
STUDIJA SLUČAJA

Angažovanje kapaciteta hitne medicinske pomoći na medicinskom obezbeđenju kupališta
Ada Ciganlija

Normativni, operativni i sistemski aspekti

Pokret Pravo na život – MERI

Beograd, 2026. godine

METODOLOŠKA NAPOMENA

Ova studija izrađena je kao analitički dokument sa ciljem da sagleda normativne, organizacione i operativne aspekte angažovanja kapaciteta javne hitne medicinske pomoći na medicinskom obezbeđenju kupališta Ada Ciganlija, kao i potencijalne sistemske posledice takvog angažovanja po dostupnost zdravstvene zaštite građanima.

Studija se ne bavi utvrđivanjem individualne, disciplinske ili krivične odgovornosti bilo kog lica ili institucije, niti daje ocenu zakonitosti u procesnom ili sudskom smislu. Analiza je usmerena isključivo na identifikovanje obrazaca, sistemskih rizika i efekata po funkcionisanje sistema hitne medicinske pomoći, na osnovu važećeg pravnog okvira i dostupnih činjenica.

Metodološki, studija se zasniva na:

- analizi važećih propisa Republike Srbije iz oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja,
- uvidu u ugovornu i tehničku dokumentaciju koja se odnosi na medicinsko obezbeđenje kupališta Ada Ciganlija,
- dokumentaciji pribavljenoj od nadležnih institucija, uključujući i dokumentaciju dobijenu po osnovu zahteva za pristup informacijama od javnog značaja,

– operativnim i organizacionim podacima o strukturi timova, smenskom režimu rada i raspoloživosti kadrovskih i transportnih kapaciteta.

Kvantitativni deo analize zasniva se na prevođenju planskih dnevnih angažovanja u realne efekte po smenski sistem rada hitne medicinske pomoći, uzimajući u obzir potrebu za pokrivanjem svih smena, dana odmora i zakonskih obaveza zaposlenih.

Studija slučaja pacijenta S. K. uključena je isključivo radi ilustracije sistemskog konteksta i potencijalnih posledica preraspodele kapaciteta. Njome se ne dokazuje direktna uzročno-posledična veza između pojedinačne odluke i ishoda, već se ukazuje na način na koji se ograničenja sistema mogu reflektovati u konkretnim, vremenski osetljivim situacijama.

Svi nalazi i zaključci u ovoj studiji izvedeni su iz proverljivih izvora i predstavljeni su u cilju podsticanja stručne, institucionalne i javne rasprave o pravilnom razgraničenju osnovne delatnosti hitne medicinske pomoći i planskih, ugovornih zdravstvenih usluga, u skladu sa javnim interesom.

1. Razgraničenje između hitne medicinske pomoći i medicinskog obezbeđenja skupova i manifestacija

Ovo poglavlje postavlja osnovni analitički okvir za razgraničenje dve različite zdravstvene funkcije koje se u praksi često preklapaju, ali imaju bitno različitu pravnu prirodu, svrhu i operativne posledice. Jasno razumevanje ove razlike predstavlja neophodnu osnovu za dalju analizu normativnih, organizacionih i sistemskih aspekata angažovanja hitne medicinske pomoći na medicinskom obezbeđenju kupališta Ada Ciganlija.

1.1. Hitna medicinska pomoć – osnovna javna zdravstvena delatnost

Hitna medicinska pomoć (HMP) predstavlja osnovnu, zakonom definisanu zdravstvenu delatnost čiji je cilj hitno zbrinjavanje životno ugroženih pacijenata, u situacijama kada svako odlaganje neposredno povećava rizik od smrtnog ishoda ili trajnog oštećenja zdravlja.

Ključne karakteristike hitne medicinske pomoći su:

- pruža se u režimu neprekidne dostupnosti (24 časa dnevno, 7 dana u nedelji),

-
- dostupna je svim građanima pod jednakim uslovima, bez obzira na mesto, okolnosti ili uzrok zdravstvenog stanja,
 - finansira se iz obaveznih javnih sredstava (sredstva RFZO-a i budžetski transferi),
 - zasniva se na trijaži prema stepenu hitnosti zdravstvenog stanja, a ne prema lokaciji, događaju ili ugovornom odnosu,
 - koristi najskuplje i najdeficitarnije zdravstvene resurse (lekare urgentne medicine, medicinske tehničare, vozače, sanitetska vozila i specijalizovanu opremu).

Suštinski, hitna medicinska pomoć postoji radi reagovanja na nepredvidive, urgentne i životno ugrožavajuće situacije, bilo gde i bilo kada u gradu, pri čemu njena efikasnost zavisi od stalne operativne raspoloživosti ograničenog broja visoko specijalizovanih timova.

