

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL
Majandusteaduskond
Ragnar Nurkse innovatsiooni ja valitsemise instituut

Priit Tamra

**KIIRABITEENUSE LEPINGULINE DELEGEERIMINE NING
SELLE MÕJU TEENUSE KVALITEEDILE**

Magistritöö

Avaliku sektori juhtimine ja innovatsioon

Juhendaja: Veiko Lember, PhD

Tallinn 2019

Deklareerin, et olen koostanud töö iseseisvalt ja olen viidanud kõikidele töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödele, olulistele seisukohtadele ja andmetele, ning ei ole esitanud sama tööd varasemalt ainepunktide saamiseks. Töö pikkuseks on 9474 sõna sissejuhatusest kuni kokkuvõtte lõpuni.

Priit Tamra 14.05.2019

(allkiri, kuupäev)

Üliõpilase kood: 163638HAAM

Üliõpilase e-posti aadress: priit.tamra@gmail.com

Juhendaja: Veiko Lember, PhD:

Töö vastab kehtivatele nõuetele

.....

(allkiri, kuupäev)

Kaitsmiskomisjoni esimees:

Lubatud kaitsmisele

.....

(nimi, allkiri, kuupäev)

SISUKORD

LÜHIKOKKUVÕTE	4
SISSEJUHATUS	5
1. TEOREETILINE RAAMISTIK	8
1.1. Lepinguline delegeerimine.....	8
1.2. Volitaja-agendi suhe	11
1.3. Kiirabiteenuse olemus.....	12
1.3.1. Lepinguline delegeerimine kiirabi valdkonnas	13
1.4. Teenuste kvaliteet	13
1.4.1. Kiirabiteenuse tulemuste mõõtmine ning kvaliteedinäitajad	14
1.5. Eesti kontekst.....	17
1.6. Kokkuvõte.....	21
2. METOODIKA.....	22
3. EMPIIRILINE ANALÜÜS.....	23
3.1 Lepinguline delegeerimine.....	23
3.2 Lepingud	23
3.3 Osapooled	24
3.4 Õigusruum	24
3.5 Rahastamine.....	25
3.6 Kvaliteet.....	27
3.7 Personal.....	28
3.8 Järelevalve.....	29
4. JÄRELDUSED	30
KOKKUVÕTE	36
SUMMARY	38
KASUTATUD ALLIKATE LOETELU	39
LISA 1	46
LISA 2	47

LÜHIKOKKUVÕTE

Magistritöö teemaks on “Kiirabiteenuse lepinguline delegeerimine ning selle mõju teenuse kvaliteedile”. Antud töö eesmärgiks on anda ülevaade kiirabiteenuse lepingute koostamisest ja nende seostest ning mõjust teenuse kvaliteedile.

Kiirabiteenust ei osuta riik ise, vaid selle teenuse osutamiseks on leitud juriidilised isikud, kellega on sõlmitud vastavad lepingud. Sellest tulenevalt on teoreetilises osas kirjeldatud volitaja-agendi teooriat ja probleeme ning nii positiivseid kui ka soovimatuid mõjusid kvaliteedile. Seejärel keskendutakse Eesti kontekstile ja antakse ülevaade hetkeolukorrast. Teises osas hinnatakse lepingutes kehtestataivate normide ja kvaliteedimõõdikute mõju teenuse osutaja tegevusele. Hinnangu andmisel lähtutakse lisaks dokumendianalüüsile ka intervjuudest saadud infost. Viimases osas tuuakse välja järeldused ning antakse soovitusi, mida saaks rakendada teenuse arendamiseks ja kvaliteedi tõstmiseks.

Kiirabiteenuse puhul on oluline roll lepingulisel delegeerimisel ning osapoolte vahelisel koostööl. Selleks on vaja luua ühiselt arusaadavad kokkulepped ning lähtuda teenuse korraldust reguleerivatest õigusaktidest. Lepinguline delegeerimine võimaldab lepingutes sätestataivate tingimuste abil fikseerida kvaliteedinäitajad. Need peavad olema konkreetsed ning mõõdetavad. Oluline on sealjuures teostada regulaarset järelevalvet.

Märksõnad: volitaja-agent, kiirabiteenus, kvaliteet, delegeerimine

SISSEJUHATUS

Kiirabiteenuse näol on tegemist vältimatu tervishoiuteenusega (Sarapuu, Lember 2015, 1026), mida pakutakse kõigile Eesti Vabariigis viibivatele isikutele (TTKS, §16 lg 2). See on ambulatoorne teenus eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks (TTKS, §16 lg 1). Kiirabi töötab ööpäevaringselt ja on mõeldud erakorralise meditsiiniabi osutamiseks väljaspool tervishoiuteenuse osutaja ruume (Eesti Haigekassa 2018a). Vajadusel transporditakse abivajaja haiglasse (*Ibid.*).

Eestis on olemas haiglavõrgustik, mis jaguneb vastavalt arengukavale ning sellest tulenevatele lepingutele erineva valmisolekuga haiglateks (Sotsiaalministeerium 2018). See loob kiirabi jaoks olukorra, kus lähim haigla ei pruugi omada võimekust teenindada kõiki patsiente. Võimalike puuduste kompenseerimiseks on kasutusele võetud näiteks telemeditsiin ning e-kiirabi, mille kaudu saavad erinevad osapooled informatsiooni patsiendi kohta (Praxis 2017, 13). See võimaldab edastada haiguslugu haiglale juba enne sinna saabumist. Seeläbi on tagatud ravi jaoks oluline teave nii haiglale kui ka kiirabibrigaadile.

Kiirabiteenust ei osuta riik ise, vaid selle meditsiiniteenuse pakkumiseks on leitud juriidilised isikud, kellega on sõlmitud vastavad lepingud (Lember, Sarapuu 2014). Eeldatakse, et neil on rohkem paindlikkust ning oskusteavet, millega luua uudseid lahendusi (*Ibid.*). Delegeerimisel peab arvesse võtma üldsuse huve ja tehingukulused, mis mõlemad mõjutavad ja on mõjutatud lepingu keerukusest (Hefetz, Warner 2011). Näiteks tehingukulused on võimalik pikaajaliste lepingute puhul vähendada ning lepingusse saab sisse tuua rohkem mõjutegureid (Aldag, Warner 2018, 367).

Kuni 2017. aasta lõpuni korraldas Eestis kiirabiteenust Terviseamet ning rahastus tuli riigieelarvest. Sellest tulenevalt sõltus valdkonna rahastamine suuresti poliitilistest otsustest ning volitaja oli seeläbi paremal ja kontrollivamal positsioonil. Samas teenuse osutajale ei pruukinud see pakkuda piisavalt stabiilset keskkonda ettevõtluseks ja valdkondlikuks arenguks. 2018. aasta alguses rahastaja muutus ning sellest ajast on vastutajaks Eesti Haigekassa. Seoses kiirabiteenuse rahastuse muutumisega, vaadatakse üle teenusele esitatavaid nõuded sh kvaliteedinäitajad. Sellest tulenevalt on magistritöö eesmärgiks pakkuda ülevaadet kiirabiteenuse lepingute koostamisest ja nende seostest ning mõjust teenuse kvaliteedile.

Kiirabiteenuse kvaliteet on oluline, kuna meedikute vastutus inimese tervise ja heaolu ees on suur. Kiirabi tegevusest või tegevusetusest võib sõltuda realselt kellegi elumus või tuisistuste ulatus. Kvaliteet on aga suhteliselt abstraktne mõiste, mida läbi lepingute määratleda. Eestis on kvaliteedinäitajaid alles viimaste lepingutega hakatud kasutama. Oluline on aru saada, et mis on hästi ja mida oleks vaja täiendavalt vaadelda. Töö eesmärgi täitmiseks on autori poolt püstitatud uurimisküsimus järgnev:

- Kuidas kiirabiteenuse lepinguline delegerimine mõjutab teenuse kvaliteeti?

Teema analüüsimisel kasutatakse volitaja-agendi teooriat, kus osapoolteks on kiirabi ettevõtted, riik ja riiklikud asutused. Volitajaks on riik, kes annab oma teenuse, mille tegemise õigus on ainult riigil, eraõiguslikule juriidilisele isikule. Agendiks on teenuse osutaja, kes näiteks konkursi või kriteeriumite täitmisel, sõlmib teenuse osutamiseks volitajaga lepingu. Autor valis volitaja-agendi teooria seepärast, et antud kontekstis on see sobiv viis lepinguliste suhete kirjeldamiseks ning lepingute ja kvaliteedi vaheliste seoste mõistmiseks.

Hamman *et al.* (2010, 1826) tõid välja, et tavalises volitaja-agendi suhtes eeldatakse, et volitaja kasutab agenti, kuna delegerimine võimaldab tõhusust. Arvatakse, et agent omab spetsiifilist võimekust või väiksemaid alternatiivkulusid, mis aitavad tagada optimaalsema ressursikasutamise ja parema kvaliteedi. Samuti valdavad agendid rohkem informatsiooni kui volitajad, kes neile tööd annavad (*Ibid.*).

Volitaja puudulik teave delegeritava valdkonna kohta võib aga tekitada probleeme (Greve 2008, 6). Tal puudub küllaldane ülevaade, kas agent teeb kõike kokkulepitut ning kuidas kasutatakse selleks ressursse (*Ibid.*). See võib esile kutsuda varjatud ohte lepingute õnnestumistele ja kvaliteetsele teenuse tagamisele mõlema osapoolte vaatenurgast. Üheks võimalikuks probleemi lahenduseks on see, et leitakse viisid, kuidas agent volitaja huve silmas pidades käituma panna (Garcia *et al.* 2015, 2). Lisaks tuleb sealjuures rakendada järelevalvet (Hamman *et al.* 2010, 1826).

Esimeses osas annab töö autor ülevaate lepingulisest delegerimisest, volitaja-agendi teoreetilisest raamistikust, probleemidest ning nendega kaasnevatest protsessidest. Seejärel tutvustatakse Eesti kiirabi lepingulise delegerimisega ja kvaliteediga seonduvat olustikku. Teises osas kirjeldatakse töö empiirilist osa, mis tugineb dokumendianalüüsil ning seitsmel poolstruktureeritud intervjuul. Intervjuud viidi läbi nii volitaja kui ka agendi rollis olevate osapooltega Sotsiaalministeeriumist, Eesti Kiirabi Liidust (EKL), Terviseametist ja Haigekassast. Vestluste tulemused on esitatud anonüümselt, sest turul osalejate arv on väike ning iga osapoolte öeldul võib-olla soovimatu mõju.

Viimases osas jõuab töö koostaja seoste ja järeldusteni ning proovib anda vastuse uurimisküsimusele. Kogutud info analüüsi tulemusena esitab autor endapoolsed ettepanekud, kuidas volitaja ja agent saaksid leida optimaalsemaid lahendusi kvaliteedi tagamiseks ning arendamiseks läbi lepingute. Samuti esitatakse soovitusel, mida jälgida *ex ante* kiirabiteenuse osutaja (agent) ja haigekassa (volitaja) vaheliste lepinguliste suhete puhul.

1. TEOREETILINE RAAMISTIK

1.1. Lepinguline delegeerimine

Lepinguline delegeerimine (volitamine) on olukord, kus riik ei pea mõistlikuks ise teenust pakkuda ning leiab selleks teenuse osutajad (Overman 2016, 1239). Enamasti on nendeks eraõiguslik juriidilised isikud (*Ibid.*). Teenuse olemasolu eest jääb vastutavaks riik, kes määratleb lepingutes teenuse osutamise tingimused, kättesaadavuse nõuded ja eeldused järelevalveks (Praxis 2009, 12). Samuti finantseerib riik teenuse osutamist osaliselt või täielikult (Lember *et al.* 2011, 8).

Lepingulise delegeerimise peamine eesmärk on kvaliteetsema teenuse saamine vähema raha eest (Greve 2008, 6). OECD (Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsioon) raporti kohaselt on delegeerimise eesmärgid kulude vähendamine, juurdepääs ekspertide teadmistele ja ekspertiisile ning teenuse ja selle kvaliteedi parandamine (OECD 2005, 132). Perrot (2006, 863) leidis oma töös, et delegeerimine peab lähtuma eesmärgist saavutada suurem efektiivsus, mõjus, kõrgem kvaliteet ja õiglane teenus. Kui need eesmärgid on selged ja osapooltele arusaadavad, saab kokku leppida viisi, kuidas jõuda tulemusteni (*Ibid.*).

Lepingulise delegeerimise puhul võib eristada kolme mudelit, mis põhinevad: 1) konkurentsil, 2) läbirääkimistel, 3) koostööl. Kõige traditsioonilisem lähenemine neist on konkurentsil põhinev mudel, kuigi seda kritiseeritakse. See mudel toimib kõige paremini tugeva turu olemasolul, kus ressursid on rikkalikud ja teenused konkreetsed. Kaks alternatiivset lepingulist mudelit, mis põhinevad läbirääkimistel ja koostööl, on tõenäoliselt sobivamad lähenemisviisid kui eeltoodud asjaolusid ei ilmne. Nende puhul on võtmelemendiks tellija ja pakkuja vaheline suhe, mille peamiseks probleemiks võib olla selle keerukus. Samuti tuleb alternatiivsete mudelite puhul arvestada eesmärkide võimalike vastuoludega. (DeHoog 1990, 320-325)

Lepingud ise jagunevad laias laastus kaheks: neoklassikaline ja suhetel põhinev. Esimese puhul on kokku lepitud selged eesmärgid, väljundid ning piirangud. Seda on aga keeruline käsitleda avalikus sektoris, kuna teenuste tulemus on tihti raskesti mõõdetav. Teine, suhetel põhinev leping, fikseerib üldised sihid, eesmärgid ning koostöö põhimõtted, ent ei määratle konkreetseid sisendeid

ja väljundeid. See võimaldab osapooltel tegeleda probleemidega siis, kui need avalduvad. Seda lepingu vormi tuntakse ka kui mittetäielik lepingu vorm. (Greve 2008, 32–33)

Lepinguid nähakse ka kui õiguslikult reguleerivaid vahendeid, kus probleemide põhjuseid ja nende mõju ei kajastata (Schuhmann, Eichhorn 2017). Skaala ühes otsas on lepingud, mida on võimalik täielikult ennustada ning lepingutesse *ex ante* kirjutada (Schepker *et al.* 2014). Need lepingud on madala riski ja keerukusega ning neid on vaja pigem juriidiliselt. Skaala teises otsas on lepingud mis muutuvad keerukamaks, tulemused ebamäärasemaks ja laialdasemaks ning tekib vajadus keerukama juhtimise järgi. Sellisel juhul saavad lepingutest pigem juhendid (*Ibid.*).

Lepingute iseloom ja volitamine sõltub sellest, millises keskkonnas see aset leiab ning millised on riigi arengukavad (Hood 1997). Sellest tulenevalt leiab delegeerimine ja selleks valmisolek rakendust erinevas mahus. Hood on välja toonud, et näiteks tarbimiskultuuri pooldava ühiskonnaga riik evib soodsamat keskkonda teenuste ja tegevuste delegeerimiseks kui näiteks vastupidise kultuuriga riik (Hood 1997, 129).

Lepingulisel delegeerimisel on peamiselt eristatavad kolm etappi (Lember *et al.* 2011, 15). Nendeks on: 1) lepingu ettevalmistamine, 2) partneri väljavalimine ja lepingu sõlmimine, 3) juhtimine ja järelevalve (*Ibid.*).

