ning vähendab osa kolmeliikmeliste brigaadide teise liikme valveringe. Täistööaja ekvivalentide võrdlus ei tähenda sama arvu töötajaid, sest osa töötajatest töötab kiirabis osalise koormusega. Personaliplaani koostamisel tuleb tagada nii vajalik pädevus kui ka väljaõppe võimalused.

Tabel 8. Kiirabitöötajate valveringide ja täistööaja ekvivalentide muutus ööpäevas

Töötajad	Valveringid 2026	Valveringid 2028	Täiskoha ekvivalendid 2026	Täiskoha ekvivalendid 2028	Täiskohtade muutus
Arstid	18	10	93,6	52	-41,6
Õed-brigaadijuhid	84	98	436,8	509,6	+72,8
II liikmed	96	90	499,2	468	-31,2
Alarmsõidukijuhid	102	108	530,4	561,6	+31,2
Kokku	**300**	**306**	**1560,0**	**1591,2**	**+31,2**

Arvestusest on välja jäetud ametikohad, kellele ei rakendu ööpäevaringse aktiivse valve nõue (välijuhid, esmase abi brigaadid ning laste reanimobiilid).

3.2 Kliiniline töö, tööohutus ja lisajõu kaasamine

Kiirabibrigaadide töös lähtutakse tervise- ja tööministri 18.12.2018. a määruse nr 65 „Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend“ lisas 1 sätestatud oskusnõuetest ning kiirabi tegevusjuhistest. Õebrigaadi ravikvaliteet ja -otsused, sealhulgas hospitaliseerimisotsused, ei sõltu brigaadi koosseisust.

Osalised on märkinud, et Eesti kiirabis kasutatavad tegevusjuhendid ei toeta üleminekut kaheliikmelistele brigaadidele. Eestis rakendatakse European Resuscitation Councili 2025. aasta elustamisjuhiseid. Juhistes tuuakse välja, et neid ei ole vaja elustamismeeskonna suuruse järgi kohandada. Traumahaige Esmane Käsitlus Eestis on loodud kursus, kuid selle käsiraamat ei sätesta minimaalset abiandjate arvu traumakannatanu abistamiseks. Eesti kiirabimeeskonnad juhinduvad masskannatanu olukorras Major Incident Medical Management and Supporti (MIMMS) metoodikast, milles kirjeldatakse kiirabitöötajate rolle. Kuigi kolmanda liikme olemasolu masskannatanutega sündmusel on väärtuslik, MIMMSi metoodika seda otseselt ei nõua ning seda metoodikat rakendatakse ka riikides, kus kõik kiirabibrigaadid on kaheliikmelised.

2025. aasta kiirabikaartidel oli patsiendi autosse toimetamise viis märkimata 61,7% juhtudest. Nendel juhtudel jäi patsient koju, suri, patsienti ei olnud või ta anti üle näiteks politseile. Patsient liikus kiirabiautosse ise või istudes 26,1% juhtudest, lamades toimetati ta autosse 11,8% juhtudest ja muu viis oli märgitud 0,5% juhtudest. Mõnel juhul kutsuvad ka kolmeliikmelised brigaadid täiendavat brigaadi appi patsiendi transpordiks sündmuskohalt autosse. Kiirabitöötajatele ei ole täna kehtestatud kindlaid füüsilise vormi nõudeid ega normatiive. Selliste kutsete arv ei ole praegu teada, sest täiendava abi kutsumine patsiendi transpordi eesmärgil ei ole statistilise näitajana fikseeritav.

Need andmed ei näita kindlalt, kui sageli on patsiendi liigutamiseks vaja teist brigaadi või päästjate abi. Osa juhtumeid eeldab mitme üksuse osalust juba patsiendi seisundi või sündmuse laadi tõttu. Häirekeskuse 2025. aasta andmetes kaasati Iisaku brigaadi (alates 2015. aastast töös olev

kaheliikmeline kiirabibrigaad) kutsetest 2,5%-le Päästeameti ressurss astmega 1 või 1A, kuid ka see näitaja hõlmab kõiki sündmusi, sh päästesündmusi.

Arvestades eespool esitatud andmeid ning asjaolu, et kaheliikmeliseks muutub alla viiendiku kõigist brigaadidest, võib eeldada, et üksnes kanderaami kasutamiseks täiendava brigaadi kaasamist nõudvate väljakutsete osakaal ei suurene rohkem kui 5% võrra kõigist kiirabikutsetest. Kiirabibrigaadide arv päevasel ajal Eestis aga suureneb ligikaudu 9% võrra.

Erinevate meeskonnakoosseisude mõju teenuse kvaliteedile on võrreldud rahvusvaheliselt. Kuigi võrdluses on leitud, et kolmeliikmelised ja suuremad meeskonnad suudavad teha mõningaid protseduure kiiremini, ei leitud siiski erinevust ravitulemustes, sealhulgas patsiendi ellujäämises[15]. Simuleeritud olukordades tehtud uuringud on andnud vastuolulisi tulemusi selle kohta, kas kolmeliikmelised meeskonnad suudavad pakkuda kvaliteetsemat elustamist.[16][17] Kim et al. (2022)[18] soovitavad oma uuringu kokkuvõttes kaaluda kolmeliikmeliste brigaadide rakendamist just maapiirkonnas, kus lisabrigaadide saabumine on aeganõudev. Eestis säilivad kolmeliikmelised brigaadid nii maapiirkonnas kui ka sageli linnades, kuna üleminek kaheliikmelistele brigaadidele on vaid osaline. Samas uuringus tuuakse välja, et kolmeliikmelise brigaadi eelised on kõige suuremad vähese kliinilise kogemusega brigaadides.