1.2. Medicinsko obezbeđenje skupova i manifestacija – planska i ugovorna zdravstvena usluga

Medicinsko obezbeđenje skupova, manifestacija i javnih prostora predstavlja plansku, unapred organizovanu zdravstvenu uslugu koja se obezbeđuje na osnovu:

- unapred poznatog mesta i vremena,
- predvidivog broja posetilaca ili učesnika,
- ugovornog odnosa između naručioca i izvršioca usluge,
- procene rizika, a ne postojanja realnog urgentnog zdravstvenog stanja.

Osnovna svrha medicinskog obezbeđenja ogleda se u:

- pružanju prve pomoći,
- zbrinjavanju lakših povreda i zdravstvenih tegoba,
- stabilizaciji pacijenata do eventualnog upućivanja u zdravstvenu ustanovu,
- rasterećenju sistema hitne medicinske pomoći, a ne njenoj zameni.

U praksi, medicinsko obezbeđenje se uobičajeno poverava privatnim zdravstvenim ustanovama, službama medicine rada ili drugim ovlašćenim subjektima, upravo kako bi se očuvali operativni kapaciteti javne hitne medicinske pomoći za situacije u kojima je njeno angažovanje nezamenljivo.

1.3. Ključna razlika – javni interes nasuprot ugovornoj usluzi

Razlike između hitne medicinske pomoći i medicinskog obezbeđenja mogu se sažeti na sledeći način:

A. Hitna medicinska pomoć

- osnovna javna zdravstvena delatnost
- finansira se iz javnih sredstava
- reaguje na nepredvidive situacije
- zasniva se na medicinskoj trijaži
- koristi deficitne i ograničene resurse

B. Medicinsko obezbeđenje

- dopunska, ugovorna zdravstvena usluga
- finansira je naručilac
- planira se unapred
- zasniva se na proceni rizika
- može koristiti alternativne kapacitete

Najvažnija razlika između ova dva modela leži u činjenici da se kapaciteti hitne medicinske pomoći ne mogu fleksibilno povećavati u skladu sa potrebama. Svaka ekipa koja se planski izdvaja iz sistema hitne medicinske pomoći radi obavljanja ugovorne usluge istovremeno znači jednu ekipu manje koja je dostupna građanima u realnim, nepredvidivim i potencijalno životno ugrožavajućim situacijama.

1.4. Značaj razgraničenja za analizu slučaja Ada Ciganlija

U kontekstu kupališta Ada Ciganlija, razgraničenje između hitne medicinske pomoći i medicinskog obezbeđenja nije teorijsko pitanje, već suštinsko pitanje javnog interesa i pravilne upotrebe javno finansiranih zdravstvenih resursa.

Ključno pitanje koje se u tom kontekstu postavlja jeste:

- da li se najskuplji i najdeficitarniji javni zdravstveni resursi koriste prvenstveno za obavljanje osnovne delatnosti hitne medicinske pomoći,
- ili se planskim i kontinuiranim angažovanjem preusmeravaju na ugovorne poslove, u situaciji kada sistem istovremeno funkcioniše sa hroničnim manjkom operativnih timova.

Upravo na ovoj tački započinje analiza slučaja Ada Ciganlija, sa ciljem da se ispita da li konkretan model medicinskog obezbeđenja ostaje u granicama dopunske zdravstvene usluge ili, po svom obimu i trajanju, poprima karakteristike sistemskog preusmeravanja kapaciteta hitne medicinske pomoći.

2. Normativni okvir: granice zakonitog angažovanja javne hitne medicinske pomoći

Ovo poglavlje razmatra važeći pravni okvir Republike Srbije u delu koji se odnosi na položaj, finansiranje i dozvoljene oblike angažovanja javne hitne medicinske pomoći, sa ciljem da se jasno identifikuju granice između zakonitog dopuskog rada i prakse koja može imati negativne sistemske posledice po dostupnost zdravstvene zaštite.

2.1. Zakonski položaj hitne medicinske pomoći

U pravnom sistemu Republike Srbije, hitna medicinska pomoć je jasno definisana kao osnovna zdravstvena delatnost od posebnog javnog interesa.

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, hitna medicinska pomoć obuhvata:

-
- zbrinjavanje hitnih i urgentnih zdravstvenih stanja,
 - postupanje u situacijama neposredne ugroženosti života i zdravlja,
 - obavljanje zdravstvene delatnosti u režimu stalne dostupnosti.