Volitaja, omades kavatsust delegeerida, peab teadma tegevuse laiemat mõju (Schuhmann, Eichhorn 2017). Lepingu eelsel perioodil lepitakse kokku teenuse vajaduses ja volitamise mahtudes ning pannakse paika eesmärgid, mida soovitakse teenuse pakkumisega saavutada. Eesmärkide püstitamisel tuleb lähtuda vormilistest asjaoludest, mis puudutavad lepingute ülesehitust, paindlikkust ja ajakohastamise võimalusi (*Ibid.*). Selle põhjal saavad teenuseosutajad hinnata, kas nad on võimelised teenust pakkuma (Lember *et al.* 2011, 19).

Ettevalmistamise etapis tuleb välja selgitada ka kaasnevad kulud ning tutvuda võimalike teenusepakkujatega (Lember *et al.* 2011, 22). Kasulik on teada, kas teenuseosutajaid on üks või mitu. Kuigi teenusepakkujate arv ei ole reguleeritud, siis erinevate koostööpartnerite olemasolu korral on nende hulgast valimine riigile hea. Mitme pakkuja kasutamine tagab konkurentsi, efektiivsuse ja volitaja jaoks võrreldava informatsiooni. See võimaldab hinda madalamaks ja pakutava teenuse kvaliteeti kõrgemaks saada (*Ibid.*). Mitme teenusepakkuja seast sobiva(te) kandidaatide väljavalimine võib aga olla keeruline (Ramsay, Wilson 1990). Sellest tulenevalt võiks juba eelnevalt mõelda, kuidas teenuseosutajat valitakse - kas konkursi või otsustuskorra kaudu - ning kuidas hinnatakse teenuseosutaja sobivust (Lember *et al.* 2011, 22).

Delegeerimiseks sobilikud eeldused loob õiguslik korraldus ning sellega kaasnev kaalutusõiguse võimalus volitajale (Brown *et al.* 2006). Luuakse raamistik, mille alusel saab lepinguid koostada ning kes soovib teenust riigilt üle võtta, peab arvestama kaasnevate õiguste ja kohustustega (*Ibid.*). Kasutatakse erinevaid võimalusi nagu näiteks haldus- ja tsiviilõiguslikke lepinguid (Lember *et al.* 2011, 23). Lepingu valikust lähtuvalt tuleb tutvuda ka vastavate seadustega (*Ibid.*).

Lepinguline suhe tekitab olukorra, kus erasektori tegevuse üle tuleb teostada järelevalvet ja kontrollida riigi poolt seatud eesmärkide täitmist (James *et al.* 2015). Järelevalvet peab teostama, et oleks tagatud õiglane lepingu täitmine ning raha eesmärgipärane kasutamine (Schillemans, Busuioac 2015, 207). Muul juhul võib hoopis juhtuda, et kuluefektiivsuse asemel viib lepinguline delegeerimine täiendavate kulutusteni (Van Slyke 2003).

Volitaja saab oma tegevuses tugineda mõjutamise võimalustele (Harland *et al.* 2005, 836). Sellest tulenevalt tuleb tegevused struktureerida, kuid see võib tekitada liigset bürokraatiat ja suurendada valdkonna homogeensust (*Ibid.*). Lepingust tulenevate riskide leevendamiseks saab kasutada mitmeid järelevalve meetodeid nagu näiteks kodanike kaebuste monitoorimine, rahulolu-uuringute läbiviimine, teenusepakkujate võimekuse analüüsimine, tegevuse auditeerimine (Brown, Potoski 2003, 278).

Selleks, et toetada teenuste arengut, on lepingud tähtajaga. Lepingute kestus võib varieeruda ühest aastast mitmete aastateni (Lember *et al.* 2011, 8). Näiteks Taanis avatakse lepingud peale sõlmimist uutele läbirääkimistele kahe kuni nelja aasta jooksul (Greve 2000, 157). See annab võimaluse olla muutuv keskkonnas paindlik (*Ibid.*).

Lepingulise delegeerimise osadeks on erinevad protsessid ning igas etapis võib tekkida probleeme. Nemec *et al.* (2005) hinnangul võivad probleemid tekkida nii konkursil kui ka selle võitja valikul, lepingu kvaliteedis, lepingu juhtimisel ning eesmärkide kaardistamisel ja tulemuste saavutamisel. Praxis (2009, 22) uuringu kohaselt on avalike teenuste delegeerimise üldised probleemid seotud turu ja konkurentsiga ning haldussuutlikkusega. Samuti lähtutakse delegeerimisel lühikestest perspektiividest ning tulemuste asemel keskendutakse protsessile. Tähelepanu ei pöörata teenuse edasisele arendustegevusele ja puuduvad regulatsioonid, teenusestandardid ja ka monitooringusüsteemid (*Ibid.*).

Vaatamata probleemidele, on lepinguline delegeerimine väga tõhus ja efektiivne viis, kuidas tõsta teenuse kvaliteeti ning saavutada oluline sääst (Praxis 2009, 22-23).

1.2. Volitaja-agendi suhe

Volitaja ja agendi suhte raames käsitletakse volitajat kui otsuste tegijat ning agenti kui volitaja nimel tegutsejat (Ross 1973, 134). Volitaja-agendi temaatika näol on tegemist spetsiifilise suhtega, kus kaks osapoolt osalevad ressursside jagamises. Üks osapool tahab kasumit teenida (agent) ning teine võimalikult vähe maksta (volitaja), kuid see-eest saada parima kvaliteediga kaupa või teenust. (Braun, Guston 2003, 303)

Volitaja kirjeldab ja analüüsib enda vajadusi ning seejärel teeb agendile ettepaneku teenuse osutamiseks (Zardkoohi *et al.* 2017). Volitaja peab protsessi käigus selgelt teadvustama oma rolli (Carruthers *et al.* 2006, 99) ning eeldatakse, et tal on võimalik ette näha nii agendiprobleeme kui ka tõrkeid teenuse pakkumisel (Whitford *et al.* 2011). Samuti on volitaja teadlik, et agent on kasumit taotlev üksus ning lepinguid koostades peaks sellega arvestama (*Ibid.*). Teisalt võib see tekitada olukorra, kus agent on sunnitud nõustuma lepinguga, kuna tal lihtsalt pole muud valikut või vastasel juhul saab mõni konkurentidest õiguse teenust osutada (Zardkoohi *et al.* 2017).

Volitaja-agendi suhte üks peamisi probleemkohti on info asümmeetria (Bromberg, Henderson 2015). Agendil on delegeeritava teenuse või valdkonna spetsiifika osas rohkem teavet kui volitajal (*Ibid.*). Kui volitajal ja agendil on vastuolulised eesmärgid (Poth, Selck 2009, 138-139), võib tekkida olukord, kus agendi omakasu võib muuta teabe ja tulemuste jagamise vastumeelseks (Carr, Brower 2000; Greve 2008, 6; Kivistö 2008). Kui vastuoluliste eesmärkidega kaasneb puudulik teave agendi kohta, ei saa volitaja agendi tegevust täielikult kontrollida ning sellest võib järeldada, et volitajale tekitatakse kahju (Carr, Brower 2000; Poth, Selck 2009, 138-139).

Samas on volitaja-agendi probleemistikku uurides ka fookuses efektiivne suhete korraldamine. See hõlmab inimestega arvestamist, informatsiooni jagamist ja suhtlust organisatsioonidega (Eisenhardt 1989). Oluline on, et volitaja ja agent omavahel suhtleksid ning teadvustaksid probleemseid kohti. Töötades ühise eesmärgi nimel on just isikutevaheline usalduslik suhtlus ja väärtuspõhisus lepingutele kasulikud (Davis *et al.* 2016).

Kui volitaja on teadlik informatsiooni asümmeetriast ning selle soodsast mõjust oportunistlikule käitumisele, tuleks leida viisid, kuidas võimalikult palju mõjutada agenti talitama volitaja huvides (Jensen, Meckling 1998). Selleks võib rakendada agendile stiimuleid või suurendada väljavaateid ning võtta enda kanda kulud, mis vähendavad ebaselgeid tegevusi (Amagoh, 2009; Jensen,

Meckling 1998; Zardkoohi *et al.* 2017). Mõningatel juhtudel võib volitaja täiendavalt suurendada agendile kulutatavaid vahendeid (Jensen, Meckling 1998; Zardkoohi *et al.* 2017). See aitab vähendada omakasupüüdlikku käitumist ning võimaldab teostada efektiivsemat järelevalvet (Amagoh, 2009). Paratamatult jääb agendile siiski teatav tegevusvabadus ning volitajale piiratud enesekehtestamise võimalus (Lember, Sarapuu 2014, 5).

Informatsiooni asümmeetria raskendab ka eelarve planeerimist. Oluline on oskuslikult raha ära kasutada, et ei tekiks ei üle- ega puudujääki. Bachtler ja Ferry (2015) toovad välja, et piiratud ressurssidega majandades on kriitiliselt tähtis täita ettenähtud eesmärged.

1.3. Kiirabiteenuse olemus

Kiirabi on ambulatoorne tervishoiuteenus eluohtliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse (TTKS, §16 lg 1).

Kiirabiteenus on mitmetahuline inimestega seotud teenus, mida üldjuhul pakuvad riigile kolmandad osapooled. Kiirabiteenuse osutamine on killustunud ning seda ilmestavad erinevad koostöövormid. Näiteks võib kiirabi olla osa haiglast, osa päästeteenistusest või pakuvad seda teenust eraettevõtted ja mittetulundusühingud. Erinevate koostöövormide omavahelisi suhteid reguleerivad lepingud. (Bromberg, Henderson 2015)

Kiirabi jaguneb laias laastus kaheks: meditsiiniline kiirabi ja parameditsiiniline kiirabi. Meditsiiniline kiirabi, mida rakendatakse laialdaselt Euroopas, püüab sündmuskohal patsienti stabiliseerida ning vajadusel ka ravi alustada. Parameditsiiniline kiirabi, mis on levinud peamiselt USA-s, Kanadas ja Austraalias, tegeleb sündmuskohal pigem elustamisega ja traumaga ning seejärel toimetab haige võimalikult kiiresti haiglasse. (Praxis 2017, 7)

Riikide kiirabikorraldus võib erineda nii kvalifikatsiooni, osutajate juriidilise vormi kui ka rahastamise osas. Näiteks pakuvad Euroopas kiirabiteenust peamiselt just erasektori asutused, kuid leidub ka avalikke institutsioone, mis sõltuvad tervishoiuteenuste osutajatest. Peamisteks rahastamismehhanismideks on aga riigieelarve, avaliku ja erasektori vahendid ning nende omavaheline kombineerimine. (WHO 2008)

1.3.1. Lepinguline delegeerimine kiirabi valdkonnas

Kiirabi on keeruline teenus, mida võivad pakkuda nii eraettevõtted, mittetulundusorganisatsioonid kui ka avalikud institutsioonid (Bromberg, Henderson 2015). Kuna antud teenuse puhul on keeruline seada konkreetseid eesmärke ja väljundeid, ei saa selle delegeerimise puhul toetuda klassikalise lepingu mudelile (Greve 2008). Lisaks on suur oht info asümmeetria tekkele (DeHoog 1990), mistõttu toetutakse pigem suhetel põhinevale lepingule (Greve 2008; Brown *et al.* 2007).

Lepinguliste suhete kirjeldamisel ja lepingutingimuste osas peab olema tähelepanelik ning varade ainulaadsuse tõttu tuleb arvestada ka investeringute tegemisega (Bromberg, Henderson 2015). Ackroyd *et al.* (2007) uuringus selgus, et muudatused ja investeringud võivad aja jooksul oluliselt tõsta halduskulusid. Näiteks viidi Suurbritannias läbi meditsiiniteenuste ümberkorraldus ning tehti investeringuid juhtimisse, personali, koolitustesse ja tugifunktsioonidesse. See omakorda põhjustas halduskulude kohese ja olulise suurenemise alates 5% kogukuludest 1981. aastal kuni 12%-ni 1996. aastal (*Ibid.*).

Brown ja Potoski (2005, 331) toovad välja, et teenuse ja varade spetsiifilisus ja keeruline monitoorimine raskendavad lepingute täpsustamist, jõustumist ja jälgimist. Kiirabiteenuse lepingute juures võivad probleeme valmistada veel personali, varade ja seadmete kõrge maksumus ning pakkujate vähesus (Bromberg, Henderson 2015).

1.4. Teenuste kvaliteet

“Kvaliteet ei ole tegu, vaid harjumus” - Aristoteles

Kliendi poolt tajutava teenuse kvaliteedil on kaks mõõdet: tehniline tulemusmõõde, mis vastab küsimusele mida, ja funktsionaalne protsessimõõde, vastates küsimusele kuidas. Lisaks peetakse oluliseks ettevõtte mainet, kuna see võib oluliselt mõjutada teenuse tajumist. Näiteks kui inimeste suhtumine ettevõttesse on hea, siis andestatakse teenuse juures pisemad vead. Kui vigu esineb aga sageli, siis kahjustab see mainet ja iga pisemgi viga hakkab tunduma suurena. (Grönroos 2015)

Kvaliteedinäitajad määratakse sageli õigusaktides, kuid ka kvalifikatsiooninõuete või -soovituste määratlustega erialaspetsialistide ja seltside poolt. Samuti võib seda teha ka töandja personalipoliitika osana. (Praxis 2017)

Elson (2009, 9-10) toob välja, et kvaliteedi tagamiseks on vaja midagi rohkemat kui seda on struktuuralsed või valitsemisalased lahendused. Sellest tulenevalt tuleb pidevalt tegeleda täiendavate võimaluste leidmisega, kuidas pakkuda teenust (*Ibid.*). Kvaliteeti saab arendada aga ainult siis, kui eelnevalt on määratletud konkreetset kvaliteedinäitajad (Grönroos 2015). Sageli määratletakse ainsaks või kõige olulisemaks kvaliteediindikaatoriks mingi tehniline parameeter. Tegelikult tajuvad kliendid palju laiemat kontseptsiooni ja kvaliteetses kogemuses mängivad rolli ka muud komponendid (*Ibid.*).

Üks võimalus, kuidas saada teenuse kvaliteedi ja olemuse kohta tagasisidet, on läbi viia inimeste rahulolu-uuring. Tegemist on väga ressursimahuka tööga ja seetõttu tuleb varuda aega uuringu läbiviimiseks ja andmete töötlemiseks. Keerulise teenuse korral võiks kaaluda teenusepakkuja auditi korraldamist. See annab kiirema ülevaate teenuse kvaliteedi ja klientide rahulolu kohta. (Brown, Potoski 2003)

1.4.1. Kiirabiteenuse tulemuste mõõtmine ning kvaliteedinäitajad

Lepingulise delegeerimise eesmärgiks on teenuste kvaliteedi tõstmine ja ligipääsetavuse parandamine sh teenuse viimine tarbijale võimalikult lähedale (Praxis 2009). Sellest tulenevalt tuleb paika panna konkreetset mõõdikud, mida saaks monitoorida. Kvaliteedi mõõtmine ja sellega tegelemine on meditsiinivaldkonnas laialt levinud igapäevapraktika (Bogomolova *et al.* 2016).