3.3 Kiirabitöötajate järelkasv

Suurem brigaadide arv toetab brigaadide hajutamist ning suurendab õebrigaadi juhtide ja alarmsõidukijuhtide vajadust vastavalt 16,7% ja 5,9% võrra. Kehtivate nõuete järgi peab teenuseosutajal iga kolme brigaadi kohta olema üks täielikult komplekteeritud varuauto. Kiirabivõrgu muudatused nõuavad kõigilt teenuseosutajatelt kokku varuautode arvu suurendamist Eestis praegusest 34-lt 38-le.

Brigaadi teise liikmena töötamine on tulevastele õde-brigaadijuhtidele praktilise kogemuse omandamisel oluline. Uues võrgus säilivad 86 kolmeliikmelist õe- ja arstibrigaadi, mille abil on võimalik säilitada õdede järelkasvu kiirabisüsteemis. Järelkasvu saab täiendavalt tagada nn „õde-õde“ mudeli rakendamisega, kui kaheliikmelises brigaadis töötavad õde-brigaadijuht ning alarmsõiduki juhtimise õigust omav õde.

4. Brigaadide paiknemine ja ressursimaht

Kiirabivõrgu paiknemine peab toetama elupäästva abi kiiret jõudmist patsiendini. Aastatel 2021–2025 tehti Eestis keskmiselt 778,4 haiglavälist elustamiskatset aastas. Abi saabumise kiirus ning vajaliku pädevuse ja piisava meeskonna kaasamine on mõlemad olulised. Seetõttu hinnatakse brigaadide asukohti, koosseisu ja naaberbrigaadide tuge koos.

[15] Hyo, L., Hong, W. P., Jung, K., Cho, H., Lee, M. Y., Moon, H. S. (2026). Impact of the emergency medical services crew size (2 vs. ≥3 personnel) on prehospital performance and survival in severe trauma: a nationwide cohort study in Korea. J Trauma Inj, 39(3), DOI: 10.20408/jti.2025.0230

[16] Martin-Gill, C., Guyette, F. X., Rittenberger, J. C. (2010). Effect of Crew Size on Objective Measures of Resuscitation for Out-of-Hospital Cardiac Arrest. Prehosp Emerg Care, 14(2). DOI:10.3109/10903120903572293

[17] Krzyżanowski K, Ślęzak D, Dąbrowski S, Żuratyński P, Mędrzycka-Dąbrowska W, Buca P, Jastrzębski P, Robakowska M. 2021. Comparative Analysis of the Effectiveness of Performing Advanced Resuscitation Procedures Undertaken by Two- and Three- Person Basic Medical Rescue Teams in Adults under Simulated Conditions. Int J Environ Res Public Health, 18(9):4834. doi: 10.3390/ijerph18094834

[18] Kim, Y. S., Kim, K. H., Song, K. J., Shin, S. D. (2022). The number and level of first-contact emergency medical services crew and clinical outcomes in out-of-hospital cardiac arrest with dual dispatch response. Clinical and Experimental Emergency Medicine ,9(4). DOI:10.15441/ceem.22.205

4.1 Planeerimise eesmärk ja kasutatud andmed

2028. aasta kiirabivõrgu kavandamise eesmärk on viia valmisoleku maht ja paiknemine paremini vastavusse abi tegeliku vajadusega. Kiirabi kättesaadavust mõjutavad nii suur kutsekoormus keskustes kui ka hajaasustatud piirkondade pikad kohalejõudmise ja haiglasse transpordi ajad[19]. Elanike arvu ja brigaadide suhtarv annab jaotusest ülevaate, kuid ei kirjelda üksinda teenuse kättesaadavust ega määra piisavat brigaadide arvu.

Alates 1. jaanuarist 2028 kavandatakse kiirabivõrk nelja regiooni põhiselt. Brigaadide arvu ja paiknemise määramisel on lähtutud rahvastiku paiknemisest, kutsete arvust, brigaadide hõivatusest, kohalejõudmisaegadest ning piirkondlikest erisustest. Võrgu arvuline jaotus on esitatud brigaadide jaotustabelis.

Geograafilise kättesaadavuse alus on Tervisekassa 2023. aasta kiirabikaartide analüüs, mis avaldati 28. augustil 2024. Analüüsi lähteandmestikus oli 268 397 kiirabikaarti. Kohalejõudmise aeg on selles analüüsis ajavahemik väljasõidukorraldusest kohalejõudmiseni, mitte hädaabikõne vastuvõtmisest patsiendini jõudmiseni.

2025. aasta kutsekoormus ja brigaadide hõivatus näitavad, kus ja millisel ajal on täiendava valmisoleku vajadus kõige suurem. Hõivatus väljendab kutse teenindamisele kulunud aja osakaalu valveajast, arvestatuna väljasõidust kuni vabanemiseni. Planeerimisel on kasutatud Terviseameti ettekandes „Kiirabi numbrites 2025“ avaldatud piirkondlikke ja asulapõhiseid näitajaid. Rahvastiku paiknemist kirjeldavad Eesti Linnade ja Valdade Liidu andmed.

Andmestikke kasutatakse koos. 2023. aasta kohalejõudmisajad toovad esile geograafilise kättesaadavuse probleemid ning näitavad teenuse tegelikku kättesaadavust abivajaja vaates, 2025. aasta hõivatus kirjeldab kiirabivõrgu koormuse ja võimekuste reservi ning 2025. aasta rahvastikuandmed elanike paiknemist. Selline käsitlus võimaldab eristada suure nõudlusega keskuste vajadusi hõreda asustusega piirkondadest, kus abi kättesaadavust mõjutavad eeskätt vahemaad.

Selline mitmeteguriline käsitlus vastab Riigikontrolli kriitikale, et 2019. ja 2024. aasta analüüsid keskendusid ennekõike kohalejõudmisaegadele ega käsitlenud piisavalt rahvastiku muutusi, brigaadide hõivatust, haiglavõrgu võimekust, teedevõrku ja muid kättesaadavust mõjutavaid tegureid.