Ključna pravna posledica ovakvog statusa jeste da se kapaciteti hitne medicinske pomoći ne mogu posmatrati kao slobodni tržišni resursi, već kao namenski javni resursi, čije korišćenje mora biti neposredno i prvenstveno vezano za obavljanje osnovne delatnosti.

Drugim rečima, hitna medicinska pomoć ne postoji radi „pokrivanja događaja“, već radi reagovanja u situacijama u kojima zdravstveni ishod zavisi od brzine i dostupnosti intervencije.

2.2. Finansiranje i namena javnih sredstava

Sistem hitne medicinske pomoći finansira se u najvećem delu iz:

- obaveznih doprinosa građana,
- sredstava Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje,
- budžetskih transfera namenjenih obavljanju osnovne zdravstvene delatnosti.

U pravnom smislu, ovakav model finansiranja podrazumeva da su:

- sredstva strogo namenska,
- resursi vezani za izvršavanje osnovne delatnosti,
- svako odstupanje od te namene moguće isključivo uz jasan pravni osnov i obrazloženje u javnom interesu.

Korišćenje istih tih resursa za planske, ugovorne ili komercijalne aktivnosti ne može se smatrati neutralnim, već predstavlja izuzetak koji mora biti strogo ograničen, jasno opravdan i podređen očuvanju dostupnosti hitne medicinske pomoći građanima.

2.3. Institut dopunskog rada – dozvoljeni okvir i ograničenja

Važeći pravni okvir dopušta zdravstvenim ustanovama u javnoj svojini da ostvaruju sopstvene prihode, ali isključivo pod jasno definisanim i restriktivnim uslovima.

Osnovna načela instituta dopunskog rada podrazumevaju sledeće:

A. Dopunski rad ne sme ugrožavati osnovnu delatnost

→ Ukoliko postoji deficit kadra ili kapaciteta u redovnom radu, dopunski rad postaje pravno problematičan.

B. Dopunski rad ne sme narušavati dostupnost zdravstvene zaštite građanima

→ Građani koji finansiraju sistem ne smeju ostati uskraćeni za zdravstvenu uslugu zbog komercijalnog angažovanja istih resursa.

C. Dopunski rad mora imati stvarno dopunski karakter

→ Ne sme prerasti u sistemski model rada niti predstavljati zamenu za osnovnu delatnost.

D. Dopunski rad mora uključivati realne i tržišno uporedive troškove

→ U suprotnom, dolazi do nelojalne konkurencije i prikrivene subvencije iz javnih sredstava.

U situacijama kada se dopunski rad obavlja:

- sa istim zaposlenima,

- u okviru redovnog radnog vremena,
- sa istim vozilima i opremom,
- bez realnog internog troška za ustanovu,

takav angažman gubi karakter dopunskog rada i poprima obeležja sistemskog preusmeravanja javno finansiranih resursa.

2.4. Medicinsko obezbeđenje skupova u važećem pravnom okviru

Ni jedan važeći propis ne propisuje obavezu da medicinsko obezbeđenje javnih manifestacija i skupova mora obavljati javna hitna medicinska pomoć.

Naprotiv, medicinsko obezbeđenje se u pravnom i praktičnom smislu tretira kao posebna, planska zdravstvena usluga:

- koja se ugovara unapred,
- koja se organizuje na osnovu procene rizika,
- i koja se u praksi poverava privatnim zdravstvenim ustanovama, službama medicine rada ili drugim ovlašćenim subjektima.

Takva raspodela uloga proizilazi iz same prirode hitne medicinske pomoći kao službe namenjene reagovanju na nepredvidive i urgentne situacije, a ne za kontinuirano pokrivanje unapred planiranih događaja.

Kada javna hitna medicinska pomoć preuzima stalno medicinsko dežurstvo, sa kompletnim ekipama i sanitetskim vozilima, u kontinuitetu tokom više meseci, ona faktički ulazi u ulogu tržišnog pružaoca usluga, ali bez tržišnih ograničenja, punog obračuna troškova i konkurentskih uslova.

2.5. Pravni značaj tzv. „organizacione odluke“

U praksi se angažovanje hitne medicinske pomoći na manifestacijama često obrazlaže formulacijom da je reč o „organizacionoj odluci rukovodstva“ zdravstvene ustanove.

Međutim, u pravnom smislu, organizaciona odluka:

- ne može derogirati važeće zakonske norme,
- ne može menjati namenu javnih sredstava,
- niti može suspendovati obavezu zaštite javnog interesa i dostupnosti zdravstvene zaštite.

U situacijama u kojima se:

- sistemski i dugotrajno,
- u uslovima poznatog deficita operativnih timova,
- izdvajaju kompletne medicinske ekipe iz osnovne delatnosti,

više se ne može govoriti o unutrašnjoj organizaciji rada u užem smislu, već o praksi koja ima za posledicu promenu stvarnog načina funkcionisanja ustanove.