Peamine näitaja, mida kiirabi valdkonna kvaliteedinäitajana kasutatakse, on kohalejõudmise aeg (Praxis 2017, 14). Eluohtlike olukordade puhul saab kiirabi enda ülesannet hästi täita ainult siis, kui kohalejõudmise aeg on võimalikult lühike (*Ibid.*). Kirjanduses on erinevaid kohalejõudmise kriteeriume analüüsitud ning leitud võimalusi, kuidas kohalejõudmise aega muutes on võimalik saada paremaid tulemusi (Westgate *et al.* 2016, 330). Maailma Tervishoiuorganisatsiooni aruandes (WHO 2008) on ideaalseks kohalejõudmise ajaks märgitud 8 minutit. Kliinilist tõendusmaterjali 8-minutilise sihtmärgi toetamiseks on aga vähe (McClelland 2013, 8).

Euroopas on kõrgete prioriteetidega kutsetele määratud kohalejõudmise aega erinevalt. Saksamaal on selleks ajaks 5 minutit; Iirimaal, Lätis, Hispaanias ja Suurbritannias 8 minutit; Türgis 10 minutit; Norras 12 minutit (linnas); Ungaris, Leedus ja Hollandis 15 minutit; Tšehhis 20 minutit. Madalamate prioriteetidega kutsetel varieerub kohalejõudmise aeg 8-st minutist 4 tunnini. (WHO 2008)

Ainult kohalejõudmise aja jälgimine on väga piiratud viis kiirabiteenuse osutamise hindamiseks ja stimuleerimiseks (McClelland 2013, 8; Togher *et al.* 2015, 2951). Ühe näitaja mõõtmine ning selle põhjal järelduste tegemine võib olla eksitav (Coster *et al.* 2017, 255). Laiemat mõõdikute spektrit kasutades on ülevaade ja arusaam teenusest adekvaatsem (*Ibid.*). Lisaks ei saa kohalejõudmise aega lõpmatult lühemaks viia, kuna seda mõjutavad liiklusolud, teeremondid, lumine talv jne (Praxis 2017, 18). Teised enamlevinud mõõdikud, mida kiirabiteenuse juures kasutatakse, on brigaadide maksimaalne katvus ja ellujäämise protsent, mida tuleks omavahel siduda (Zaffar *et al.* 2016, 10). Praxis (2017, 24) aruande kohaselt on kvaliteedi puhul olulised veel: meditsiinilise töö tase sündmuskohal, hädaolukordadega toimetulek, patsiendi rahulolu, kvalifitseeritud töötajate ja tehnika olemasolu, sujuv töökorraldus ja selged ning arusaadavad tööprotsessid. Teenuse kättesaadavust ja sealhulgas kvaliteeti mõjutavad veel kohalejõudmise aeg, teenuse geograafiline kaetus, baaside ja brigaadide arv, kiirabikutsete menetlemine, õige prioritseerimine ja positsioneerimine. (*Ibid.*)

Kiirabibrigaadi liikmete kvalifikatsioon võib omada erinevat mõju töö kvaliteedile ja ka motivatsioonile. Näiteks said keskaridusega parameedikute kiirabibrigaadid sama hästi hakkama kui brigaadid, kus üks liige oli arstiharidusega (Rebak, 2015). Samas leidis Bloemhoff *et al.* (2016), et kui võrrelda abiarsti ja registreeritud õendustöötajat, siis abiarst teeb enda otsuseid laiapõhjalisemalt ja jagab patsiendile sealjuures ka rohkem soovitusi. Kuid patsiendi jaoks on ajakulu sisuliselt sama ja hilisem (72 tunni jooksul) tagasipöördumiste protsent on erinev ainult ühe ühiku võrra (*Ibid.*).

Paker *et al.* (2015) leidsid oma uuringu kokkuvõttes, et transpordi ajal, vaatamata näidustusele, oli ravi ebaadekvaatne. Üks põhjustest, mis võib selle käsitlemise taga olla on see, et töötajad ei puutu pikema aja jooksul osade haigestumistega kokku, näiteks elustamisega (Dyson *et al.* 2017). Sellest tulenevalt peaks personali kvalifikatsiooni ja teenuse kvaliteedi säilitamiseks ning parandamiseks läbima regulaarselt koolitusi (Paker *et al.* 2015). Seega võib nõuete ja kvaliteedinäitajate täitmine olla problemaatiline erinevatest asjaoludest tingituna (Irving *et al.* 2017, 231).

Kvaliteedi suurendamise ja arendamise puhul nähakse väga suurt väärtust kliendi (patsiendi) kogemuse analüüsimisel ning selle arvesse võtmisel (Irving *et al.* 2017, 231). Professionaalsus, lühike ooteaeg ning ladus teenuse toimimine aitavad tekitada usaldust kiirabiteenuse osas (Togher *et al.* 2014, 2954). Kõige efektiivsemalt annab tulemust mõjutada individuaalse suhtlusega (Taljaard *et al.* 2014, 5). Näiteks erakorralise meditsiini keskuse klientide rahulolu tõusis oluliselt,

kui patsiendile läheneti personaalselt ja ta pääses vajaliku arsti juurde võimalikult lühikese aja jooksul (Mercer *et al.* 2014).

Inglismaal on kiirabiteenuse kättesaadavus reguleeritud tsentraalselt (Bos *et al.* 2015, 14). Võib öelda, et neil on ka üks kõige arenenum indikaatorite süsteem kiirabi jaoks kasutusel (Praxis 2017, 14). Nende riiklikes normides on kirjas 11 erinevat mõõdikut, mida nad kasutavad kvaliteedi kontrollimiseks (NHS Ambulance Service 2019):

- 1) müokardiinfarkti ravitulemus (ägeda ST-elevatsiooniga);
- 2) südameseiskumise ravitulemus - kuni vereringe taastumiseni;
- 3) südameseiskumise tulemus - elumusest kuni haiglast väljakirjutamiseni;
- 4) insuldi ravitulemus kiirabi patsientidel;
- 5) kõnede arv, mille puhul piisas telefonikonsultatsioonist ja/või patsient ei vajanud transporti haiglasse;
- 6) uue kutse tegemise määr pärast telefonikonsultatsiooni või sündmuskohal tehtud raviprotseduure;
- 7) katkestatud kõnede määr;
- 8) kõne vastuvõtmiseks kulunud aeg;
- 9) rahulolu teenusega;
- 10) A-kategooria kutsete puhul 8-minutiline kohalejõudmise aeg (vähemalt 75%-l juhtudest).
Kui tegemist ei ole otseselt eluohtliku situatsiooniga, siis on ettenähtud kohalejõudmise aeg 19 minutit (vähemalt 95%-l juhtudest);
- 11) aeg, mis kulub tervishoiutöötajal ravi alustamiseks.

Lätis on samuti kogu kiirabiteenus reguleeritud tsentraalselt (Bos *et al.* 2015, 14). Seiratakse brigaadi kohalejõudmise aega ning ka kõrge prioriteediga väljakutsete osakaalu. Pärast kõne häirekeskusele, peab linnades abi saama 12-15 minuti jooksul (vähemalt 75%-l juhtudest) (Likumi 2019). Maapiirkondades on selleks ajaks seatud 25 minutit (*Ibid.*). Praxis (2017, 18) raporti kohaselt oli keskmine kohalejõudmise aeg linnas 9,7 minutit ja maapiirkondades 17,7 minutit. Aastal 2015 oli kõrge prioriteediga kutsete osakaal, mille kohalejõudmise aeg jäi alla 15 minuti, 88,9% (*Ibid.*).

Rootsis riiklikud nõuded kiirabiteenuse teenindusajale puuduvad ja need määratakse maakonna nõukogude poolt piirkonna eripäradest tulenevalt (Põhja-Rootsis on asustus hõredam). Stockholmis on kohalejõudmise aja piirangud seatud prioriteetide järgi: esimese prioriteedi saanud

kutsete puhul nähakse ette, et brigaad peab kohale jõudma 10 minutiga vähemalt 75%-l juhtudest. 95% patsientidest tuleb teenindada vähemalt 15 minuti jooksul ja 99% 20 minuti jooksul. (Andersson *et al.* 2014)

Euroopa 2015. aasta uuringu tulemused näitavad, et kümnes riigis kehtivad kiirabiteenuse kvaliteedi kohta riiklikud eeskirjad (Horvaatia, Tšehhi, Eesti, Saksamaa, Iirimaa, Läti, Holland, Norra, Türgi, Suurbritannia). Nendest kaheksas riigis on vaja ametlikku kvaliteedi ratifitseerimist. Kümnes riigis määratletakse ja tunnustatakse kiirabi osutamise kvaliteedinäitajaid (Horvaatia, Eesti, Saksamaa, Ungari, Iirimaa, Läti, Holland, Norra, Türgi, Suurbritannia). Belgia, Leedu ja Hispaania on teiste riikidega võrreldes nendes valdkondades maha jäänud. (Bos *et al.* 2015, 22-23)

Patsiendi ohutuse jälgimise vahendiks on vahejuhtumite ja kaebuste registreerimine. Tšehhi Vabariigis, Ungaris, Leedus ja Hispaanias ei toimu kiirabiteenuste juhtumite registreerimist. Teistes riikides registreeritakse ja lahendatakse ebasoodsad sündmused või kaebused kohalikul, piirkondlikul või riiklikul tasandil. Lätis, Norras ja Ühendkuningriigis on need osa riiklikust uuringuprogrammist. (Bos *et al.* 2015, 22)

Kiirabiteenuste peamiste arengute ning teenuse paremaks ja efektiivsemaks muutmise juures hakkavad üha rohkem rolli mängima info- ja kommunikatsioonitehnoloogia lahendused (Schooley, Horan 2015). Patsiendi heaolu tõstmiseks uuritakse erinevaid võimalusi ja leitakse viise, kuidas tehnoloogia abil tõsta teenuse kvaliteeti (Almadani *et al.* 2015). Näiteks on kasutusele võetud mõiste e-kiirabi, mis võimaldab jagada ja jälgida patsiendi seisundit ning vajadusel küsida nõu teistelt meditsiinitöötajatelt (*Ibid.*). Kiirabiteenuse tõhusamaks ja kasutajasõbralikumaks muutmisel arendatakse ka väga erineva suunitlusega rakendusi (Marimuthu *et al.* 2015). Kliendid saavad ühe nupuvajutusega kutsuda endale kiirabi või saadetakse neile hädaolukorra puhul see automaatselt (*Ibid.*).

1.5. Eesti kontekst

Tervishoiusüsteem on Eestis üles ehitatud nii, et teenust osutavad eraõiguslikud ettevõtted ning valdkonda haldab Sotsiaalministeerium (Eesti Haigekassa 2018b). Eesti tervishoiusüsteemis on vaatamata peale taasiseseisvumist alanud detsentraliseerimisele märgata, et teatud tervishoiuteenuse tagamise funktsioone on riik hakanud ise koordineerima (Sorin 2015, 69).

Teisisõnu võib öelda, et nende teenuste puhul on tendents tsentraliseerimise suunas (*Ibid.*). Ümberkorraldused lähtuvad protsessidest - keerulised ja kulukad protsessid koonduvad keskustesse ning lihtsamad ja odavamad jäävad detsentraliseerituks (Laasik 2017).

2001. aastal alustati ulatusliku kiirabireformiga, mille eesmärgiks oli läbi võistleva delegeerimise saavutada sidusamat, efektiivsemat ja mõjusamat teenust. Enne seda aega oli kiirabiteenus praktiliselt haldamatu ja alareguleeritud. Reformi tulemusena tekkis turukonkurents ning kujunesid välja lepingute sõlmimise mehhanismid (Lember 2008, 2).

Aastate jooksul oli vaja koostada mitmeid strateegilisi dokumente, et lahendada tervisevaldkonnas tekkinud probleeme. Sõnastada tuli Eesti eesmärgid, põhimõtted ja prioriteetsed suunad rahvastiku tervise parandamisel. Sellest tulenevalt koostati "Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020" (RTA), mis jaotati aastate järgi kaheks rakendusplaaniks: 2009-2012 ja 2013-2016. (Terviseinfo 2019)

Kuni 2012. aastani polnud kiirabi puudutavaid probleemseid aspekte, soovitud tulemusi ning indikaatoreid RTA-s sõnastatud. 2012. aastal tegeleti RTA uuendamisega ning siis lisati kiirabi puudutavale valdkonnale indikaator ja mõned soovitud tulemused, kuid tegemist ei olnud ambitsioonikate plaanidega. RTA mitte ei juhtinud, vaid pigem kirjeldas valdkonnas toimuvat. (Praxis 2017, 8)

2013-2015. aastal jätkusid samad tegevused, mis eelnevatel aastatel (Praxis 2017, 11). Toimus ka kiirabi teenuseosutajate leidmiseks konkurss, millel oli oluline mõju. Selle käigus vähenes teenusepakkujate arv, kuid tõusis brigaadide ja baaside arv. Eeldatavasti mõjutas see ka kvaliteeti ja teenuse kättesaadavust. Lisaks tekkis teenusepakkujatel kohustus seirata oma tegevust, mis hõlmas ka kvaliteedikontrolli (*Ibid.*). Samuti hakkasid kiirabi mõjutama ka e-kiirabi, tervishoiutöötajate koolitustellimuste suurendamine ja kiirabiteenuse kvaliteedi regulaarne hindamine (*Ibid.*, 12-13).

2017. aasta lõpuni korraldas kiirabiteenuse osutamist Terviseamet, kellega lepinguid tehes rahastati kiirabi riigieelarvest. 2018. aastal liikus kiirabiteenuse rahastamine Eesti Haigekassa pädevusse. Haigekassa jagab vabasid vahendeid vastavalt kuluridadele kogu tervishoiu valdkonna peale. Ülemineku raames uuendatakse teenuste kirjeldust ja vaadatakse üle hinnad (Eesti Haigekassa 2019). Kõik muud tingimused peale rahastuse jäävad Sotsiaalministeeriumi kinnitusel kiirabile samaks (Jesse ja Kasekamp 2017).

Kiirabiteenuse puhul on tegemist lepingulise avaliku teenusega, mida pakuvad eraettevõtted ning kohaliku omavalitsuse või riigi sihtasutused (RAKE 2015, 15). Kiirabiteenuse osutamiseks sõlmitakse halduslepingud Haigekassa ja juriidiliste isikute vahel. Lepingud sõlmitakse kolmeks või ka viieks aastaks, olenevalt Haigekassa otsusest. Halduslepingute koostamine on reguleeritud tervishoiuteenuste korraldamise seadusega (TTKS). Valdkonna eest vastutav minister kehtestab rahastatavate kiirabibrigaadide arvu; kiirabibrigaadi tööjuhendi; kiirabibrigaadi koosseisule, varustusele jms. esitatavad nõuded; tasaarveldamise korra perearstidega (TTKS §17 lg 3).

Eesti riigi väiksuse tõttu on siinseks eripäraks pakkujate vähesus (Lember 2009). See võib kaasa tuua mitmeid probleeme moraalse ohu või kahjuliku valiku näol (*Ibid.*). Kiirabiteenust pakkuvate ettevõtete arv on aastate jooksul vähenenud. 2014. aastast tegutseb Eestis kokku 11 kiirabiasutust varasema 24 asemel (Terviseamet 2018). Teisalt on aga brigaadide arv tõusnud: 2007. aastal oli töös 90 brigaadi (Riigieelarvest rahastatavate kiirabibrigaadide arv, RTL 2007, 20, 344), kuid 2019. aastal on neid 102 (Eesti Haigekassa kaudu rahastatavate kiirabibrigaadide arv, RT I, 15.01.2019, 2).