Võrgu planeerimise õiguslik alus on tervise- ja tööministri 27. detsembri 2018. aasta määruse nr 73 „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded“ § 4. Rahvastiku arvust ja asustustihedusest lähtuvaid nõudeid täiendavad kohaliku koormuse, vahemaade ja kohalejõudmisaegade analüüsid.

4.2 Päevase ja öise kutsemahu seos valmisolekuga

2025. aasta kutsete ajalise jaotuse järgi toimus ajavahemikul 09.00–20.59 kokku 167 226 kiirabikutset ehk ligikaudu 64% ning ajavahemikul 21.00–08.59 kokku 93 417 kutset ehk ligikaudu 36%. Seega langes päevale ligi kaks kolmandikku kõigist kutsetest. Võrdse pikkusega 12-tunniste ajavahemike puhul oli päevane kutsemaht ligikaudu 1,8 korda suurem kui öine.

Kutsete koondumine päevasele ajale koos suurema päevase hõivatusega põhjendab valmisoleku suurendamist eeskätt päeval. Sellest lähtub õebrigaadide ja arstibrigaadide arvu kasv 97-lt 106-ni päeval ja 98-ni öösel. Täiendav päevane valmisolek toetab samaaegsete kutsete teenindamist. Öise valmisoleku määramisel arvestatakse lisaks kutsete arvule vahemaid ja teeninduspiirkondlikku katvust, et abi oleks kättesaadav ka väiksema kutsekoormusega ajal.

[19] Næss, L. E., Krüger, A. J., Uleberg, O., Haugland, H., Dale, J., Wattø, J. O., Nilsen, S. M., Asheim, A. (2024). Using machine learning to assess the extent of busy ambulances and its impact on ambulance response times: A retrospective observational study. PLOS ONE, 19(1), e0296308. DOI: 10.1371/journal.pone.0296308.

4.3 Ressursimahu arvestus

Võrgu koosseis esitatakse tervise- ja tööministri 18.12.2018. a määruses nr 65 „Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend“ määratletud liikide kaupa. Arvud 97, 106 ja 98 hõlmavad kahe- ja kolmeliikmelisi õe- ja arstibrigaade koondavalt, sest tegemist on nn esmareageerijatega, kes reageerivad väljakutsetele üldises korras.

Tabel 9. Kiirabiressursi koosseis

Ressursi liik	2026	2028 päev	2028 öö
Õe- ja arstibrigaadid kokku	97	106	98
Reanimobiilibrigaad	6	6	6
Arstlik toetusbrigaad	1	2	2
Kiirabibrigaadid kokku	**104**	**114**	**106**
Esmase abi brigaad	4	4	4
Kiirabi välijuht	4	4	4

Tabel 10. Ressursi muutus regiooniti

Regioon	Õe- ja arstibrigaadid 2026	Õe- ja arstibrigaadid 2028 päev / öö	Kõik üksused 2026	Kõik üksused 2028 päev / öö
Põhja	31	37 / 32	37	43 / 38
Ida	19	20 / 19	20	21 / 20
Lääne	18	19 / 18	22	24 / 23
Lõuna	29	30 / 29	33	34 / 33
Eesti	**97**	**106 / 98**	**112**	**122 / 114**

Tabel 11. Õe- ja arstibrigaadide muutus pindala suhtes

Regioon	Pindala (km²)	km² ühe õe- ja arstibrigaadi kohta 2026	km² ühe õe- ja arstibrigaadi kohta 2028 päeval	km² ühe õe- ja arstibrigaadi kohta 2028 öösel
Põhja	4 328	140	117	135
Ida	6 667	351	333	351
Lääne	13 969	776	735	776
Lõuna	18 502	638	617	638

Üheksast lisanduvast päevasest õe- või arstibrigaadist kuus paikneb Põhja teeninduspiirkonnas, sealhulgas neli Tallinnas. Seitse uut kiirabibaasi tagavad, et abi on kättesaadav rohkemates kohtades üle Eesti ning jõuab kiiremini abivajajani seal, kus seni pidi reageerima kaugemast piirkonnast. Kõik senised ja uued kiirabibaasid on kavandatud töötama ööpäevaringselt.

5. Rahvastik ja brigaadide jaotus

Tabelites on 2028. aasta kavandatud õebrigaadide ja arstibrigaadide arv kõrvutatud 1. jaanuari 2025 elanike arvuga.

Tabel 12. Rahvastik ja brigaadid regiooniti

Regioon	Elanikke	Brigaade päev / öö	Elanikke brigaadi kohta päev / öö
Põhja	649 071	37 / 32	17 542 / 20 283
Ida	186 354	20 / 19	9 318 / 9 808
Lääne	185 622	19 / 18	9 770 / 10 312
Lõuna	349 304	30 / 29	11 643 / 12 045
Eesti	**1 370 351**	**106 / 98**	**12 928 / 13 983**

Regioonide suhtarvud ei ole kavandatud võrdsena, sest tiheda linnalise ja hõreda hajaasustusega piirkonna kiirabibrigaadide arvu vajadus on erinev; erinevuse põhjendus on esitatud järgnevas alapeatükis.