Takva promena, ukoliko nije zasnovana na jasnom zakonskom osnovu i praćena odgovarajućim mehanizmima javnog nadzora, izlazi iz okvira dopuštene organizacione autonomije zdravstvene ustanove.

2.6. Normativni zaključak poglavlja

Iz važećeg pravnog okvira proizilazi da se javna hitna medicinska pomoć ne može tretirati kao komercijalni servis za plansko medicinsko obezbeđenje, ukoliko takvo angažovanje umanjuje njenu osnovnu funkciju i dostupnost građanima.

Svaka praksa koja dovodi do:

- sistemskog preusmeravanja javno finansiranih resursa,
- narušavanja jednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti,
- ili smanjenja operativne dostupnosti hitne medicinske pomoći,

zahteva posebno pravno i institucionalno preispitivanje, bez obzira na to da li se formalno sprovodi pod okvirom ugovora ili interne organizacione odluke.

2.7. Član 149 Zakona o zdravstvenoj zaštiti – granice raspolaganja slobodnim kapacitetima

Član 149 Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisuje:

„Zdravstvena ustanova u javnoj svojini, ukoliko raspolaže slobodnim kapacitetom (prostorom i opremom), može izdavati u zakup ove kapacitete, u skladu sa zakonom kojim se uređuje javna svojina i drugim propisima.“

U praksi se ova odredba često navodi kao pravni osnov za šire raspolaganje resursima javnih zdravstvenih ustanova. Međutim, njeno tumačenje mora biti strogo i ograničeno na ono što zakon izričito propisuje.

Pre svega, član 149:

- odnosi se isključivo na prostor i opremu,
- ne obuhvata ljudske resurse (lekare, medicinske tehničare, vozače),
- ne uređuje organizaciju rada,
- ne predstavlja osnov za pružanje zdravstvenih usluga trećim licima,
- niti može poslužiti kao pravni osnov za izdvajanje kompletnih medicinskih ekipa iz osnovne delatnosti.

Pored toga, zakon izričito uslovljava mogućnost izdavanja u zakup postojanjem stvarno slobodnih kapaciteta.

U sistemu u kome:

- postoji hroničan manjak timova hitne medicinske pomoći,
- značajan broj poziva ostaje bez intervencije na terenu,
- a raspoloživi kapaciteti se koriste na granici ili iznad normativnih okvira,

ne može se govoriti o postojanju „slobodnih kapaciteta“ u smislu ovog člana.

Čak i u hipotetičkoj situaciji u kojoj bi postojao slobodan prostor ili oprema, član 149 ne omogućava:

- prenamenu osnovne delatnosti zdravstvene ustanove,
- sistemsko obavljanje planskih i komercijalnih zdravstvenih usluga,
- niti suspendovanje obaveze da se prvenstveno obezbedi dostupnost hitne medicinske pomoći građanima.

Iz navedenog proizilazi da se član 149 ne može pravno validno koristiti kao osnov za stalno medicinsko obezbeđenje manifestacija od strane javne hitne medicinske pomoći, naročito kada se takvo angažovanje sprovodi sa kompletnim ekipama i sanitetskim vozilima, u uslovima dokumentovanog sistemskog deficita kapaciteta.

Svako šire tumačenje ove odredbe predstavljalo bi zaobilaženje svrhe zakona i nedozvoljeno proširenje njegove primene.

3. Primena normativnog okvira na slučaj Ada Ciganlija

Ovo poglavlje razmatra način na koji se prethodno analizirani normativni okvir primenjuje na konkretan slučaj medicinskog obezbeđenja kupališta Ada Ciganlija, sa ciljem da se sagleda stvarni karakter angažovanja i njegove operativne posledice.

3.1. Predmet angažovanja i njegov stvarni karakter

Predmet analiziranog angažovanja jeste medicinsko obezbeđenje kupališta Ada Ciganlija tokom letnje sezone, u periodu jun–avgust, u režimu svakodnevnog dežurstva, u unapred definisanom vremenskom okviru.

Prema dostupnoj konkursnoj dokumentaciji i tehničkoj specifikaciji, angažovanje obuhvata:

- stalno dnevno dežurstvo,
- angažovanje više kompletnih medicinskih ekipa,
- prisustvo sanitetskih vozila sa pripadajućom opremom,
- rad na unapred poznatoj lokaciji i u tačno određenom vremenu,
- kontinuitet angažovanja tokom više uzastopnih meseci.