Kiirabiteenuse osutajatele teostab järelevalvet Terviseamet (TTKS § 60 lg 1). Kontrollitakse varustuse vastavust, ruuminõuete täidetust, brigaadide koosseise ning pisteliselt ka diagnoosi ja saadud ravi vastavust (Praxis 2017, 24-25). Ravikvaliteeti peavad teenuseosutajad ise kontrollima (*Ibid.*).

Eestis on kasutusel meditsiiniline kiirabi, mille brigaadid koosnevad üldjuhul kolmest liikmest (Terviseamet 2019). Vastavalt brigaadijuhile jagunevad need arsti- ja õebrigadideks (*Ibid.*). Arstibrigaadi juhib arst, kes on omandatud arstikutse ja läbinud vähemalt 40 tunnise erakorralise meditsiini koolituse (Praxis 2017, 20). Õebrigadis on juhtivaks liikmeks erakorralise meditsiini õde. Igas brigaadis on veel õde või erakorralise meditsiini tehnik ning autot juhib kiirabitehnik-autojuht või erakorralise meditsiini tehnik, kes on läbinud alarmsõidukijuhi koolituse (*Ibid.*). Vajadusel pakuvad arsti- ja õebrigadile sündmuskohal täiendavat abi reanimobiilibrigaadid (arsti poolt juhitud kõrgelt kvalifitseeritud brigaadid), mis tegelevad ka raskete haigete transportimisega (Terviseamet 2019). Olemas on ka kaheliikmeline nn. randevuu-brigaad, mis koosneb arsti ja erakorralise- või kiirabitehniku väljaõppega isikutest. Nad liiguvad autoga, mis ei ole mõeldud haige transpordiks ning reageerivad vaid sündmustele, kus on vaja arsti oskusi või teadmisi. (Praxis 2017, 20)

Kiirabi tegevust mõjutab ka Eestis toimuv haiglate võrgustamine. See aitab vähendada kulusid ning personali puudust. Peamine idee on luua haiglate vahel toimivad koostööstruktuurid (Filippov 2017; Tervishoiu arengusuunad aastani 2020). Haiglate hulk on samuti aja jooksul vähenenud. 1991. aastal oli 120 haiglat ning Sotsiaalministeeriumi andmetel on aastal 2019 neid alles 19 (Sotsiaalministeerium 2018).

Eestis hakati kiirabiteenuse kvaliteedile tähelepanu pöörama alles 2014. aasta algusest, mil kvaliteedi hindamine sai kohustuslikuks (Kaljumäe 2013, 369). Eeldati, et seaduse ja määruse tasemel kohalejõudmise aja kehtestamine ning järkjärguline muudatuste sisseviimine, parandab valdkonna näitajaid üleüldiselt (*Ibid.*). Soosaare hinnangul olid tegelikkuses kõik vajalikud komponendid kvaliteedi jälgimiseks ka varasemalt olemas. Lihtsalt puudus motivatsioon või huvi sellega tegeleda (Soosaar 2013, 64).

Hetkel on Eestis peamiseks mõõdikuteks väljasõidu- ja kohalejõudmise aeg, mida määratakse kutsete prioriteetsuse järgi. Näiteks A ja B prioriteediga kutsetele peab kiirabibrigaad reageerima 5-10 minutiga ning sündmuskohale jõudma 30 minuti jooksul (70% kutsetest). C prioriteediga kutse korral on väljasõidu aja sihttase mitte rohkem kui 3 minutit ja D-prioriteediga kutse puhul mitte rohkem kui 1 minut. Kohalejõudmise aeg peab vähemalt 55% juhtudest jääma alla 10-15 minuti. (Eesti Haigekassa 2018c)

Tendents kvaliteeti monitoorida ja seda parandada on järjest suurem. Kiirabi arengukavas on välja toodud uued eesmärgid seoses kohalejõudmise ajaga. Linnas peab kiirabi kiirete kutsete korral sündmuskohale jõudma 5-6 minutiga ja maal 15 minuti jooksul. Seda eesmärki aitab täita brigaadide ja baaside arvu suurenemine (Kaljumäe 2013). Keskmiselt lühendab see kohalejõudmise aega kogu riigi arvestuses 10–12%. Piirkonniti võib see protsent olla isegi suurem (*Ibid.*).

Dr. Ago Kõrgvee on öelnud, et: "Heal tasemel erakorralise meditsiiniabi osutamiseks on vajalik tehnoloogia areng ning kiires situatsioonis tööd lihtsustavate abivahendite kasutuselevõtt.". Eestis on riiklikult välja arendatud e-kiirabi terviklahendus, mis tänapäevaste lahenduste abil asendab paberitööd (Sotsiaalministeeriumi ajaveeb 2019). Antud süsteem ühendab häirekeskust, kiirabiasutust, erakorralise meditsiini osakonda, pere- ja eriarste ning ka patsienti (Praxis 2017, 13). Kiirabi poolt täidetud kaardi andmed jõuavad mobiilsest töökohast tervise infosüsteemi, kuskohast huvitatud osapooled saavad andmeid pärida (*Ibid.*).

1.6. Kokkuvõte

Eespool kirjeldatud teoreetiline raamistik aitab mõista, millised on võimalused kiirabiteenuse korraldamiseks ning kvaliteedi tõstmiseks. Teoriast selgub, et lepinguline delegeerimine on kiirabiteenuse üleandmiseks levinuim viis. Tegemist on aga keerulise ja mitmetahulise temaatikaga, kuna lepingulise tegevuse kaudu võivad tekkida volitaja-agendi probleemid. See võib esile tuua varjatud ohte ning volitaja ei pruugi saada sellist teenust nagu soovis.

Hea lepingu tagamiseks peab olema sobiv õigusruum ning kokkulepete koostamine avatud ja ettenägelik. Püstitada tuleks konkreetsed eesmärgid, mida teenusega soovitakse saavutada. See aitab planeerida tegevusi ja soovitud tulemusi ning seeläbi saavutada efektiivsemat vahendite kasutamist. Efektiivsuse tagamisega võivad kaasneda aga kulude kasv ning info asümmeetria - ootused teenusele ei ole kooskõlas.

Volitaja delegeerib ning agent pakub teenust etteantud tingimustel. Vaatamata seatud kriteeriumitele mõjutab see ühel või teisel viisil lõpptarbijat ehk patsienti. Kvaliteet on oluline, kuna inimeste heaolu ja tervis on sellest otseselt sõltuv. Patsientidega puutuvad otseselt kokku brigaadi liikmed, mistõttu on oluline, et nad oleksid piisavalt kvalifitseeritud. Nemat on võtmeisikud ettevõtte maine ja sealhulgas ka teenuse kvaliteedi kujundamisel.

Kvaliteedi määramiseks ning parandamiseks tuleb sätestada konkreetsed mõõdikud ning teostada pidevat järelevalvet. Kvaliteedinäitajad aitavad selgitada probleemkohti ning seeläbi saab tegeleda teenuse parandamisega. Nende kasutusele võttu võib mõjutada püstitatud mõõdikute kontrollitavus ning ressursid, mis kulub info saamiseks, töötlemiseks ja muudatuste tegemiseks.

Peamised märksõnad: lepinguline delegeerimine, lepingud, osapooled, õigusruum, rahastamine, kvaliteet, personal, järelevalve.

2. METOODIKA

Magistritöös kasutatakse juhtumianalüüsi strateegiat, kuna protsess on keeruline ja mitmetahuline. Juhtumianalüüsi strateegiat kasutatakse siis, kui tegemist on kestva reaalse tegevusega ja mille kontekst ei ole selgelt piiritletav (Ridder 2012).

Empiiriline osa põhineb dokumendianalüüsil ning intervjuudest saadud infol. Intervjueeritavate (Lisa 1) valikul lähtus autor n-ö võtmeisikutest, kes on aja jooksul muudatuste juures olnud ja valdkonda arendanud. Dokumendianalüüsi puhul tugines autor seaduse ja määruse tekstidele ning nende seletuskirjadele.

Kirjanduse analüüsiga selgitati välja uuringu teoreetiline raamistik ja probleemsed kohad. Sellele tuginedes koostas töö autor intervjuude küsimused (Lisa 2). Küsimused moodustati sellise kaalutlusega, et need avaksid uuritava valdkonna. Lisaks kirjeldati nende juures näiteid, et suunata intervjueeritavat süvitsi teema juurde, mis autorile huvi pakub. Intervjuud viidi läbi poolstruktureeritult, mis andis võimaluse soovi korral teemat edasi arendada ning saada laialdasemat informatsiooni. Vestlused toimusid aprill 2018-veebruar 2019. Kohtumised kestsid 30-70 minutit, sõltuvalt intervjueeritava päevakavast. Intervjuud salvestati ning tehti märkmeid vastanute loal. Vestluste tulemusena saadi ülevaade erinevate osapoolte seisukohtadest. Autor analüüsis vastuseid ning võrdles neid kirjandusest saadud informatsiooni ja teiste osapoolte arvamustega. Tulemused esitatakse anonüümselt.

Intervjuud viidi läbi nii volitaja kui ka agendi rollis olevate osapooltega Sotsiaalministeeriumist, Eesti Kiirabi Liidust (EKL), Terviseametist ja Haigekassast. Magistritöös kasutatakse intervjueeritavate tähistamiseks numbrit (1-7) ja tähe kombinatsiooni ("I"), kus esimene intervjueeritav on märgitud kombinatsiooniga I-1 ja viimane I-7.

3. EMPIIRILINE ANALÜÜS

3.1 Lepinguline delegeerimine

Kuni 2017. aasta lõpuni vastutas Eesti kiirabiteenuse toimimise ja rahastamise eest Terviseamet. Alates 2018. aasta algusest sai vastutavaks Eesti Haigekassa. Hetkel on üleminekuperiood ning sellest tulenevalt on nii Terviseamet kui Haigekassa suhtlemas kiirabi teenusepakkujatega. Vesteldes volitajate rollis olevate osapooltega toodi välja, et kehtivaid strateegiaid ei ole plaanis muuta, kui ei ole just veenvat vajadust.

Kiirabi valdkonna juhtimine on olnud pikka aega muutumatu ning valdkond on küllaltki raamidesse pandud (I-7). Muudatuste võimalus sõltub paljuski heast tahtest ja koostööst. Üldiselt kiirabi kuvandit ja tõstatunud probleemide vähesust hinnates paistab kõik korras olevat ning võib-olla polegi muutusi vaja (I-6). Vaatamata sellele, et midagi halba ei ole juhtunud, siis võib ja peabki teenust arendama (I-6).

3.2 Lepingud

Üleminekuperioodil vaadatakse kehtivad lepingud Haigekassa poolt üle ning vajadusel tehakse muudatusi. Volitaja oli arvamisel, et muudatusteks on võimalus, sest nad ei ole öelnud, et tegemist saab olema lepinguga, kus läbirääkimistele võimalust ei jäeta (I-4; I-6). Agentide arvates on lepingud liiga ranged ning nad soovivad rohkem otsustusõigust ja vabadust tegevuseks (I-6).

Vestlustes oli arutelu all usaldamatus, mille käsitlemine on eriti oluline võistlevate lepingute sõlmimisel. Intervjueeritavad (I-3; I-7) leidsid, et haldusleping, mille alusel toimub volitamine (delegeerimine), on oma olemuselt juhis. “Mindud on juhendi teed, kuna volitaja ei ole kiirabispetsialist ning jäetakse ruumi kiirabi tegutsemisele ja kaalutusõigusele.” (I-4).

Avalike teenuste puhul on väärtuseid, mida on keeruline lepingusse kirja panna. Näiteks ei kajasta lepingud rahalisi ressursse, vaid nõudeid, millele teenusepakkujad peavad vastama (I-4). Halduslepingust tulenevad ka investeerimise ning amortisatsiooni ajakava (I-1).

3.3 Osapooled

Ettevõtete eesmärk on pakkuda kvaliteetset ja head kiirabiteenust kliendile. Seetõttu näeb kiirabi end siinkohal pigem riigi partnerina, mis üldjuhul tähendab seda, et arvestatakse teise osapoolega ning ollakse koostööaltimeks.

Kiirabiteenuse pakkujate konkurents teravnes aastatel 2012-2013. Enne 2013. aastal läbiviidud konkurssi oli teenusepakkujaid 24, hiljem oli selleks arvuks 11. Pakkujate vähenemisega tekkisid probleemid olemasolevate kohustustega. Näiteks tekitas see palju vaidlusi, mis jõudsid ka kohtusse (I-4). Positiivne aspekt selle juures on see, et volitaja võib saada parema kontakti pakkujaga. „Minimaalne vastutus on volitajal ning maksimaalne vastutus on teenusepakkujal.“ (I-4). Oluline on märkida, et brigaadide arv sellest tulenevalt ei vähenenud, vaid pigem suurenes.

Intervjueeritavate prognoosi kohaselt on uuel lepinguperioodil turule jäämas 10 teenusepakkujat (I-6). Suurem olemine omab positiivseid suundi ning seejuures maandab personaliriski. Väikeettevõtte ei pruugi olla suuteline täiendavate brigaadide väljapanekuks ning neil pole suutlikkust majandada. Samuti on suurematel ettevõtetel võimalust osaleda uute meditsiinisuundade katsetamises ja väljatöötamises. (I-1; I-2; I-5)

3.4 Õigusruum

Kiirabiteenuse osutajaks saamisel on vaja täita nõudmisi, mis on välja toodud Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (lühend - TTKS) 3. peatüki 3. jaos. Seal on kirjeldatud kiirabi tegevuse teostamiseks vajalikud nõuded ja loa saamise tingimused. Lisaks on selles seaduses viited erinevatele määrustele. Autor tutvus selle seadusega ning selgus, et 2002. aastast on seda seadust muudetud 68 korda. Viimased muudatused jõustusid 2019. aasta jaanuaris, millega nähti ette täiendavaid töövahendeid kiirabiteenuse osutajatele (I-5; I-6). Vaadates redaktsioone, siis 2020-2022. aastatel on samuti planeeritud muudatusi.

Mitmetest intervjuudest käis läbi mõte, et oluline on muuta õigusruumi kvaliteedi osas ajakohasemaks. Praegused õigusaktid on kehtinud aastast 2001, 2007, 2011 ning nendele on tehtud mitmeid redaktsioone. Selle aja jooksul on aga toimunud palju muutusi nii meditsiinis kui tehnoloogiates. Samas võivad õigusaktid olla ka jäigad ning väga mahukad - näiteks Rootsis on kasutusel paksud köited. Eestis on aga märksa liberaalsemalt korraldatud määrustik, sisaldades ainult kümmele A4 lehekülge (I-1).

Praegusel ajal tutvub Haigekassa nende jaoks uue teenusega ning on asunud valdkonda rahaliselt koordineerima. Neile on see küll uus teema, kuid üleminekuperioodil saadi abi nii Terviseametilt, kui Eesti Kiirabi Liidult. Rahalisele juhtimisele lisaks, tuleb sõlmida lepingud ning sätestada kohustused ja ka õigused. Intervjueeritav (I-5) tõi aga välja, et kiirabiteenus ei ole midagi eriskummalist ning seda ei peaks kohtlema muudest meditsiiniteenustest eraldi või teistmoodi.