Tabel 13. Rahvastik ja brigaadid maakonniti

Maakond	Regioon	Elanikke	Õe- ja arstibrigaade päev / öö	Elanikke õe- ja arstibrigaadi kohta päev / öö
Harju	Põhja	649 071	37 / 32	17 542 / 20 283
Ida-Viru	Ida	128 568	14 / 13	9 183 / 9 890
Lääne-Viru	Ida	57 786	6 / 6	9 631 / 9 631
Hiiu	Lääne	9 778	1 / 1	9 778 / 9 778
Lääne	Lääne	20 456	2 / 2	10 228 / 10 228
Pärnu	Lääne	87 234	10 / 9	8 723 / 9 693
Rapla	Lääne	33 824	3 / 3	11 275 / 11 275
Saare	Lääne	34 330	3 / 3	11 443 / 11 443
Jõgeva	Lõuna	27 147	4 / 4	6 787 / 6 787
Järva	Lõuna	29 231	3 / 3	9 744 / 9 744
Põlva	Lõuna	23 803	3 / 3	7 934 / 7 934
Tartu	Lõuna	162 734	8 / 7	20 342 / 23 248
Valga	Lõuna	27 123	4 / 4	6 781 / 6 781
Viljandi	Lõuna	44 893	4 / 4	11 223 / 11 223
Võru	Lõuna	34 373	4 / 4	8 593 / 8 593
Eesti		**1 370 351**	**106 / 98**	**12 928 / 13 983**

Brigaadid teenindavad vajaduse korral kutseid üle maakonna- ja regioonipiiride vastavalt Vabariigi Valitsuse 20.12.2018. a määruses nr 119 „Kiirabi, haiglate, pääste- ja politseiasutuste, Kaitseväe ning Terviseameti kiirabialase koostöö kord“ sätestatust. Väikesaarte esmase abi üksused ei sisaldu tavapäraste brigaadide maakonnaarvudes.

5.1 Regionaalsete suhtarvude erinevuse põhjendus

Elanike arv ühe kiirabibrigaadi kohta erineb teeninduspiirkonniti märgatavalt. 2028. aasta päevase valmisoleku korral on ühe õe- või arstibrigaadi kohta Põhja teeninduspiirkonnas ligikaudu 17 500 elanikku, Lõunas 11 600, Läänes 9 800 ning Idas 8 900 elanikku. Neid suhtarve ei ole kavandatud regioonide vahel võrdsena, sest elanike arv üksi ei määra kiirabiressursi vajadust. Ressursivajadust mõjutavad samaaegselt asustustihedus, territooriumi suurus, rahvastiku paiknemine, kutsekoormus, brigaadide hõivatus, vahemaad ning võimalus saada lähima brigaadi hõivatuse korral abi teisest baasist. Ka kutsekoormuse näitajad toovad esile regionaalsed erinevused, mis on esitatud järgmistes tabelites. Mõlemas tabelis arvestatakse ainult kahe- ja kolmeliikmelisi õe- ja arstibrigaade ehk neid, kes reageerivad kutsetele üldises korras.

Tabel 14. Kiirabikutsete arv brigaadi kohta regiooniti 2025. aastal

Regioon	Kutsete arv 2025. aastal	Brigaadide arv 2025. aastal	Kutseid brigaadi kohta ööpäevas
Põhja	115 120	31	**10,17**
Ida	44 623	19	**6,43**
Lääne	33 742	18	**5,14**
Lõuna	67 158	29	**6,34**
Kokku / keskmine	**260 643**	**97**	**7,36**

Kavandatud muudatuste mõju kirjeldab järgmine tabel.

Tabel 15. Kiirabikutsete ja kavandatud brigaadide jaotus regiooniti päeval ja öösel

Regioon	Kutseid päevasel ajal 2025. aastal	Kutseid öisel ajal 2025. aastal	Brigaade päeval al. 2028	Brigaade öösel al. 2028	Kutseid brigaadi kohta päevases vahetuses	Kutseid brigaadi kohta öises vahetuses
Põhja	72 715	42 405	37	32	5,38	3,63
Ida	29 090	15 533	20	19	3,98	2,24
Lääne	22 195	11 547	19	18	3,20	1,76
Lõuna	43 226	23 932	30	29	3,95	2,26
Kokku / keskmine	**167 226**	**93 417**	**106**	**98**	**4,32**	**2,61**

Põhja teeninduspiirkonnas on rahvastik kõige enam koondunud ning piirkonna keskmine asustustihedus on ligikaudu 149 elanikku km² kohta. Suur osa regiooni elanikkonnast ja kiirabiressursist paikneb Tallinnas, kus erinevate baaside brigaadid saavad üksteist suhteliselt lühikeste vahemaade tõttu toetada. Põhja regiooni ressursivajadust määravad seetõttu eeskätt suur absoluutne kutsemaht, samaaegsed kutsed ja kõrge hõivatus. Sellele vastab ka võrgu suurim ressursikasv. Põhja regiooni päevane brigaadide arv suureneb 31-lt 37-le.

Ida teeninduspiirkonnas on elanike arv brigaadi kohta väiksem, kuid valmisolek peab olema hajutatud kahe maakonna ning mitme eraldiseisva keskuse vahel. Lisaks on Ida-Virumaal kiirabikutsete suhteline sagedus kõrge ning Narvas on brigaadide hõivatus regiooni keskmisest suurem. Narva-Jõesuu brigaadi lisamine parandab seejuures eeskätt geograafilist kättesaadavust, mitte üksnes elanike ja brigaadide suhtarvu.

Lääne teeninduspiirkonnas tuleneb suurem brigaadide arv elaniku kohta eelkõige väga hõredast asustusest, suurest territooriumist ja saartest. Regiooni keskmine asustustihedus on ligikaudu 12,9 elanikku km² kohta. Hiiumaal ja Saaremaal tuleb säilitada eraldatusest tulenev kohalik valmisolek ning mandriosas mõjutavad ressursivajadust pikad vahemaad, sealhulgas Tõstamaa piirkonna pikad kohalejõudmisajad. Seetõttu ei saa regiooni valmisolekut vähendada proportsionaalselt väiksema elanike arvuga.