Po svim relevantnim obeležjima, ovakav model angažovanja odgovara planskom medicinskom obezbeđenju, a ne intervenciji hitne medicinske pomoći u okviru njene osnovne delatnosti.

3.2. Nesklad sa institutom dopunskog rada

Primena normativnog okvira koji uređuje dopunski rad zdravstvenih ustanova na konkretan slučaj pokazuje postojanje višestrukog nesklada.

Ангаžовање на Адиганлији:

- не представља повремену или изузетан облик рада,
- већ континуирану, вишемесечну организацију дежурстава,
- са унапред познатим распоредима,
- и са истим кадровима, возилима и опремом који се користе у основној делатности.

У систему који већ функционише са хроничним дефицитом оперативних тимова, овакав модел ангаžовања:

- смањује расположивост капацитета за основну делатност,
- утиче на доступност хитне медицинске помоћи грађанима,
- и губи карактер допунског рада у његовом законском смислу.

Шодно томе, предметно ангаžовање не испуњава кумулативне услове законитог допунског рада, већ поприма обележја системског преусмеравања јавно финансираних ресурса.

3.3. Медицинско обезбеђење као тржишна услуга – институционални дисбаланс

Медицинско обезбеђење купалишта представља здравствену услугу која је:

- унапред планирана,
- временски ограничена,
- уговорно дефинисана,
- и тржишно доступна код других овлашћених пружалаца.

U takvom kontekstu, uloga javne hitne medicinske pomoći može biti isključivo sekundarna i interventna, ograničena na reagovanje u nepredvidivim hitnim situacijama.

Preuzimanjem stalnog dežurstva sa kompletnim ekipama i sanitetskim vozilima, javna hitna medicinska pomoć faktički ulazi u ulogu tržišnog pružaoca usluga, ali bez realnih tržišnih ograničenja, bez punog obračuna troškova i uz korišćenje resursa finansiranih iz obaveznih javnih sredstava.

Takva praksa stvara institucionalni disbalans i briše jasnu granicu između javne zdravstvene službe i komercijalnog pružanja usluga.

3.4. Neprimenjivost člana 149 Zakona o zdravstvenoj zaštiti u konkretnom slučaju

Pozivanje na član 149 Zakona o zdravstvenoj zaštiti ne može predstavljati pravno valjan osnov za predmetno angažovanje u slučaju Ada Ciganlija.

Razlozi za to su višestruki:

- predmet angažovanja nisu slobodni prostori ili oprema, već organizovani ljudski resursi i kompletne medicinske ekipe,
- ne postoji dokaz o postojanju stvarno slobodnih kapaciteta,
- angažovanje se odvija u uslovima dokumentovanog sistemskog deficita operativnih timova.

Čak i hipotetički, zakup prostora ili opreme ne može biti korišćen kao pravni mehanizam za:

- izdvajanje timova iz osnovne delatnosti,
- organizaciju rada zdravstvene ustanove,
- niti za pružanje zdravstvenih usluga trećim licima.

Svako takvo tumačenje predstavljalo bi nedozvoljeno proširenje primene člana 149 i zaobilaženje njegove svrhe.

3.5. „Organizaciona odluka“ kao faktička promena namene

U konkretnom slučaju, predmetno angažovanje se ne može pravno opravdati pozivanjem na tzv. „organizacionu odluku rukovodstva“ zdravstvene ustanove.

Obim, trajanje i struktura angažovanja ukazuju da se ne radi o pojedinačnoj ili izuzetnoj odluci u okviru svakodnevnog upravljanja radom, već o:

- planskoj i ponovljivoj praksi,
- koja dugoročno menja stvarni način funkcionisanja ustanove,
- i uvodi novu, tržišno orijentisanu funkciju u rad javne hitne medicinske pomoći.

Takva promena faktičke namene javne zdravstvene ustanove ne može biti sprovedena bez jasnog zakonskog osnova, transparentnog postupka i odgovarajućih mehanizama javnog i demokratskog nadzora.

3.6. Posledice po sistem i javni interes

Kumulativni efekti ovakvog modela angažovanja ogledaju se u:

- dodatnom smanjenju dostupnosti hitne medicinske pomoći građanima,
- povećanom opterećenju preostalih operativnih timova,
- produženju vremena reakcije u realnim hitnim zdravstvenim stanjima,
- narušavanju poverenja građana u jednak i pravovremen pristup zdravstvenoj zaštiti.

U sistemu u kome već postoje dokumentovani pokazatelji ograničenih kapaciteta i neodgovorenih ili nerešenih poziva, svako plansko i dugotrajno izdvajanje kompletnih medicinskih ekipa ima direktne negativne posledice po javni interes.