Lepingute koostamisel võivad saada seadused ja määrused takistuseks, sest need on kujundatud sellise arvestusega, et lepingute ülalpidamiskulud on prognoositavad (I-1; I-2; I-5). Kui volitaja tahab soodsamat teenust, siis peab ta tegelikult hinnakirju muutma ja maksma teenuse teostamise eest vähem (I-5). Kiirabiteenuse osutajatega seotud intervjuudes oli selge, et ettenähtud nõuded suudetakse täita ning samuti leitakse ka võimalusi, kuidas neid ületada. Täiendavate tegevuste ja varustuse saamiseks on muutunud kulutõhusamaks omaalgatuslikult. Sellest tulenevalt toob töö autor välja tähelepaneku, et lepingud on küll kompaktsed, kuid jätavad siiski ruumi iseseisvalt otsustamiseks.

Struktuur on lepingutel suhteliselt ühesugune ja teenusele on seatud piirid. Üleüldiselt on halduslepingud ja nendega seonduv õigusaktide vaheline volitusnormide kogum killustatud. Lepingute alusel nähakse, et teenuseosutaja peab tegutsema ainult kiirabi teenuseosutajana, kuid keelatud ei ole kõrvalised tegevused, mis võimaldavad täiendavaid sissetulekuid (I-3; I-4). Kompromisse on võimalik saavutada ning selleks peaks vajadusel kogunema ühise laua taha (I-4; I-7). Otsused baseeruvad õigusnormidel ning probleemide ilmnemisel on võimalik leida alternatiivseid lahendusi.

3.5 Rahastamine

Kiirabiteenuse rahastamine toimub Haigekassa ja teenusepakkuja vahelise lepingu alusel. Varasemalt olid lepingud sõlmitud Terviseametiga. Ühel intervjuul möönis intervjueeritav, et:

„Haigekassa poolt rahastamine on parem, kuna siis ei kasutata meditsiini rahastamist poliitilisteks mängudeks.“ (I-5).

Intervjuudest võib järeldada, et haigekassa omab kompetentsi hindade arvutamiseks ning see oskusteave tekib koostöös ekspertidega. Koostatakse kulumudel ning seeläbi leitakse kõige optimaalsem hind teenuse igale osale. „Kulumudeli järgi rahastamine võimaldab volitajal parema hinna ning kvaliteediga teenust saada.“ (I-4). Hind kehtestatakse Haigekassa nõukogu otsuse alusel ministri määrusega ning makstakse ainult selle eest, mis on hinnakirjastatud.

Algselt lepitakse kokku teenuse osutamises ja alles siis selgub, kas eelarvega tuleb välja või mitte. „Volitaja on ette näinud väga selged piirid, mille eest makstakse. Kiirabi auditeeritakse ning tagama peab aruandluse.“ (I-4). Kõik ülejäänud kulud tuleb katta ettevõtte omavahenditest. „Eelarve ei saa olla jäik. Tekitada võiks vaheetapid, kus enne järgmise tegevuse alustamist, vaadatakse tehtud tegevused üle ja seejärel hinnatakse edasiste tegevuste kulusid,“ pakkusid nii I-1 kui ka I-2. Kui jätta aga miskit tegemata, mis on kokku lepitud, siis avaldatakse survet läbi rahaliste mõjutuste, näiteks trahvidega.

Intervjuudes oli läbivaks teemaks raha puudumine. „Kiirabi eelarve kasutamine innovatsiooniks ja pilootprojektide ellu kutsumiseks on võimalik ainult siis, kui halduskuludelt jääb vahendeid vabaks.“ (I-1). Autori arvates on siin võimalik vastuolu informatsioonis, sest lepingutes on võrdlemisi rangelt öeldud – tasu saab ainult selle teenuse eest, milles on kokku lepitud. Kui raha jääb puudu, siis juurde ei saa (I-3). Raha kasutamine innovatsiooniks või muuks on pigem välistatud, kuid see teema vajaks täiendavat uurimist.

Rahastamise osas võimaldab paindlikkust iga-aastane eelarve ülevaade. Läbi selle proovib riik võimaldada suuremat rahastust valdkonnale. „Võib öelda, et riigi rahastus on järk-järgult suurenenud ja see peaks tegema lepingute täitmist lihtsamaks.“ (I-1; I-6). Teisalt aga suurendatakse eelarvet seepärast, et püsikulud suurenevad. Arutletud on küll võimaluse üle küsida patsientidelt visiiditasu, kuid riigi elatustase ei võimalda seda (I-1; I-2). „Volitaja kindel eesmärk on, et kõigile oleks tagatud tasuta esmane abi,“ (I-5).

Volitaja mõistab kiirabiteenuse rahaliste vahendite olulisust, kuid paratamatult tuleb seada prioriteete ka teistele valdkondadele (I-7). Meditsiin on kallis teenus, kuna spetsiifiline aparatuur ja tehnika maksab väga palju. „Kindlasti arvestatakse sellega, et valdkond areneb pidevalt edasi. Kuid kui praegune süsteem koos oma komponentidega teeb töö ära normaalse või isegi hea

kvaliteediga, siis muudatusi sisse ei viida. Sellest tuleneb osaliselt valdkonna ja regulatsioonide pikaealisus ja inertsus.“ (I-4).

Konkureerides proovitakse panustada väga palju tehnikasse ja töövahenditesse. Samuti on olemas ka nii öelda reservraha 20% ulatuses, nii et kui peamised kulutused on kaetud, siis sellega saab teha muid toiminguid (I-1; I-2). "See kulub nii IT-arenduste kui ka paremate kinnaste peale“ (I-2).

Riigi võime reageerida muutustele ei ole piisavalt paindlik. Erinevate intervjueeritavate hinnangul võib seda põhjustada aegunud määrustik (I-1; I-6). „Kiirabiteenuse osutaja peab otsima lahendusi väljaspool kulumudelit, et leida katet uuele tehnoloogiale. Samuti kuulavad osapooled üksteist ära, kuid ei pruugita arvesse võtta ettepanekuid ja kavatsusi. Suures plaanis võib selle taandada sellele, et riigil ei ole ka enda vabasid vahendeid.“ (I-2).

3.6 Kvaliteet

Kiirabiteenuse osutajad lähtuvad enda töös seadustest ja lepingutest tulenevatest tingimustest. Sellest tulenevalt tuleb lepingus ära kirjeldada kvaliteedinõuded, mis reguleerivad kiirabiteenuse osutamise. Teenusepakkujatel on kohustus seirata oma tegevust ja teenuse pakkumise kvaliteeti. Kvaliteedinäitajatena on antud hetkel kasutusel ainult väljasõidu- ja kohalejõudmise aja kriteeriumid.

I-1 üldine hinnang kvaliteedile oli hea. Tema sõnul tegutsevad kiirabipidajad seadustest ja määrustest tulenevate nõuete ning ravijuhiste kohaselt. Mitmel puhul on tegemist tegelikult aga miinimumnõuetega. See tähendab, et soovi korral saavad teenuseosutajad pakkuda ka kvaliteetsemat teenust. Samas on aga teenuse kliiniline areng ja rahvusvahelised standardid kõrgemate nõuetega kui praegused siseriiklikud tingimused. „Prehospitaalses etapis rakendavad kiirabiteenuse pakkujad, vaatamata miinimumnõuetele, viimase sõna tehnoloogiat, tagavad efektiivset patsiendikäsitlust pakkuvate ravimite olemasolu ning uuendavad autoparki kiiremini kui riiklik amortisatsioonikava ette näeb.” ütles intervjueeritav (I-1).

Riiklikul tasandil valmistab probleeme ühtse kvaliteedimõõdikute süsteemi puudumine. „Puudub valdkonnaülene vaade, kuna kvaliteedinäitajate süsteemi ei ole üheselt rakendatud. Selle olemasolu aitaks teenust mõõta ning protsessi seirata,” ütles I-1. Samal seisukohal oli ka kolmas intervjueeritav, kelle hinnangul tekitab sellise standardi puudumine killustatust.

Kuigi ühtne kvaliteedistandard puudub, on üksikuid indikaatorvahendeid kvaliteedi kontrollimiseks seatud ning tegeletakse ka nende mõõtmistega (I-1; I-3; I-6). Peamine, mida hetkel rakendatakse ja kontrollitakse, on kiirabi kohalejõudmise aeg patsiendi juurde. I-5 hinnangul ei ole see aga alati pädev ja arvestama peaks sealjuures piirkonna eripäradega. Muud andmed, mida analüüsitakse, on seotud ravikaartide kontrolliga, mis hõlmab ravijuhiste järgimist ja protseduuride läbi viimist (I-2; I-6).

3.7 Personal

Personal mõjutab kvaliteeti oluliselt, mida tõid välja ka intervjueeritavad (I-1; I-2; I-5). “Haigele võib-olla polegi nii oluline, kas ta viiakse haiglasse Mercedes-Benziga või Volkswageniga. Sisuline kvaliteet sõltub siiski inimestest, kes autos on.” (I-5). Personali kvaliteeti aitavad tagada erinevad koolitused ja õppused: “Simulatsiooniõppused parandavad üldist kvaliteeti ning kujundavad mainet kiirabi asutuses. Saades võistlustel kehva tulemuse, motiveerib see järgmiseks korraks end arendama. Tegemist on nii öelda positiivse konkurentsiga läbi õppuste.” (I-3).

Üldjuhul juhivad antud valdkonda teemat tagasihoidlikult valdavad inimesed ning seetõttu ollakse pigem reserveeritud oma tegutsemises. Ettepanek sellise olukorra lahendamiseks oli töögruppide ja ekspertrühmade rakendamine nii muudatuste koostamisel, kui ka elluviimisel. (I-1; I-4; I-6)

Eestis on kasutusel nii arsti- kui ka õebrigadid. Aja jooksul on arstibrigaade vähemaks jäänud ning laialdasemalt rakendatakse õebrigade. I-1 hinnangul ei leia arsti kvalifikatsiooniga isikud endale kiirabietapil üldjuhul väljaõppe kohast rakendust ning nad on riigile kulukamad. Kvaliteet seetõttu aga ei kannata, kuna vajadusel saavad brigaadi liikmed konsulteerida arstiga, kasutades selleks näiteks telemeditsiini või telefoni abi (I-1; I-5). Sellest tulenevalt ei näe tegelikult intervjueeritavad (I-5; I-7) arstibrigaadidele mingit vajadust. I-7 hinnangul on personal üleüldiselt kvalifitseeritum kui töö tegelikult nõuab. Seda kinnitab ka statistika, mille andmetel hospitaliseeritakse erakorralistest patsientidest 38-40% stabiilsena (I-1).

Autor leiab, et üks aspekt, mis kindlasti rolli mängib, on see kui palju inimesed ise ära teevad enda tervise eest hoolitsemisel. “Kiirabibrigaad, tuginedes ravijuhistele, võib isiku kas hospitaliseerida või jätta kodusele jälgimisele.” ütles I-2. Autor leiab, et kuna brigaadil on õigus otsustada, siis võib selles etapis hakata rolli mängima ka uus asjaolu - vastutuse võtmine. Võib tunduda, et

ohutum nii patsiendile, kui ka meedikule, on hospitaliseerimine. Üks asi on isiku heaolu ja tervis, kuid teine osa on meediku vastutus nii seaduse kui ka lepingu täitmise osas.

Lähipiirkonnas konkureerivad asutused võistlevad personaliressursi pärast. Asutuste enda seatud kvaliteedinõuded ja pakutavad tingimused võivad inimeste liikuvuse osas mängida olulist rolli. “Ettevõtete siseselt võib olla kasutusel meetodika, mis võimaldab end arendada ja parandada, pakkudes piisavalt motivaatoreid.” (I-1). I-1 hinnangul annab sisemine kvaliteedi nõudmine ja selle arendamine olulise konkurentsieelise. Peamiseks probleemiks on see, et umbes 40% kiirabi töötajatest osaleb n-ö riskasutusel ehk osa töötajatest töötab ka konkurendi juures (I-3). Lisaks ütles (I-1), et on täheldanud siinjuures huvitavat nähtust: “Kui palgad tõusevad, siis teravneb konkurents töötajate pärast. Inimestel kaob vajadus elatist teenida mitmel töökohal, kuna nende toimetulek suureneb.”. Lisaks palgale mõjutab inimesi ka preemia. Riik ei saa tegeleda töötaja premeerimisega ning lisatasude määramiseks peab iga teenusepakkuja leidma ressursse enda vahenditest (I-1; I-2; I-5).

3.8 Järelevalve

Kiirabiteenuse osutajaga sõlmitud halduslepingu Lisa 1 sätestab, millised brigaadid peavad olema komplekteeritud ning mis on nõuded valves olevale brigaadile. Operatiivteatise kaudu seiratakse kogu tegevust reaalselt. Vaadeldakse brigaadide komplekteeritust brigaadi liikmete osas, sest teatud tingimustel võib olla brigaadis vähem kvalifitseeritud personal. Lepingutingimuste kohaselt toimub sel juhul tagasiarvestamine, sest volitaja ei saanud kokkulepitut teenust (I-3; I-4). Tagasiarvestamine toimub sellisel juhul kui brigaadis peaks olema õde/õde/kiirabitehnik, aga on õde/erakorralise meditsiini tehnik/kiirabitehnik. Üks liige on siinkohal madalama kvalifikatsiooniga (õde versus erakorralise meditsiini tehnik) ning seetõttu on tasu selle teenuse eest väiksem. Sisuliselt saavad ettevõtted raha samade asjade eest, kuid summad erinevad – vastavalt kas siis suurusele või osutatud teenuse kogusele (I-3; I-4).

Ühtset järelevalvesüsteemi ei ole. Teenusepakkujad esitavad aegajalt enda tegevuste kohta raporteid, kuid see ei ole riigi tasandil sätestatud (I-5). Sellest tulenevalt on seal välja toodud andmed ja tegevused väga erinevad ning võib juhtuda, et andmeid, mida analüüsida ja kõrvutada teiste teenusepakkujate andmetega, pole. (I-2; I-6).

4. JÄRELDUSED

Riik, olles volitaja rollis, soovib leida teenusepakkujat, kes tasu eest täidab kiirabiteenuse pakkumise funktsiooni. Tegevused, mida delegeeritakse ja ettevõtted kellele teenus antakse, võivad olla erinevad, kuid sobimuste keerukus ning kvaliteet sõltub volitajast. Kui võrrelda näiteks koristus- või meditsiiniteenust, siis peale selle, et tegemist on erinevate valdkondadega, on neil väga erinev sotsiaalne mõju. Ühe tegevuse tagajärjed on pigem esteetilised, kui teise puhul on puudutatud otseselt inimese tervis.

Volitaja viib läbi konkursi kiirabiteenuse pakkuja leidmiseks. Eesmärk on saada võimalikult soodsa hinnaga parimat teenust, kuid lepingulise delegeerimise kaudu võib osutada see keeruliseks. Volitaja oma reeglitega juhib agentide tegevust ning turumehhanismide toimimine on raskendatud. Kuigi agendil on võimalik olla partner, siis kõik taandub volitajale, kes läbi õigusruumi ja lepingute ütleb kui kvaliteetne ja mis hinnaga teenus on. Kvaliteedi osas saab ja ka tehakse agendi poolt palju ära, kuid mingist hetkest ei ole see tegevus majanduslikult mõistlik.