Lõuna teeninduspiirkond paikneb nende kahe äärmuse vahel. Tartu on tihe ja suurema kutsekoormusega linnaline keskus, kuid ülejäänud regiooni teenindamiseks tuleb säilitada hajutatud ööpäevaringne valmisolek seitsmes maakonnas. Regiooni keskmine asustustihedus on ligikaudu 18,9 elanikku km² kohta ning näiteks Võrumaa lõunaosas on abi kohalejõudmise vahemaad pikad. Seetõttu on elanike arv ühe brigaadi kohta väiksem kui Põhjas, kuid suurem kui Idas ja Läänes.

Regionaalsed erinevused on seega kavandatud teadlikult. Tihedama asustusega piirkonnas saab üks brigaad teenindada suuremat elanike arvu, samal ajal kui hõredamalt asustatud ja geograafiliselt hajutatud piirkonnas tuleb valmisolekut säilitada ka väiksema elanike arvu juures. Seda põhimõtet

kajastab ka tervise- ja tööministri 27.12.2018. a määruses nr 73 „Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded“ sätestatud asustustihedusepõhine brigaadide arvestus.

Rahvusvaheline teaduskirjandus toetab samuti linnaliste ja maapiirkondade erinevat käsitlemist. 2022. aasta süstemaatilises ülevaates leiti, et 29 linnalisi ja maapiirkondi võrrelnud uuringust 27-s olid kiirabi reageerimisajad maapiirkondades pikemad, samuti olid maapiirkondades pikemad transpordiajad. See toetab põhimõtet, et hõredalt asustatud piirkonnas tuleb ühe elaniku kohta säilitada rohkem territoriaalset valmisolekut, et kompenseerida suuremaid vahemaid[20].

5.2 Suuremate linnade rahvastiku ja kiirabiressursi võrdlus

Maakondlikud suhtarvud annavad ülevaate kiirabiressursi jaotusest suuremal territooriumil, kuid ei kajasta täielikult elanikkonna ja brigaadide paiknemise erinevusi maakonna sees. Võrdluse täpsustamiseks on eraldi välja toodud Eesti viis suuremat linna: Tallinn, Tartu, Narva, Pärnu ja Kohtla-Järve.

Tabelis võrreldakse linnade kui kohalike omavalitsuste elanike arvu ja nende territooriumile kavandatud kiirabibrigaadide arvu. Rahvastikuandmed pärinevad Eesti Linnade ja Valdade Liidu avaldatud rahvastikuregistri andmetest 1. jaanuari 2025 seisuga ning brigaadide arv 2028. aasta kiirabivõrgu kavandist.

Tabel 16. Suuremate linnade rahvastik ja kiirabibrigaadide arv

Linn	Elanikke 01.01.2025	Brigaade päev / öö	Elanikke brigaadi kohta päev / öö
Tallinn	461 602	24 / 19	19 233 / 24 295
Tartu	98 270	6 / 5	16 378 / 19 654
Narva	52 058	4 / 3	13 015 / 17 353
Pärnu	51 777	4 / 3	12 944 / 17 259
Kohtla-Järve	31 540	2 / 2	15 770 / 15 770

Eesti Linnade ja Valdade Liit. Elanike arv kohalike omavalitsuste kaupa. Rahvastikuregistri andmed seisuga 01.01.2025.

Tabelis kasutatakse kohalike omavalitsuste rahvaarvu. Tartu ja Pärnu puhul hõlmab see lisaks keskuslinnale ka omavalitsuse teisi asulaid. Tartu kavandatud brigaadid paiknevad linnalises piirkonnas, sealhulgas kesklinnas ja Annelinnas. Tõstamaa piirkond kuulub halduslikult Pärnu linna kui kohaliku omavalitsuse koosseisu, mistõttu on Pärnu kiirabiressursi hulka arvestatud ka sinna kavandatud ööpäevaringne brigaad. Kohtla-Järve puhul hõlmab rahvaarv kõiki linna territoriaalselt eraldatud linnaosi.

Suuremate linnade võrdlus täiendab maakondlikku koondpilti ning näitlikustab kiirabiressursi ja elanikkonna suhet suuremates rahvastikukeskustes.

Tabelis esitatud brigaadid ja elanikkond sisalduvad juba vastavate maakondade koondandmetes.

5.3 Võrdlus määruse brigaadide arvu kriteeriumidega

2025. aasta rahvastikuandmetel ületab kavandatud brigaadide arv kõigis neljas teeninduspiirkonnas ministri määruses sätestatud vahemike rangema otsa järgi arvutatud taseme nii päeval kui ka öösel. Hiiu maakonda on kavandatud üks ja Saare maakonda kolm kiirabibrigaadi, mis vastab neile kehtestatud erinõuetele. Lisaks sellele arvestati kiirabivõrgu planeerimisel, et Hiiumaale lisandub täiendav koduvalve põhimõttel korraldatud kiirabibrigaad, mis pakub võimalust transportida erakorralisi patsiente mandrile ja tagab kriisireservi olemasolu Hiiu maakonnas ning Ida-Virumaale

[20] Alruwaili, A., Alanazy, A. R. M. (2022). Prehospital Time Interval for Urban and Rural Emergency Medical Services: A Systematic Literature Review. Healthcare, 10(12), 2391. DOI: 10.3390/healthcare10122391.

lisandub mobiilne intensiivravi brigaad, mis transpordib patsiente haiglate vahel nii maakonna piires kui ka üle Eesti.