3.7. Zaključak primene normativnog okvira

Primena važećeg normativnog okvira na slučaj medicinskog obezbeđenja kupališta Ada Ciganlija pokazuje da predmetno angažovanje:

- ne ispunjava kumulativne uslove zakonitog dopunskog rada,
- ne može biti pravno utemeljeno na članu 149 Zakona o zdravstvenoj zaštiti,
- ne predstavlja sekundarnu i interventnu ulogu hitne medicinske pomoći,
- već dovodi do sistemskog preusmeravanja javno finansiranih zdravstvenih resursa.

Time slučaj Ada Ciganlija prevazilazi okvire pojedinačnog ugovornog odnosa i predstavlja indikator šire, strukturne prakse koja zahteva institucionalno i normativno preispitivanje.

4. Kvantifikacija izuzetih kapaciteta: stvarni operativni efekti planskog angažovanja

Ovo poglavlje ima za cilj da kvantitativno prikaže stvarni efekat medicinskog obezbeđenja kupališta Ada Ciganlija na operativne kapacitete hitne medicinske pomoći, uzimajući u obzir smenski režim rada i realnu raspoloživost kadra.

4.1. Struktura angažovanih ekipa prema ugovoru

Prema ugovoru i tehničkoj specifikaciji, medicinsko obezbeđenje kupališta Ada Ciganlija podrazumeva sledeću dnevnu strukturu angažovanih ekipa:

1. Terenska (sanitetska) ekipa

- lekar
- medicinski tehničar
- vozač

2. Ambulantna ekipa I

- lekar
- medicinski tehničar

3. Ambulantna ekipa II

- lekar
- medicinski tehničar

4. Transportna ekipa

- medicinski tehničar
- vozač

Iz navedenog proizilazi da je svakog dana na lokaciji angažovano:

- 3 lekara,
- 4 medicinska tehničara,
- 2 vozača sanitetskih vozila.

Ova struktura angažovanja je fiksna, planska i ponavlja se svakodnevno tokom čitavog perioda trajanja ugovora.

4.2. Metodološki značaj smenskog režima rada

U formalnim prikazima, predmetno angažovanje se često predstavlja kao „ograničen broj ekipa po danu“. Međutim, takav pristup ne uzima u obzir smenski režim rada hitne medicinske pomoći, koji je presudan za razumevanje stvarnog efekta po sistem.

Hitna medicinska pomoć funkcioniše:

- u kontinuiranom režimu rada (24 časa dnevno, 7 dana u nedelji),
- sa ograničenim brojem zdravstvenih radnika po profilu,
- pri čemu jedan zaposleni ne može istovremeno biti raspoređen na više radnih mesta ili funkcija.

Iz tog razloga, stvarni efekat planskog dežurstva ne meri se brojem prisutnih radnika u jednoj smeni, već brojem zaposlenih koji su trajno vezani za realizaciju tog angažovanja tokom čitavog meseca.

4.3. Prevođenje dnevne strukture u mesečno izuzimanje kadra

Da bi se obezbedilo svakodnevno dežurstvo u navedenom sastavu, u smenskom sistemu rada neophodno je angažovati najmanje dvostruki broj zaposlenih po svakom profilu, kako bi se pokrile sve smene, slobodni dani i zakonski odmori.

Shodno tome, dnevna struktura od:

- 3 lekara,
- 4 medicinska tehničara,
- 2 vozača,

u praksi znači mesečno izuzimanje iz osnovne delatnosti najmanje:

- 6 lekara,
- 8 medicinskih tehničara,
- 4 vozača sanitetskih vozila.

Ovi zaposleni nisu povremeno angažovani, već su planskim rasporedima trajno vezani za realizaciju medicinskog obezbeđenja, čime postaju nedostupni za redovan rad u sistemu hitne medicinske pomoći.

4.4. Zašto se izuzima ukupan kadar, a ne „samo jedna ekipa“

U operativnom smislu, sistem hitne medicinske pomoći ne gubi „jednu ekipu na terenu“, već gubi kapacitet da formira više kompletnih timova u redovnim smenama.

Razlozi za to su operativne prirode:

- bez lekara tim ne može biti formiran,
- bez vozača sanitetsko vozilo ne može učestvovati u intervenciji,
- bez medicinskog tehničara tim ne ispunjava minimum bezbednog rada.

Izuzimanje ukupno 18 zdravstvenih radnika i vozača na mesečnom nivou dovodi do toga da sistem:

- trajno raspolaže sa manjim brojem formiranih timova,
- ima smanjenu fleksibilnost u planiranju smena,
- i umanjenu sposobnost reagovanja na istovremene hitne pozive.