Riigil tuleb luua konkurentsile avatud keskkond ja uutele ettevõtetele peab jääma võimalus turule sisenemiseks. Üks argument võib olla, et kliendile peab tagama toimepideva teenuse ja parem oleks pakkuda seda ilma konkurentsita. Probleem tekib aga sellest, et ilma konkurentsita ei teata, kas hind, mida küsitakse või pakutakse, on õige. Lisaks võib vähem pakkujaid turul luua võimaluse raha ebaefektiivsemaks kasutamiseks. Kui volitaja teenuse delegeerib, siis takistuseks on see, et volitaja kirjutab tänasel päeval kõik tegevused ette. Volitaja saab rakendada tugevama õigust ja vaatamata ekspertide hinnangutele muuta süsteemi endale sobivas suunas.

Volitaja ning agent on üldiselt ühises infoväljas. See tuleneb informatsiooni kättesaadavusest e-riigi kontekstis, aga ka osapoolte pikaajalisest kogemusest ja väikeriigi omapärast, kus n-ö „kõik tunnevad kõiki“. Intervjueeritavad nõustusid positiivsete arengutega koostöö vallas ning autori arvates on see peamine. Oluline on, et volitaja aktsepteeriks agentide kui partnerite ja ekspertide oma tegevusvaldkonnas ning arvestaks temaga. Sellest sõltub kui keeruline on mõlema osapoole jaoks optimaalsete lahenduste leidmine. Samas ei tähenda parem lahendus volitaja jaoks seda, et see oleks valdkonna huvide suhtes hea ja *vice-versa*. Kokkulepete rikkumistel on tagajärjed ning vältimiseks on vaja kombineerimise ruumi.

Käesolevas töös leidis kinnitust, et halduslepingute sõlmimine on reguleeritud suhteliselt rangelt ning diskretsiooniõigus on minimaalne. Intervjueeritavad leidsid, et õigusruumi on vajalik muuta ning viia see kooskõlla ootustega, mis on pandud kas teadlikult või tahtmatult kiirabiteenusele. Seejuures rõhutati, et eesmärgiks peaks olema alati kvaliteet. Eesti õigusruumi probleem võib-olla suur normide hulk ja kehtestatud nõuete seotus rahalise kattega. Seeläbi on keeruline mõista kui palju on võimalik tagada kvaliteeti. Kuigi tegevusi kontrollitakse ja eesmärk peaks olema parema teenuse osutamine, siis oleks vaja rakendada täiendavaid kontrollvahendid ja indikaatoreid.

Õigusaktides ja lepingutes on kirjas, kuidas protsess peab toimuma ning milline peab abi välja nägema. Töö autori hinnangul saab see kehtida ainult normaaltingimustes. Kriisisituatsioonides kehtivad teised regulatsioonid, kuna kiirabil pole lõputult ressursi. Juhuste kokkulangemisel võivad tekkida probleemid teenuse toimepidevusega ning ressursipuudusega. Tõsiasi on see, et riik peab olema valmistunud juhusteks. Valmisolekut kriisideks arendatakse läbi ühisõppuste ning see aitab töötajate motivatsiooni ja kvalifikatsiooni parandada. Kriisireguleerimine on eraldi teema ning vajaks kindlasti täiendavat uurimist.

Peamine tegevus teenuse osutamiseks on olnud seaduste, määruste ning lepingute täitmine. Kusagil ei toodud välja, et tegutsetaks mingi kava või strateegia kohaselt. Olemas on küll valdkonna arengukava, kuid seda rakendatakse minimaalselt. Puuduseks on see, et arengukavas ei ole laialdaselt kiirabiteenust ja selle osutamist käsitletud.

Eesti kontekstis on võimalik, et tulevikus jääb turuke neli teenusepakkujat, mis tähendaks sisuliselt Eesti jagamist. Kui see oleks eesmärk, tuleks vastav kava koostada. Muudatuste käigus on märgata, et pigem ei ole tegelikku pikka plaani haiglaeelsele meditsiiniteenusele.

Ettenähtud standardid loovad eelduse selleks, et kõigile oleks tagatud võrdselt kvaliteetne teenus. Jätkuvate arutelude koht on see, et milline on hea teenus, mida pakkuda saaks. Eelarve seab omad piirid ja arvestades valdkonna kallidust ning inertsust, siis muudatuste tegemine ja reglementeerivate aktide tekstid peaksid võimaldama regulaarset arengut. Standardid nii agendile kui meditsiinilisele teenusele peaksid olema kirjeldavad ning sõnastatud selliselt, et kasutusel oleks võimalikult uudsed lahendused. Kiirabiteenusele on oluline pakkuda võimalikult laia tööriistade hulka, kuna Eestis on tegemist pigem meditsiinilise kiirabiga. Volitajad aga ei välista tulevikus parameditsiinilist kiirabi.

Olemas on meditsiinvahendeid, mis parandaksid oluliselt kriitilises seisus patsiendi prognoosi. Eestis ei ole selliste vahendite kasutamine aga reguleeritud. Haigekassa kirjutas kulumudelisse

vajaminevaid vahendeid kiirabi jaoks juurde ehk töövahendite hulk suurenes, kuid pigem jäädakse kindlaks traditsioonilistele ja pikemat aega kasutusel olnud lahendustele. Autor leiab, et siinkohal oleks oluline nii volitajal kui ka agendil hoida end kursis uute tehnoloogiatega ning võimalusel nendega ka kaasa minna. Asjaolu, mis jäi välja selgitamata, kuid agendi seisukohast vajaks edasist defineerimist, on mõiste: „tegelikkusega koosõlla viima“.

Haigekassa poolt rahastamine võimaldab paindlikkust, kuid seejuures tuleb arvestada, et on tekkinud võistlevad teenused. Kiirabiteenus ei oma enam eraldi rida riigieelarves, millest saaks kulud kaetud. Eelarve on olemas, kuid Haigekassast taotlevad ja küsivad vahendeid ka muud meditsiinilised institutsioonid. Sellest tõstatub aga olukord, kus finantseerimist võib saada hoopis parim läbirääkija. Sellise olukorra vältimiseks peab volitaja olema teadlik kõigist asjaoludest ning need lepingutesse kirjutama. Positiivne aspekt on siinkohal see, et enamus tervishoidu puudutavaid teenuseid on Haigekassa hallata, mistõttu omavad nad tervikpilti erinevatest teenustest.

Riigi teenuseid on raske kirjeldada ning volitamisel makstakse selle eest, mis on lepingusse kirja pandud. See jätab võimaluse, et agent peab tegema suuremaid kulutusi, kui lepingus on välja toodud. Samas ei ole kõikide selliste kulude eelnev lepingusse lisamine võimalik, kuna siis peaks agent olema suuteline ette nägema. Teisalt võib volitaja juba alguses alahinnata tegevuse keerukust ja mahtu ning ta ei teadvusta, et reaalne kulu on suurem. Valdkond võidaks, kui volitaja poolt tegutsetaks sihikindlamalt ja selgelt strateegiaid järgides. Hetkel on siiski volitaja saamas paremat teenust kui tegelikult ette on nähtud. Sellise olukorra tingivad üldjuhul konkurentsitingimused, kus üks pakkuja tahab teisest parem olla.

Hetkel monitooritakse Eestis peamiselt kahte parameetrit: väljasõidu- ja kohalejõudmise aeg. Need aga ei anna piisavalt tagasisidet kiirabiteenuse olukorra kohta, kuna võivad piirkonniti väga palju erineda. Kvaliteedimõõdikute vajadust on hakatud aja jooksul rohkem hindama, kuid nende kasutuselevõtt on olnud visa. Agent on ise siinjuures aga ise küllaltki edumeelne olnud ning läbi oma tegevuse ka valdkonda arendanud. Sellest tulenevalt leiab autor, et välja tuleks arendada üleriiklik kontrollimehhanism. Paika tuleks panna võimalikult konkreetsed mõõdikud, mis annavad ülevaate probleemsetest kohtadest.

Kvaliteedimõõdikud peaksid olema üheselt arusaadavad, kuna siis ei teki võimalust asümmeetria tekkeks. Mõõdikute kaardistamisel tuleks kirja panna konkreetne baastase (hetke olukord) ning määrata siht, kuhu tahetakse jõuda. Oluline on sinna lisada ka ajaline mõõde - mis ajaks ja mis tingimustel soovitakse tulemust saavutada. Määrata tuleb ka vastutaja ja kirjeldada tema tegevusi

sihttaseme saavutamiseks. Tegemist peab olema järjepideva ja regulaarse tegevusega, mis eeldab analüüsi ja kokkuvõtete tegemist. Alles siis hakkab kujunema valdkonnast terviklik pilt ning tulevad välja probleemset kohad.

Kvaliteedinäitajate lisamine, järgimine ning hilisemas osas saadud andmete analüüs ja järeltegevused on väga ressursimahukad. Agendi monitoorimine on kulukas, kuid et saada ülevaade hetkeseisust ning kvaliteedist, tuleb teha investeeringuid. Tänapäeva ühiskond areneb väga kiiresti ning ei saa loota, et see, mis toimis mitu aastat tagasi, jääks toimima veel mitmeks aastaks. Regulaarne aruandlus nõuab lisaks finantsilistele ja ajalistele vahenditele kindlasti ka volitaja ja agendi omavahelist koostööd. Volitaja peaks siinkohal agentit toetama, et agent saaks omalt poolt välja arendada struktuuri nii kvaliteedi jälgimiseks kui ka raporteerimiseks. Volitaja peab looma aga enda jaoks reeglistiku, kuidas ja mis ulatuses ta agendilt saadud infot analüüsib.

Lisaks kvaliteedinäitajatele on oluline element ka kliendi tagasiside. Rahulolu-uuringud on üks peamine komponent selgitamiseks välja, mida klient teenusest tegelikult arvab. Teenusepakkujad teostavad uuringuid minimaalselt ning seda peamiselt enda asutuse põhiseelt. Need aga ei anna laias laastus üldpilti volitajale, kuna iga teenusepakkuja võib lähtuda erinevatest kriteeriumitest. Riiklikul tasemel uuring võimaldab volitajal aru saada teenuses olevatest kitsaskohtadest ning see annab sisendi uuele lepingule. Samuti saab nende andmete põhjal vastu võtta otsuse, kas ehk on vaja sätestada piirkondlikke erisusi või mitte.

Oluline märksõna uuringute ja mõõdikute juures on regulaarsus. Kokkuvõtteid peaks teostama vähemalt kord aastas, et tekiks mingi ülevaade ning saaks aimu, kas teenuseosutamise liigutakse õiges suunas. Kui andmed olemas, saab volitaja end maailma mastaabis kuskile asetada. See annab võimaluse võrdluseks ning uute eesmärkide püstitamiseks.

Küsitluste juures kerkib üles küsimus, et kuidas oleks seda kõige efektiivsem teha. Keegi ei eelda, et haige jõudes haiglasse hakatakse teda küsitlema, kuidas talle teenuse olemus, personal ja autosõit meeldis. Üks variantidest oleks rakendada tagasisidestamist perearsti teenuse kaudu, kuna üldjuhul peavad haiged, kes on kokku puutunud kiirabiga, hilisemas etapis konsulteerima ka perearstiga. Samas saab ka läbi portaali eesti.ee saata inimestele küsimustikku. Juhul kui tegemist on välismaalasega, saab näiteks peale hospitaliseerimist temalt infot hankida.

Paratamatult on vananevas ühiskonnas vajadus meditsiiniteenuste järgi kasvamas ning selle tehte teine osa on personalipuudus. Tänapäeval on töötajate riskasutus kiirabis varjatud oht ning probleem avaldub valdkonda uute inimeste saamise raskuses. Juhul kui sissetulekud kasvavad, on

suur võimalus, et töötajad jäävad ühe tööandja juurde ning pole tarvidust käia mitmel töökohal küllaldase sissetuleku tagamiseks. Selle tulemusena aga jääb teise asutuse töökoht vabaks. Töö autori hinnangul on probleem tingitud peamiselt just palgast - kiirabitöö kohta võib teatud määral öelda, et tegemist on vabatahtliku heakorra tööga ning teatud määral rõhutakse inimese südametunnistusele. Kui palgad tõusevad, muutub see töökoht kindlasti paljude jaoks atraktiivsemaks ning personalipuudus väheneks. Siinkohal aga hakkab rolli mängima aga teine probleem.

Nimelt puutub kiirabi enda töös kokku väga paljude erinevate inimestega. Kiirabi peamine eesmärk on küll eluohtlikus seisundis inimese aitamine, kuid paraku puutuvad nad enda töös kokku ka väga paljude muude olukordadega. Harvad ei ole need korrad, kus tegelik situatsioon ei vaja kiirabi sekkumist. Põhjuseid, miks mõned inimesed kutsuvad kiirabi ka siis, kui tegelikult näidustusi pole, võib olla mitmeid. Üldjoontes on see valdkonnaülene probleem ja antud töös seda ära ei lahendada. Töö autor leiab aga, et pidev käimine selliste klientide juures, vähendab töötajate motivatsiooni. Kiirabitöötajate kvalifikatsioon on tunduvalt kõrgem ning paljud on valinud selle elukutse seepärast, et realselt kedagi eluohtliku seisundi, trauma vms. korral aidata. Sellised “külaskäigud” tõmbavad aga paljude jaoks motivatsiooni kvaliteetset teenust osutada alla.

Motiveeritud töötajad aitavad tagada lepingute täitmise, sest iga lepingu tulemusena toimub tegevus lõpuks madalaimal tasandil. Nii kontroll, motivatsioon, kui ka teadlikkus, kuidas lepingutest juhendada, väheneb hierarhiliselt. Seetõttu on kõigepealt vaja tagada volitaja-agendi vaheline suhtlus ning siis saab agent omakorda korraldada ettevõttesisesel selge ja arusaadava kommunikatsiooni. See aitab igal tasandil langetada teadlikke otsuseid või loob selleks eeldused. Kui vaadata hierarhiliselt madalamat taset, siis võib seal esineda puuduseid lepingu täitmise juures. See mõjutab ka protsessi ülemisi tasandeid ja seatud eesmärkide täitmist.

Selliste kutsete osakaalu vähendamiseks, mis tegelikkuses kiirabi ei vaja, on hakatud rohkem inimestele teadvustama kiirabi olemust. Seletatakse laiemalt, mis on need olukorrad, millal on vaja kiirabiteenuse kasutamist ning millistes situatsioonides piisab kasvõi kõnest perearsti liinile. Seda teemat laiemaks ajades tuleks mõelda ka erinevate sotsiaalsete programmide peale - sotsiaaltöötajate külaskäigud end “üksikuna tundvate” inimeste juurde jms. Lahendusi võib olla mitmeid ning kindlasti vajaks see täiendavat uurimist.

Käesoleva töö autori hinnangul on mõistlik, et kasutusel on meditsiinilised kiirabiteenuse osutajad, kuid terendava tööjõu problemaatika valguses, võib personali kvalifitseeritus vajada

ümberrhindamist. Telemeditsiin on kättesaadav ning elupäästvaks esmaabiks on parameedikud küllaldaselt ettevalmistatud. Sellest tulenevalt leiab töö koostaja, et kaugemates piirkondades, kus haiglasse transpordi aeg pikeneb, saavad kõik vastava erakorralise meditsiini kvalifikatsiooniga kiirabi töötajad sisuliselt ühtviisi normaalselt hakkama.