Määruses on sätestatud alla 20 elaniku/km² keskmise asustustihedusega teeninduspiirkonnas vähemalt ühe brigaadi 15 000–20 000 elaniku kohta ning üle 20 elaniku/km² korral ühe brigaadi 30 000–35 000 elaniku kohta. Hiiu ja Saare maakonnale kehtivad eraldi vastavalt ühe ja kolme brigaadi nõuded. Järgmise tabeli arvutuses kasutatakse eelnevate vahemike väiksemat elanike arvu. Hõredama asustusega piirkonnas kasutatakse võrdlusarvuna 15 000 ja tihedama asustusega piirkonnas 30 000 elanikku brigaadi kohta. Rahvaarvu jagatis ümardatakse üles lähima täisarvuni. Nii hinnatakse võrku vahemiku suuremat brigaadide arvu eeldava otsa järgi. Võrdluses arvestatakse tavapäraseid brigaade.

Tabel 17. Rahvastikupõhiste nõuete võrdlus maakonniti

Maakond	Elanikku km² kohta	Võrdlusarv elanikke / brigaad	Arvutuslik lävend	Brigaade päev / öö 2028. aastal	Öine arv piisab
Harju	149,5	30 000	22	37 / 32	Jah
Hiiu	8,1	Erinõue	1	1 / 1	Jah
Ida-Viru	43,8	30 000	5	14 / 13	Jah
Jõgeva	10,6	15 000	2	4 / 4	Jah
Järva	11,1	15 000	2	3 / 3	Jah
Lääne	11,2	15 000	2	2 / 2	Jah
Lääne-Viru	16	15 000	4	6 / 6	Jah
Põlva	12,9	15 000	2	3 / 3	Jah
Pärnu	16,2	15 000	6	10 / 9	Jah
Rapla	12,3	15 000	3	3 / 3	Jah
Saare	10,8	Erinõue	3	3 / 3	Jah
Tartu	49,2	30 000	6	8 / 7	Jah
Valga	14,4	15 000	2	4 / 4	Jah
Viljandi	13,2	15 000	3	4 / 4	Jah
Võru	12,1	15 000	3	4 / 4	Jah

Rahvastikupõhine lävend on valmisoleku kavandamise lähtekoht. Sellest suuremat brigaadide arvu põhjendavad samaaegsed kutsed, pikad vahemaad, patsienditranspordid ja vajadus säilitada piirkonnas abi kättesaadavus ka lähima brigaadi hõivatuse ajal.

Riigikontrolli audit näitas, et operatiivarvestuses olevaid brigaade kasutatakse jätkuvalt ka mitte-erakorraliseks haiglatevaheliseks transpordiks, mis võib jätta piirkonna kriitilisel hetkel kohaliku ressursita. Seetõttu arvestatakse ressursimahu ja regionaalse katvuse hindamisel eraldi pikkade transpordikutsete sagedust ja kestust ning nähakse ette täiendav kiirabiressurss vähemalt seniks, kuni meditsiinilise transpordi vajadused on lahendatud väljaspool kiirabisüsteemi.

Tallinnas on 461 602 elanikku ning 19 öist tavapärast brigaadi; 30 000 elaniku võrdlusarv annab lävendiks 16. Ülejäänud Harjumaal on 187 469 elanikku ja 13 öist brigaadi. Isegi 15 000 elaniku rangema kontrollarvu kasutamisel oleks selle osa lävend 13.

Brigaadide arvu nõuete kõrval määravad teenuse toimimise nende paiknemine, koosseis, mehitamine ja varustus. Seetõttu on iga uue baasipiirkonna valikut põhjendatud eraldi kohaliku abivajaduse ja geograafilise kättesaadavuse kaudu.

6. Põhja regioon

Põhja regioonis elas 2025. aastal 649 071 inimest ehk ligikaudu 47,4% Eesti elanikest. Harjumaal registreeriti samal aastal 115 120 kiirabikutset ehk 44% riigi kutsetest. Päevane hõivatus oli regioonis

47% ja Tallinnas 53%, öösel vastavalt 24% ja 28%. Suur kutsemaht ning päeva ja öö hõivatuse erinevus põhjendavad eeskätt päevase valmisoleku suurendamist.

Tavapäraste brigaadide arv suureneb 31-lt 37-ni päeval ja 32-ni öösel. Koos eriülesandeid täitvate üksustega on ressursiühikuid vastavalt 43 ja 38. Muudatus ühendab Tallinna päevase lisavõimekuse ja Harjumaa geograafilise katvuse parandamise. Kuna Harjumaa brigaadid teenindavad ka Tallinna kutseid, mõjutab pealinna koormus valmisolekut kogu regioonis.

Tabel 18. Tallinna ja ülejäänud Harjumaa võrdlus

Piirkond	Elanikke	Brigaade päev / öö	Elanikke brigaadi kohta päev / öö
Tallinn	461 602	24 / 19	19 233 / 24 295
Muu Harjumaa	187 469	13 / 13	14 421 / 14 421
Harjumaa kokku	**649 071**	**37 / 32**	**17 542 / 20 283**

Tallinna 24 päevast ja 19 öist brigaadi paiknevad Mustamäel, Haaberstis, Koplis, Kesklinnas, Lasnamäel ning Hiiul või Pääskülas. Lasnamäele kavandatakse kümme päevast ja seitse öist brigaadi. Ülejäänud Harjumaa 13 ööpäevaringset brigaadi peavad katma suuremaid vahemaid. Sellest tuleneb maakonnas väiksem elanike arv brigaadi kohta võrreldes Tallinnaga, kus vajadus ja brigaadid paiknevad tihedamalt.

6.1 Harku piirkonna valmisolek Tabasalus või Murastes

Tabasallu või Murastesse kavandatakse üks ööpäevaringne brigaad. Harku vallas elas 2025. aasta alguses 18 471 inimest, aasta varem 18 068. Tervisekassa 2023. aasta analüüsis registreeriti kogu vallas 1 624 C- ja D-prioriteedi kutset. Kasvav elanikkond ja piirkonna kutsekoormus põhjendavad kohaliku valmisoleku loomist Tallinna läänepoolse lähiala teenindamiseks.