4.5. Operativne posledice po svakodnevni rad sistema

U sistemu koji već funkcioniše sa hroničnim deficitom kadra, ovakav gubitak kapaciteta ima neposredne operativne posledice:

- smanjuje se broj raspoloživih timova po smeni,
- povećava se opterećenje preostalih ekipa,

- raste pritisak na dispečersku trijažu,
- povećava se broj poziva koji se rešavaju savetom umesto izlaskom ekipe na teren.

Ove posledice nisu incidentne niti privremene, već strukturne i ponovljive, s obzirom na to da angažovanje traje više meseci i planira se unapred.

4.6. Kumulativni efekti tokom letnje sezone

Kako se medicinsko obezbeđenje kupališta Ada Ciganlija sprovodi tokom cele letnje sezone (jun–avgust), negativni operativni efekti se ne pojavljuju jednokratno, već se akumuliraju iz meseca u mesec.

Tokom jednog letnjeg ciklusa, sistem hitne medicinske pomoći funkcioniše sa:

- trajno umanjenim brojem lekara,
- deficitom medicinskih tehničara u najopterećenijim smenama,
- smanjenim brojem vozača i operativnih sanitetskih vozila.

Na taj način, period godine u kome se tradicionalno beleži povećan broj hitnih poziva dočekuje se sa dodatno oslabljenim kapacitetima sistema.

4.7. Kvantitativni zaključak

Sprovedena kvantifikacija pokazuje da medicinsko obezbeđenje kupališta Ada Ciganlija:

- ne predstavlja marginalno opterećenje sistema,
- ne oslanja se na „slobodne kapacitete“ u operativnom smislu,
- već zahteva plansko i kontinuirano izuzimanje ključnih kadrovskih resursa iz osnovne delatnosti.

Iako se na terenu vidi angažovanje 3 lekara, 4 medicinska tehničara i 2 vozača po danu, stvarni operativni efekat po sistem hitne medicinske pomoći, u smenskom režimu rada, iznosi najmanje:

- 6 lekara,
- 8 medicinskih tehničara,
- 4 vozača sanitetskih vozila,

manje u redovnom radu – svakog meseca.

U kontekstu hroničnog deficita operativnih timova, ovaj nalaz predstavlja snažan indikativni osnov da predmetno angažovanje nije neutralno po sistem, već ima negativan efekat na dostupnost hitne medicinske pomoći građanima.

5. Uticaj na građane: dokumentovani sistemski rizik i slučaj S. K.

Ovo poglavlje povezuje prethodno utvrđene nalaze o izuzimanju kapaciteta sa njihovim mogućim posledicama po građane. Cilj nije utvrđivanje individualne odgovornosti, već prikaz načina na koji se sistemski ograničenja, posebno u delu transportnih kapaciteta, mogu reflektovati na kontinuitet zbrinjavanja pacijenata.

5.1. Od kapaciteta ka posledicama – zašto je ovo pitanje javnog interesa

Prethodna poglavlja pokazala su da angažovanje hitne medicinske pomoći na Adi Ciganliji dovodi do planskog i kontinuiranog izuzimanja kadrovskih i transportnih kapaciteta iz osnovne delatnosti, naročito tokom letnje sezone, kada je opterećenje sistema povećano.

Posledice ovakvih organizacionih odluka ne ostaju na nivou interne raspodele resursa. One se mogu neposredno odraziti na dostupnost zdravstvene zaštite građanima, posebno u situacijama kada je pravovremen medicinski transport sastavni deo medicinski indiciranog zbrinjavanja.

Slučaj pacijenta S. K. predstavlja dokumentovan primer u kome se ograničena raspoloživost transportnih kapaciteta manifestuje kao prekid kontinuiteta planiranog zbrinjavanja, u realnom operativnom kontekstu.

5.2. Hronologija slučaja S. K. – proverljive činjenice

Dana 23.07.2025. godine u 11:08 časova upućen je poziv na broj 194 zbog pogoršanja zdravstvenog stanja pacijenta S. K.

Relevantne činjenice iz dokumentacije obuhvataju:

- Pacijent S. K. lečio se na Vojnomedicinskoj akademiji (VMA) zbog teškog osnovnog oboljenja (non-Hodgkin limfom) i bio u procesu daljeg dijagnostičkog i terapijskog praćenja.
- Pre poziva hitnoj medicinskoj pomoći, pacijent odnosno porodica kontaktirali su nadležnu lekarku na VMA, koja je, nakon dobijenih informacija o simptomima (febrilno stanje, slabost, neurološka simptomatologija), izričito naložila da se odmah pozove hitna medicinska pomoć i da se pacijent transportuje na VMA.
- Postoji formalni uput za stacionarno lečenje na VMA (neurologija), izdat istog dana, kojim je medicinska indikacija za bolničko zbrinjavanje i transport potvrđena u pisanoj formi.