Kindlasti üks võtmesõnadest saab olema IKT (info- ja kommunikatsioonitehnoloogia). Tänapäeval on see väga kiiresti arenev valdkond ning sellest ei jää mõjutamata ka kiirabiteenus. Kasutusele on juba võetud e-kiirabi, mis lihtsustab erinevate osapoolte tööd. Mujal maailmas kasutatakse juba mõistet tark kiirabi, mis hõlmab endas erinevate rakenduste kasutamist - seda nii patsiendi kui ka teenusepakkuja vaatest. Sellest tulenevalt tuleks uute lepinguperioodide koostamisel ka sellega arvestada. E-teenuste kasutuselevõtt soodustab ja oluliselt lihtsustab ka järelevalve tegemist ja andmete analüüsi. See teema vajaks kindlasti täiendavat uurimist, kuidas ja mil määral saaks seda kiirabiteenuse juures ära kasutada.

Üks oluline aspekt lepingute juures on ka järelevalve, mis võimaldab jälgida teenusepakkujate tegevust nii professionaalsel tasemel, kui ka majanduslikust arvestusest lähtuvalt. Praegusel ajal rakendatakse järelevalve meetmeid, kuid küsitav on informatsioon, mida need annavad otsuste langetamiseks. Hetkel teostab järelevalvet Terviseamet. Samas võib väita, et see on sisuliselt kontroll, kuidas on täidetud dokumente ehk kiirabikaarte. Taaskord leiab töö autor, et efektiivne kontroll on küsitav, kuna ükskõik, mis suhtes agendi rolli hetkel täidetakse, saab agent ehk siis teenuse või ülesande täideviija, teha enda suhtes soodsaid lahendusi.

KOKKUVÕTE

Kiirabiteenusega seotud küsimused kerkisid päevakorda 2017. aasta lõpus, mil muutus teenuse eest vastutaja. Tegemist on teenusega, mis peab olema kättesaadav kõikidele inimestele, kes viibivad Eesti territooriumil ja seda ööpäevaringselt seitse päeva nädalas. Sellest tulenevalt on teenus väga kõrge prioriteediga ning toimimiseks peavad olema sätestatud konkreetsed suunised.

Magistritöö eesmärgi täitmiseks püstitati uurimisküsimus: *Kuidas kiirabiteenuse lepinguline delegeerimine mõjutab teenuse kvaliteeti?*

Töö eesmärgi saavutamiseks uuriti vajadusi ning võimalusi lepingutega kohanemiseks ning seda, millised on olnud tagajärjed kvaliteedile. Kirjanduse ülevaates tutvustati teoreetilisi lähtekohti ja avati temaatikat seoses volitaja-agendi probleemiga. Seejärel kirjeldati Eesti konteksti. Empiirilises osas hinnati Eesti hetkeolukorda, kus tugineti intervjuudest saadud infole. Intervjuud viidi läbi nii volitaja, ehk riigiesindajatega, kui ka agentidega, ehk teenust osutavate kiirabi ettevõtetega. Intervjuud olid poolstruktureeritud, mis jättis võimaluse teemat laiemalt käsitleda.

Uuringut läbi viies oli hea võimalus erinevate osapooltega suheldes näha, et volitaja ja agent pigem teevad koostööd. Teisalt võib see väikeses riigis olla möödapääsmatu, kuna üldjoontes teavad kõik kõiki, arvestades seejuures veel ka valdkonna spetsiifilisust. Volitaja ja agent seisavad mõlemad enda huvide eest. Paratamatult proovib agent turuolukorda arvestades leida enda jaoks parimat lahendust, kuidas tagada hea kvaliteet ja optimaalne sissetulek.

Vananeva elanikkonnaga riigis on meditsiin muutumas järjest olulisemaks. Asjaolu, et meditsiin on kallis valdkond, võib avaldada arengutele mõju. Selleks, et võtta midagi kasutusele, peab tegema tihtilugu märkimisväärse investeeringu. Seetõttu jäädakse pigem kasutusel olnud või olevate lahenduste juurde. Pigem tuleks aga näha suuremat pilti ning mõelda, kas ehk ei annaks muudatuste raames suunata raha vajalike tegevuste tarbeks.

Oluline on koguda kvaliteedi kohta rohkem infot, et tagada kvaliteetne teenus. Rõhku tuleks pöörata rohkem tulemusele, kuid ära ei tohi sealjuures unustada ka vahendeid ja protsesse. Sel

juhul toetaks õigusruumi korraldus, kus kirjeldatakse mida tahetakse saada ning kuidas selleni jõutakse.

Töö autor leiab, et lepingulise delegeerimise mõju kvaliteedile on erinev. Volitaja-agendi probleem tõstatab iseenesest võimaluse, et agent kasutab omakasuks ära informatsiooni asümmeetriat. Seeläbi võib öelda, et volitaja ei pruugi teada, mis teenust ta tegelikult saab. Selleks tuleb sätestada konkreetsed tingimused, mille kohta antud teenuse puhul võib öelda kvaliteedinäitajad. Muidu tekib olukord, kus üks ei tea, mida teine teeb ning seetõttu ei saa ka kindlalt väita, millisel tasemel seda teenust osutatakse.

Kehtestatud on õigusaktid, mis reguleerivad kiirabiteenust ja selle kvaliteeti. Hetkel ei ole aga mõõdikuid rakendatud piisavalt. Tegevusvabaduse jätmine ei tähenda aga alati ebaefektiivset ja kehva kvaliteediga teenust. Rakendades laiahaardelisi kvaliteedinäitajad ning väärtustades tulemust, saab kiirabi suhteliselt tõhusalt koordineerida ja arendada. Halduskoormus muudab olukorra kalliks, kuid võidab see, kelle jaoks see teenus on loodud ehk patsient.

Täiendavalt võiks uurida, näiteks põhjamaade riikide võrdluses, haiglaeelse meditsiiniteenuse toimimist ning nende positiivseid kui ka soovimatuid tegureid. Eesti võrdleb ennast tihti põhjamaadega ning vestlustest ja kirjandusest on üldiselt aru saada, et need riigid on ka proovinud erinevaid vorme ja lahendusi koostööks. Samuti on nendel riikidel kiirabiga haiglasse toimetamise vahemaad pikad ja aastaegadest tulenevad eripärad võrreldavalt sarnased.

Personalipuuduse temaatika osas tuleks täiendavalt uurida haridustaset ning erinevate kvalifikatsiooniga inimeste rolli ja mõju kiirabiteenuse osutamisel. Kui näiteks üle kvalifitseeritud isik teeb regulaarselt temale mittevastavat tööd, siis kaotatakse nii majanduslikult, kui ka töötajate oskustes.

SUMMARY

The master thesis „Contracting out of the pre-hospital emergency medical service and its impact on the service quality: The case of Estonia“ deals with the contractual delegation of emergency medical services to the private providers and related quality issues.

The study was conducted using a case study strategy. The analysis of the literature explains the theoretical overview of the study, followed by interview questions. The choice of the interviewees was based on the specifics of the field and given their relevance to the field over time.

The focus of the contract is to adapt to the needs of the parties. It is based on the theory of the principal-agent problem and clarifies both positive and unwanted effects for the parties. The specific regulations and the agreements between the private service providers as agents and the government as a principal provide the requirements under which the service is offered. By analysing the past experiences of the service providers and the government, the aim of the thesis is to provide up-to-date solutions for the future contractual processes of emergency medical services. It also addresses the context-specific options that principals and agents could implement to improve the coping skills of the parties.

There is a lot of attention paid to health care because it is a field that develops very fast. It is important to understand what hidden risks have already been written into the agreements or which may emerge when circumstances coincide. There needs to be a proper legal framework to ensure a good agreement, and an open and forward-looking arrangement of agreements. The analysis also revealed that despite the goal of achieving efficiency, there was still a rise in costs, and the expectations of both parties to the service were not mutually shared

KASUTATUD ALLIKATE LOETELU

- Ackroyd, S., Kirkpatrick, I., & Walker, R. M. (2007). Public Management Reform in the UK and Its Consequences for Professional Organization: A Comparative Analysis. *Public Administration*, 85(1), 9–26. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2007.00631.x>.
- Aldag, A. M., & Warner, M. (2018). Cooperation, not cost savings: explaining duration of shared service agreements. *Local Government Studies*, 44(3), 350–370. <https://doi.org/10.1080/03003930.2017.1411810>
- Almadani, B., Bin-Yahya, M., Shakshuki, E. M. (2015). E-AMBULANCE: Real-Time Integration Platform for Heterogeneous Medical Telemetry System. *Procedia Computer Science*, 63, 400-407. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.08.359>
- Amagoh, F. (2009). Information Asymmetry and the Contracting out Process. *Innovation Journal*, 14(2), 1–14.
- Andersson, T., Petersson, S., Värbrand, P. (2014). *Decision Support for Efficient Ambulance Logistics*. Kättesaadav: https://www.researchgate.net/publication/239785070_Decision_Support_for_Efficient_Ambulance_Logistics, 07.mai 2019
- Bachtler, J., & Ferry, M. (2015). Conditionalities and the Performance of European Structural Funds: A Principal–Agent Analysis of Control Mechanisms in European Union Cohesion Policy. *Regional Studies*, 49(8), 1258–1273. <https://doi.org/10.1080/00343404.2013.821572>
- Bloemhoff, A., Schoonhoven, L., De Kreek, A., Van Grunsven, P., Laurant, M., & Berben, S. (2016). Solo emergency care by a physician assistant versus an ambulance nurse: A cross-sectional document study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0279-3>
- Bogomolova, S., Tan, P. J., Dunn, S. P., & Bizjak-Mikic, M. (2016). Understanding the factors that influence patient satisfaction with ambulance services. *Health Marketing Quarterly*, 33(2), 163–180. <https://doi.org/10.1080/07359683.2016.1166864>.
- Bos N, Krol M, Veenvliet C, Plass AM (2015). *Ambulance care in Europe. Organization and practices of ambulance services in 14 European countries*. NIVEL. Kättesaadav: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_ambulance_care_europe.pdf, 24.aprill 2019
- Braun, D., & Guston, D. H. (2003). Principal-agent theory and research policy: An introduction. *Science and Public Policy*, 30(5), 302–308. <https://doi.org/10.3152/147154303781780290>.

- Bromberg, D. E., & Henderson, A. C. (2015). Collaboration in Frontline Health Care Delivery: Examining the Contractual Relationship Between Local Governments and Emergency Medical Services Agencies. *The American Review of Public Administration*, 45(6), 674–688. <https://doi.org/10.1177/0275074014526300>.
- Brown, T. L., Potoski, M. (2003) Managing contract performance: A transaction costs approach. *Journal of Policy Analysis and Management*, 22(2), 275 – 297. <https://doi.org/10.1002/pam.10117>
- Brown, T. L., & Potoski, M. (2005). Transaction Costs and Contracting: The Practitioner Perspective. *Public Performance & Management Review*, 28(3), 326–351.
- Brown, T. L., Potoski, M., & Van Slyke, D. M. (2006). Managing Public Service Contracts: Aligning Values, Institutions, and Markets. *Public Administration Review*, 66(3), 323–331. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00590.x>.
- Brown, T. L., Potoski, M., & Van Slyke, D. M. (2007). Trust and contract completeness in the public sector. *Local Government Studies*, 33, 607-623. <https://doi.org/10.1080/03003930701417650>
- Carr, J. B., & Brower, R. S. (2000). Principled Opportunism: Evidence from the Organizational Middle. *Public Administration Quarterly*, 24(1), 109–138.
- Carruthers, J., Ashill, N. J., & Rod, M. (2006). Mapping and assessing the key management issues influencing UK public healthcare purchaser-provider cooperation. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 9(1), 86–102. <https://doi.org/10.1108/13522750610640576>.
- Coster, J. E., Irving, A. D., Turner, J. K., Phung, V., & Siriwardena, A. N. (2017). Prioritizing novel and existing ambulance performance measures through expert and lay consensus: A three-stage multimethod consensus study. *Health Expectations*, 21(1), 249–260. <https://doi.org/10.1111/hex.12610>.
- Davis, R. S., Girth, A. M., & Stazyk, E. C. (2016). Social and Technical Determinants of Perceived Contract Performance: Rules, Autonomy, and Ethics. *Public Performance & Management Review*, 39(3), 728–755. <https://doi.org/10.1080/15309576.2015.1137773>.
- Dehoog, R. H. (1990). Competition, Negotiation, or Cooperation: Three Models for Service Contracting. *Administration & Society*, 22(3), 317–340. <https://doi.org/10.1177/009539979002200303>.
- Dyson, K., Bray, J. E., Smith, K., Bernard, S., Straney, L., & Finn, J. (2017). Paramedic resuscitation competency: A survey of Australian and New Zealand emergency medical services. *Emergency Medicine Australasia*, 29(2), 217–222. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12715>.
- Eesti Haigekassa (2018a). *Tervishoid ja tervishoiuteenuste osutajad*. Kätesaadav: <https://www.haigekassa.ee/kontaktpunkt/tervishoiusteemi-korraldus-eestis/tervishoid-ja-tervishoiuteenuste-osutajad>, 05.märts 2019

- Eesti Haigekassa (2018b). *Tervishoiusüsteemi korraldus Eestis*. Kättesaadav: <https://www.haigekassa.ee/kontaktpunkt/tervishoiususteemi-korraldus-eestis>. 09.aprill 2019
- Eesti Haigekassa (2018c). *Kiirabi rahastamise leping*. Kättesaadav: <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingud/kiirabi-rahastamise-leping>, 02.märts 2019
- Eesti Haigekassa (2019). *Alates 2018. aastast tasub Eesti Haigekassa mitmete uute teenuste ja hüvitiste eest*. Kättesaadav: <https://www.haigekassa.ee/uudised/alates-2018-aastast-tasub-eesti-haigekassa-mitmete-uute-teenuste-ja-huvitiste-eest>, 24.jaanuar 2019
- Eesti Haigekassa kaudu rahastatavate kiirabibrigaadide arv. RT I, 15.01.2019.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *The Academy of Management Review*, 14(1), 57–74. <https://doi.org/10.2307/258191>.
- Elson, S. (2009). Regionalization of health care from a political and structural perspective. *Healthcare Management Forum*, 22(1), 6–11. [https://doi.org/10.1016/S0840-4704\(10\)60279-7](https://doi.org/10.1016/S0840-4704(10)60279-7)
- Filippov, M. (2017). Haiglate võrgustumine jätkub. *Eesti Arst*. Kättesaadav: <http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/view/13315>, 03.veebruar 2019
- García, J. A., Rodríguez-Sánchez, R., & Fdez-Valdivia, J. (2015). The principal-agent problem in peer review. *Journal of the Association for Information Science & Technology*, 66(2), 297–308. <https://doi.org/10.1002/asi.23169>.
- Greve, C. (2000). Exploring Contracts as Reinvented Institutions in the Danish Public Sector. *Public Administration*, 78(1), 153–164.
- Greve, C. (2008). *Contracting for public services*. 1st ed. Oxfordshire: Routledge.
- Grönroos C. (2016). *Service Management and Marketing: Managing the Service Profit Logic*, 4th ed. United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.
- Hamman, J. R., Loewenstein, G., & Weber, R. A. (2010). Self-Interest through Delegation: An Additional Rationale for the Principal-Agent Relationship. *American Economic Review*, 100(4), 1826–1846.
- Harland, C., Knight, L., Lamming, R., & Walker, H. (2005). Outsourcing: assessing the risks and benefits for organisations, sectors and nations. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(9), 831–850. <https://doi.org/10.1108/01443570510613929>.
- Hefetz, A., & Warner, M. E. (2011). Contracting or public delivery? The importance of service, market, and management characteristics. *Journal of public administration research and theory*, 22(2), 289–317.
- Hood, C. (1997). Which contract state? Four perspectives on over-outsourcing for public services. *Australian Journal of Public Administration*, 56(3), 120–131.