Kohaliku baasi eesmärk on tuua kiirabi Harku valla asustusele lähemale ning vähendada sõltuvust Tallinnast ja naaberpiirkondadest saabuvast abist. Teenuseosutaja valib Tabasalu või Muraste vastavalt sobiva taristu hankimise võimalusele. Asukoha valikul arvestatakse väljasõiduteid ja ühendusi piirkonna asulatega.

6.2 Tallinna valmisoleku hajutamine Hiiule või Pääsküllа

Hiiule või Pääsküllа kavandatakse üks ööpäevaringne brigaad. Selle paiknemise peamine põhjendus on Tallinna kõrge päevane hõivatus ja vajadus paigutada valmisolekut ka linna lõuna- ja edelaossa. Üksnes brigaadide lisamine olemasolevatesse suurtesse baasidesse ei taga, et vaba ressurss alustaks järgmist sõitu sobivast linnaosast. Uus paiknemine täiendab Lasnamäe päevast juurdekasvu linna teises ruumilises suunas.

Hiiu või Pääsküla baas loob linna lõuna- ja edelaosas püsiva valmisoleku ning täiendava võimaluse kutsete teenindamiseks teiste Tallinna brigaadide hõivatuse ajal. Teenuseosutaja valib kahe asukoha vahel sobiva taristu alusel, arvestades ühendusi teenindatavate linnaosadega. Muudatuse mõju hinnatakse piirkonna kohalejõudmisaegade ja tegeliku ressursikasutuse järgi.

6.3 Abi kättesaadavuse parandamine Riisipere piirkonnas

Riisipere ööpäevaringse brigaadi kavandamist toetab konkreetne geograafiline tulemus. Tervisekassa analüüsi kohaselt oli Turba ja Riisipere vahelisel alal 264 C- ja D-prioriteedi kutset ning pooltel juhtudel ületas kohalejõudmise aeg 31 minutit. See seob uue paiknemise mõõdetud probleemiga, mille lahendamisel on tähtis senisest lähem stardipositsioon.

Riisipere asukoht Tallinna–Haapsalu maantee ääres võimaldab teenindada Lääne-Harjumaa kutseid eri suundades. Baasi valik ühendab vajaduse parandada Turba-Riisipere piirkonna kohalejõudmisaegu ning kasutada teedevõrku ümbruskonna teenindamiseks.

7. Ida regioon

Ida regioonis elas 2025. aastal 186 354 inimest. Ida-Virumaal registreeriti 2025. aastal 33 005 ning Lääne-Virumaal 11 618 kutset. Regiooni avaldatud hõivatus oli päeval 27% ja öösel 15%, Narvas vastavalt 35% ja 20%. Tavapäraste brigaadide arv muutub 19-lt 20-ni päeval ja jääb öösel 19-le. Kõigi ressursiliikide arv kokku on 21 päeval ja 20 öösel.

Narva-Jõesuusse kavandatakse üks ööpäevaringne brigaad. Koos Narva nelja päevase ja kolme öise brigaadiga on piirkonnas viis päevast ning neli öist brigaadi. Narva-Jõesuu omavalitsuses oli 2023. aastal 848 C- ja D-prioriteedi kutset. Uus baas loob selles suunas kohaliku valmisoleku ja hajutab seni Narvasse koondunud ressurssi.

Narva ja Narva-Jõesuu valmisolekut korraldatakse ühtse piirkondliku ressursina. Päevane suurem brigaadide arv vastab kõrgemale hõivatusele, öine hajutatud paiknemine toetab abi kättesaadavust mõlemas keskuses. Regioonis säilitatakse üks arstibrigaad. Kiirabivõrgu planeerimisel arvestati ka regioonis toimiva mobiilse intensiivravi brigaadiga, mis teostab kriitilises terviseseisundis patsientide transporti nii regioonis tegutsevate haiglate vahel kui ka Tallinna ja Tartu suunas.

8. Lääne regioon

Lääne regioonis elas 2025. aastal 185 622 inimest. Tavapäraste brigaadide arv kasvab 18-lt 19-ni päeval ning jääb öösel 18-le, kõigi ressursiühikute arv on 24 päeval ja 23 öösel. 2025. aasta hõivatus oli regioonis 22% päeval ja 13% öösel, Pärnus 28% ja 18%. Seega põhjendavad muudatust eeskätt valmisoleku ruumiline jaotus ja pikkade sõiduaegadega piirkondade katvus. Madalam keskmine hõivatus ei kõrvalda vahemaadest tulenevat vajadust.

Senine Pärnu arstibrigaad asendub arstliku toetusbrigaadiga. See tähendab, et nõuded valves oleva arsti pädevusele suurenevad. Arstibrigaadi juhina võib töötada üldarst, aga arstliku toetusbrigaadi juhiks saab olla üksnes anestesioloog või erakorralise meditsiini arst. Arstliku toetusbrigaadi töömudel erineb arstibrigaadist; ta ei reageeri kiirabikutsetele üldises korras, vaid üksnes kõige raskemas seisundis olevate patsientide korral. Sellega tagatakse nii arstliku pädevuse suurenemine Lääne regioonis kui ka selle sihipärasem rakendamine.

8.1 Sindi brigaad ja valmisolek Pärnust ida pool

Sindisse kavandatakse üks ööpäevaringne brigaad, et parandada valmisolekut Pärnust ida pool. Tori vallas elas 2025. aasta alguses 12 583 inimest ning 2023. aastal registreeriti kogu vallas 1 203 C- ja D-prioriteedi kutset. Kohalik baas toob kiirabi lähemale Sindi ja selle ümbruse elanikele ning hajutab Pärnu piirkonna valmisolekut.