- Irving, A., Turner, J., Marsh, M., Broadway, P. A., Fall, D., Coster, J., & Siriwardena, A. N. (2017). A coproduced patient and public event: An approach to developing and prioritizing ambulance performance measures. *Health Expectations*, 21(1), 230–238. <https://doi.org/10.1111/hex.12606>.
- James, O., Gilke, S., Petersen, C., & Van de Walle, S. (2015). Citizens' Blame of Politicians for Public Service Failure: Experimental Evidence about Blame Reduction through Delegation and Contracting. *Public Administration Review*, 76(1), 83–93. <https://doi.org/10.1111/puar.12471>.
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1998). Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics (JFE)*, 3(4), 1976. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.94043>
- Jesse, M., & Kasekamp, K. (2017). *Tervishoiu rahastamise koosoleku protokoll*. Kättesaadav: https://arstideliit.ee/wp-content/uploads/2017/08/protokoll_24_07_2017.pdf, 02.veebruar 2019
- Kaljumäe, Ü. (2013). Kiirabikorraldus on muutumises. *Eesti Arst*, 0(0). 367-369. Kättesaadav: <http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/view/11427>, 03.märts 2019
- Kivistö, J. (2008). An assessment of agency theory as a framework for the government-university relationship. *Journal of Higher Education Policy & Management*, 30(4), 339–350. <https://doi.org/10.1080/13600800802383018>.
- Laasik, P. (2017). Raha jagamisel on alati probleeme. *Eesti Arst*. Kättesaadav: <http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/view/13335>, 07.aprill 2019
- Lember, V. (2008). New Public Management Reforms, Contracting-out and Emergency Medical Service in Estonia. In *European Consortium for Political Research Workshops, Rennes, France*.
- Lember, V. (2009). Contracting-Out Public Services and Public Procurement for Innovation: Revisiting Contracting Limits in Estonia and Beyond. Tallinn: Tallinn University of Technology Press
- Lember V., Sarapuu K. (2014) Coordinating Emergency Medical Service in Estonia. In: Lægreid P., Sarapuu K., Rykkja L.H., Randma-Liiv T. (eds) *Organizing for Coordination in the Public Sector. Public Sector Organizations*. Palgrave Macmillan, London. https://doi.org/10.1057/9781137359636_2.
- Lember, V., Parrest, N., Tohvri, E. (2011) *Vabaihendused ja avalikud teenused: partnerlus avaliku sektoriga. Ülevaade ja juhised*. Tallinn: Eesti Mittetulundusühingute ja Sihtasutuste Liit MTÜ
- Likumi 2019. *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība*. Kättesaadav: <https://m.likumi.lv/doc.php?id=301399>, 08.mai 2019
- Marimuthu, R., Bansal, H., Mathurr, S., Balamurugan, S. (2015). Smart Ambulance Services, *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 11, 1-4.

- McClelland S. (2013). *A Strategic Review of Welsh Ambulance Services*. Kättesaadav: <http://www.wales.nhs.uk/easc/document/247047>, 04.mai 2019
- Mercer, M. P., Hernandez-Boussard T., Mahadevan S. V., Strehlow, M. C. (2014). Physician Identification and Patient Satisfaction in the Emergency Department: Are They Related? *Journal of Emergency Medicine*, 46(5), 711-718.
- Nemec, J., Merickova B., Vitek L. (2005). Contracting-out at Local Government Level: Theory and Selected Evidence from the Czech and Slovak Republics 1. *Public Management Review*, 7(4), 637-647.
- NHS Ambulance Service. *Measuring Patient Outcomes: Clinical Quality Indicators*. Kättesaadav: <https://aace.org.uk/uk-ambulance-service/national-performance/>, 10.mai 2019
- OECD (2005). *Modernising Government: The Way Forward*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264010505-en>.
- Overman, S. (2016). Great Expectations of Public Service Delegation: A systematic review. *Public Management Review*, 18(8), 1238–1262. <https://doi.org/10.1080/14719037.2015.1103891>.
- Paker, S. A., Dagar, S., Gunay, E., Cebeci, Z. T., & Aksay, E. (2015). Assessment of prehospital medical care for the patients transported to emergency department by ambulance. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 15(3), 122–125. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2015.11.005>.
- Perrot, J. (2006). Different approaches to contracting in health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 859–866.
- Poth, S., & Selck, T. J. (2009). Principal Agent Theory and Artificial Information Asymmetry. *Politics*, 29(2), 137–144. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9256.2009.01349.x>.
- Praxis, (2009). *Kohaliku omavalitsuse üksuste avalike teenuste lepinguline delegeerimine kodanikeühendustele*. Kättesaadav: http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Valitsemine_ja_kodanike%20C3%BCchiskond/Avalike_teenuste_delegeerimine_KY/SIMDEL_aruanne_SIM_le_korrektuuriga_finalver2.pdf, 20.märts 2019
- Praxis, (2017). *Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Kiirabi valdkonna aruanne*. Kättesaadav: http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-kiirabi_Praxis.pdf, 20.märts 2019
- Ramsay, J., & Wilson, I. (1990). Sourcing Contracting Strategy Selection. *International Journal of Operations & Production Management*, 10(8), 19–28. <https://doi.org/10.1108/01443579010005100>.
- Rębak, D. (2015). Composition of emergency medical services teams and the problem of specialisation of emergency medical services physicians in the opinions of occupationally active paramedics. *Medical Studies/Studia Medyczne*, 30(4), 247-253. <https://doi.org/10.5114/ms.2014.47923>.

- Ridder, H.-G. (2012). Case Study Research. Design and Methods. *Zeitschrift Für Personalforschung*, 26(1), 93–95.
- Riigieelarvest rahastatavate kiirabibrigaadide arv. RTL 2007, 20, 344.
- Ross, S. A. (1973). The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *American Economic Review*, 63(2), 134–139. Retrieved from
- Sarapuu, K., & Lember, V. (2015). Coordination Through Contracting: Experience with the Estonian: out-of-hospital emergency medicine. *Public Management Review*, 17(7), 1021–1039.
- Schepker, D. J., Oh, W.-Y., Martynov, A., & Poppo, L. (2014). The Many Futures of Contracts: Moving Beyond Structure and Safeguarding to Coordination and Adaptation. *Journal of Management*, 40(1), 193–225. <https://doi.org/10.1177/0149206313491289>.
- Schillemans, T., & Busuioc, M. (2015). Predicting Public Sector Accountability: From Agency Drift to Forum Drift. *Journal of Public Administration Research & Theory*, 25(1), 191–215. <https://doi.org/10.1093/jopart/muu024>.
- Schooley, B., Horan, T. A., (2015). *Emerging Digital Technologies in Emergency Medical Services: Considerations and Strategies to Strengthen the Continuum of Care*. Kättesaadav: https://www.ems.gov/pdf/advancing-ems-systems/Reports-and-Resources/Emerging_Digital_Tech_In_EMS.pdf, 10.mai 2019
- Schuhmann, R., & Eichhorn, B. (2017). Reconsidering contact risk and contractual risk management. *International Journal of Law & Management*, 59(4), 504–521. <https://doi.org/10.1108/IJLMA-02-2016-0023>.
- Sotsiaalministeeriumi ajaveeb 2019. *E-kiirabi ühendab kiirabiteenuse ühtseks tervikuks*. Kättesaadav: <https://somblogi.wordpress.com/2016/10/12/e-kiirabi-uhendab-kiirabiteenuse-uhhtseks-tervikuks/>, 12.märts 2019.
- Soosaar, A. (2013). Veel kord tervishoiu kvaliteedist ja seda mõõtvatest indikaatoritest. *Eesti Arst*, 92(2), 63-64.
- Sorin, D. (2015). *Governed or Self-governed? The Challenge of Coordination in European Public Hospital Systems*. Kättesaadav: <https://core.ac.uk/download/pdf/34631905.pdf>, 26.märts 2019
- Sotsiaalministeerium. (2018). *Haiglavõrk*. Kättesaadav: <https://www.sm.ee/et/haiglavork>, 26.november 2018
- Zaffar, Rajagopalan, Saydam, Mayorga, & Sharer. (2016). Coverage, survivability or response time: A comparative study of performance statistics used in ambulance location models via simulation–optimization. *Operations Research for Health Care*, 11, 1-12.
- Zardkoohi, A., Harrison, J., & Josefy, M. (2017). Conflict and Confluence: The Multidimensionality of Opportunism in Principal-Agent Relationships. *Journal of Business Ethics*, 146(2), 405–417. <https://doi.org/10.1007/s10551-015-2887-7>.

- Taljaard, M., McKenzie, J. E., Ramsay, C. R., & Grimshaw, J. M. (2014). The use of segmented regression in analysing interrupted time series studies: an example in pre-hospital ambulance care. *Implementation Science*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-77>.
- Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE (2015). *Uuring era- ja avalike teenuste ruumilise paiknemise ja kättesaadavuse tagamisest ja teenuste käsitlemisest maakonnaplaneeringutes*. Kättesaadav: https://www.siseministeerium.ee/sites/default/files/dokumendid/Uuringud/Ruumiline_planeerimine/2015_teenuskeskuste_uuringu_lopparuanne.pdf, 05.mai 2019
- Terviseamet 2019. Kiirabi. Kättesaadav: <https://www.terviseamet.ee/et/valdkonnad/tervishoid/kiirabi>. 05.mai 2019
- Terviseinfo 2019. *Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020*. Kättesaadav: <https://www.terviseinfo.ee/et/tervise-edendamise/uldpoohimotted/rahvastiku-tervise-arengukava-2009-2020>. 26.märts 2019
- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. RT I, 13.03.2019, 2.
- Togher, F. J., O’Cathain, A., Phung, V., Turner, J., & Siriwardena, A. N. (2014). Reassurance as a key outcome valued by emergency ambulance service users: a qualitative interview study. *Health Expectations*, 18(6), 2951–2961. <https://doi.org/10.1111/hex.12279>
- Van Slyke, D. M. (2003). The Mythology of Privatization in Contracting for Social Services. *Public Administration Review*, 63(3), 296–315. <https://doi.org/10.1111/1540-6210.00291>.
- Westgate, B. S., Woodard, D. B., Matteson, D. S., & Henderson, S. G. (2016). Large-network travel time distribution estimation for ambulances. *European Journal of Operational Research*, 252(1), 322–333. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2016.01.004>.
- Whitford, A. B., Bottom, W. P., & Miller, G. J. (2011). The (Negligible) Benefit of Moving First: Efficiency and Equity in Principal-Agent Negotiations. *Group Decis Negot*, 499–518. <https://doi.org/10.1007/s10726-011-9280-4>.
- World Health Organization. Regional Office for Europe & European Union. (2008). *Emergency medical services systems in the European Union : report of an assessment project coordinated by the World Health Organization*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. <http://www.who.int/iris/handle/10665/107916>.

LISA 1

Intervjueeritavad

1. Põhja-Eesti Ragonaalhaigla kiirabikeskus, juhataja. Priit Tamra intervjuu. Üleskirjutus. Tallinn: 09.04.2018
2. Tallinna Kiirabi, peaarst. Priit Tamra intervjuu. Üleskirjutus. Tallinn: 11.04.2018
3. Terviseamet, peaspetsialist. Priit Tamra intervjuu. Üleskirjutus. Tallinn: 08.06.2018
4. Haigekassa, osakonna juhataja. Priit Tamra intervjuu. Üleskirjutus. Tallinn: 11.04.2018
5. Lõuna-Eesti Haigla, juhatuse liige. Priit Tamra intervjuu. Helisalvestis. Võru: 27.01.2019
6. Haigekassa, haldur. Helisalvestis. Priit Tamra intervjuu. Pärnu: 08.02.2019
7. Sotsiaalministeeriumi, juhataja. Priit Tamra intervjuu. Helisalvestis. Tallinn: 25.02.2019

LISA 2

Intervjuude poolstruktureeritud küsimused

Uurimisküsimuste kaudu selgitatakse välja:

1. Kuidas on lepinguline suhe tinginud vajadusi osapooltel kohaneda ning milliseid strateegiaid on kasutatud?
2. Millised on olnud kõrvalmõjud - positiivsed või soovimatud?
3. Volitaja kasutab agenti, sest delegeerimine võimaldab tõhusust. Agent omab spetsiifilisi võimekusi või väiksemaid alternatiivkulusid tagavaid optimaalsemaid ressursikasutamise meetodeid. Millisel määral on märgata, et teenus on läinud efektiivsemaks?
4. Mil määral esineb informatsiooni asümmeetria ja eesmärkide konflikte? Näiteks teab firma juhatas ettevõtte kasumiväljavaateid palju paremini kui aktsionärid; laenuvõtjal on oma võimaluste kohta rohkem infot kui laenuandjal ja ka kindlustusvõtja tunneb oma riske märksa paremini kui kindlustusfirma.
5. Mil määral võib esineda oportunistlikut käitumist agendi poolt, kes töötab volitaja nimel (volitajal pole võimalik otseselt jälgida agendi tegevust ning agent lähtub oma huvidest volitaja kulul)?
6. Ühes otsas on madala riski ja keerukusega lepingud, mida on võimalik täielikult ennustada ja lepingutesse *ex ante* kirjutada. Sellisel juhul on lepingud peamiselt juriidiliselt vajalikud, kuna tehing ei ole keerukas ega mitmetahuline. Kui tehingud ja lepingud muutuvad keerukamaks, tulemused ebamäärasemaks ja interdistsiplinaarsemaks, on vajadus keerukama juhtimise järgi. Paljude klauslitega lepingud on nagu juhendid ja julgestusvahendid. Tuginedes eelnevale milliseks hindate hetkel toimivat õiguslikku korraldust?
7. Omandi ja vastutuse määramine võimaldab määrata otsuste tegija ja reastada motivaatoreid. Milliseid motivaatoreid on volitaja kasutanud?
8. Usaldamatus on eriti oluline võistlevate lepingute sõlmimisel. Konkureerivas situatsioonis kas on märgata, usaldamatust ja kas ajajooksul on koostöö paranenud?

9. Kuidas on arenenud partnerlus riigi ja teenuse pakkuja vahel?
10. Volitaja koostab lepingu sellise kaalutlusega, et agent kas teadmatusest või mõningatel juhtudel ka parema valiku puudumisel aktsepteerib lepingut sellisena nagu see on, kuigi see on puudulik. Kui suures osas on teenuse pakkuja pidanud leppima olukorraga, mida volitaja eeldab teenuse pakkujalt?