Sindi brigaad täiendab Pärnu linna kolme päevast ja kahte öist brigaadi. Selle paiknemine võimaldab teenindada osa piirkonna kutseid kohapealt ning kasutada Pärnu ja Sindi brigaade vastastikku, lähtudes kutse asukohast ja vaba ressursi paiknemisest.

8.2 Audru või Tõstamaa brigaad ja abi kättesaadavus

Üks ööpäevaringne brigaad kavandatakse kas Audrusse või Tõstamaale. Tervisekassa analüüsis oli Tõstamaa ja Pärnu lahe vahelisel poolsaarealal 249 C- ja D-prioriteedi kutset. Pooltel juhtudel ületas kohalejõudmise aeg 32 minutit ning kümnendikul 42 minutit. See on otsene alus valmisoleku viimiseks Pärnust lääne poole ja pika kohalejõudmisajaga piirkonnale lähemale.

Teenuseosutaja valib baasi taristu Audrus või Tõstamaal. Mõlema variandi puhul on asukohavaliku eesmärk parandada Pärnust lääne poole jäävate alade teenindamist. Eriti oluline on ühendus Tõstamaa suunaga, kus analüüs näitas pikki kohalejõudmisaegu.

8.3 Saared ja arstlik tugi

Hiiumaal säilib üks tavapärane brigaad Kärdlas ning Saaremaal kolm brigaadi. Hiiumaa hõivatus oli päeval 14% ja öösel 8%, kuid saare eraldatus ja vahemaad eeldavad püsiva kohaliku valmisoleku säilitamist. Lisaks täiendab kavandatav koduvalves transpordibrigaad haiglatevahelise transpordi korraldust Hiiumaalt mandrile.

9. Lõuna regioon

Lõuna regioonis elas 2025. aastal 349 304 inimest. Tavapäraste brigaadide arv kasvab 29-lt 30-ni päeval ning jääb öösel 29-le. Kõigi ressursiühikute arv on 34 päeval ja 33 öösel. Avaldatud hõivatus oli regioonis 25% ja 15%, Tartus 38% ja 22% ning Võrus 33% ja 21%. Tartusse kavandatakse kokku kuus päevast ja viis öist arsti- ja õebrigaadi, mis paiknevad Kesklinnas ja Annelinnas.

9.1 Võrumaa lõunaosa katvus Rõuge või Mõniste brigaadiga

Rõugesse või Mõnistesse kavandatakse üks ööpäevaringne brigaad. Tervisekassa 2023. aasta analüüsis oli Mõniste-Varstu piirkonnas 190 C- ja D-prioriteedi kutset ning kohalejõudmise mediaan ligikaudu 30 minutit. Mõniste piirkond oli analüüsis eraldi esile toodud pikema kohalejõudmisajaga piirkonnana. See toetab valmisoleku paigutamist Võrumaa lõunaossa ka siis, kui kohalik kutsete arv on linnade omast väiksem.

Võrumaa lõunaossa paigutatav brigaad vähendab sõltuvust kaugemalt saabuvast abist. Teenuseosutaja valib Rõuge või Mõniste vahel vastavalt sobiva taristu hankimise võimalusele. Asukoha sobivuse hindamisel lähtutakse ühendustest lõunapoolsete asulatega, sealhulgas Mõniste-Varstu piirkonnaga. Muudatuse mõju hinnatakse selle ala kohalejõudmisaegade järgi.

Lõuna regiooni arstlik võimekus koosneb kolmest arstibrigaadist ja kolmest reanimobiilist ehk kuuest üksusest kokku.

10. Rakendamine ja tulemuste kontroll

Uue võrgu toimimist on otstarbekas hinnata esimest korda kuue kuu ning terviklikult 12 kuu järel. Hindamise keskmes on abi kättesaadavus erinevates piirkondades, kiirabibrigaadide hõivatuse andmed ning ravitulemused.

Riigikontrolli soovituse kohaselt peab hindamine moodustama pideva planeeri-teosta-seira-korrigeeri tsükli, mitte piirduma ühekordse järelvaatega. Seireks tuleb kokku leppida mõõdikute lähtetasemed, sihttasemed, andmeallikad, vastutajad ja otsustusreeglid juhuks, kui tulemus ei vasta eesmärgile. Eraldi tuleb parandada kiirabikaartide andmekvaliteeti, sest puudulikud või vastuolulised aja- ja tegevusandmed vähendavad võrguotsuste usaldusväärsust.

Konkreetsed tulemusmõõdikud lepitakse kokku koostöös valdkonna ekspertidega järgmises etapis.

Tabel 19. Võimalikud tulemuste hindamise näitajad

Hindamise osa	Hinnatav näitaja
Kohalejõudmine	C- ja D-kutsete mediaan ja 90. protsentiil eraldi, juhtumite arv ning pikkade aegade osakaal samadel geograafilistel aladel.
Tegelik valmisolek	Mehitatud valveaeg, päeva ja öö hõivatus ning olukorrad, kus lähim või kogu kohaliku piirkonna ressurss on hõivatud.
Piirkondade vastastikune abi	Teisest piirkonnast brigaadi saabumise sagedus, väljasõitude ja pikkade transportide ajal tekkiv katvus ning asendusressursi vajadus.
Koosseisu mõju	Õebrigaadide, arstibrigaadide, reanimobiilibrigaadide ja arstlike toetusbrigaadide kasutamine ning patsienditulemused, arvestades juhtumite erinevust.
Uued baasid	Kas piirkonna põhjenduses nimetatud probleem paraneb, valitud asukoha mõju kohalejõudmisele.

2028. aasta jaotus suurendab valmisolekut seal, kus koormus on suurem, ning hajutab brigaadide paiknemist pika kohalejõudmisajaga piirkondade teenindamiseks. Rakendamise tulemuste põhjal täpsustatakse vajaduse korral brigaadide arvu, koosseisu ja paiknemist.