Po prijemu poziva, ekipa hitne medicinske pomoći izlazi na teren, vrši pregled pacijenta i:

- sprovodi terapiju,
- ostavlja pisani uput,
- usmeno obaveštava porodicu da će transportna ekipa biti organizovana,
- uz procenu da će transport uslediti u roku od sat do dva.

5.3. Kritična tačka: izostanak realizacije transporta

Uprkos jasno utvrđenoj medicinskoj indikaciji i najavi transporta:

- transportna ekipa nije došla,
- pacijent nije prevezen na VMA,
- nije dokumentovano formalno odbijanje transporta,
- ali je nastao vremenski diskontinuitet između medicinske procene i realizacije transporta.

Pacijent S. K. preminuo je oko 17:00 časova istog dana, nekoliko sati nakon prvog kontakta sa hitnom medicinskom pomoći.

Iz lekarskih izveštaja i prateće dokumentacije proizlazi da:

- postupanje terenske lekarske ekipe nije ocenjeno kao nepravilno,
- ali transport, kao sastavni deo planiranog zbrinjavanja, nije realizovan.

5.4. Raspoloživost transportnih kapaciteta u relevantnom vremenu

Za razumevanje ovog slučaja od posebnog značaja je činjenica da je, u istom vremenskom intervalu, prema važećem ugovoru sa JP „Ada Ciganlija“, jedna transportna ekipa hitne medicinske pomoći bila planski angažovana na dežurstvu na Adi Ciganliji.

Ova činjenica nije pretpostavka, već proizlazi iz:

- ugovorne dokumentacije,
- rasporeda rada,
- kao i iz dopisa Ministarstva zdravlja Republike Srbije.

U dopisu Ministarstva zdravlja od 20.06.2025. godine eksplicitno se navodi da su:

- jedna terenska lekarska ekipa i jedna transportna ekipa Zavoda za urgentnu medicinu Beograd dislocirane na Adi Ciganliji,
- čime su preraspoređene iz redovnog sistema hitne medicinske pomoći.

Ministarstvo dalje konstatuje da se radi o preraspodeli postojećih kapaciteta, a ne o dodatnim ili rezervnim ekipama.

5.5. Institucionalna praznina u sagledavanju uzroka

U zaključku interne kontrole kvaliteta rada navodi se da:

- nije utvrđen propust u radu terenske lekarske ekipe,
- ali se ne razmatra pitanje raspoloživosti transportnih kapaciteta u trenutku kada je transport bio medicinski indiciran.

Drugim rečima:

- ne postoji nalaz da transport nije bio potreban,
- ne postoji obrazloženje zbog čega transport nije realizovan,
- niti analiza da li je plansko angažovanje transportne ekipe van osnovne delatnosti uticalo na nemogućnost realizacije transporta.

Na taj način nastaje institucionalna praznina u kojoj pojedinačne karike sistema mogu biti ocenjene kao formalno ispravne, dok sistemski efekat preraspodele kapaciteta ostaje bez adekvatnog preispitivanja.

5.6. Značaj slučaja S. K. za ovu studiju

Slučaj S. K. u ovoj studiji nije predstavljen kao izolovani incident, niti se njime dokazuje direktna, pojednostavljena uzročnost.

Njegova funkcija je drugačija:

- da pokaže kako sistemski manjak kapaciteta funkcioniše u praksi,
- da ukaže da posledice ne nastupaju nužno kroz formalno odbijanje pomoći,
- već kroz prekid ili neispunjavanje započetog i medicinski opravdanog procesa zbrinjavanja.

U sistemu sa ograničenim brojem transportnih ekipa, svako plansko izdvajanje takvog kapaciteta za neurgentne ugovorne obaveze povećava rizik da drugi pacijenti ostanu bez pravovremenog i medicinski indiciranog transporta.

5.7. Zaključak poglavlja

Na osnovu dostupne dokumentacije i utvrđenih činjenica, slučaj pacijenta S. K. ukazuje da:

- plansko angažovanje transportnih kapaciteta hitne medicinske pomoći van osnovne delatnosti,
- u uslovima hroničnog manjka resursa,
- stvara realan i merljiv sistemski rizik po građane u delu dostupnosti transporta.

U tom smislu, pitanje angažovanja hitne medicinske pomoći na Adi Ciganliji prevazilazi okvir pojedinačnog ugovora i postaje pitanje prioriteta u korišćenju javno finansiranih resursa: da li se oni prvenstveno koriste za zaštitu života građana u nepredvidivim situacijama, ili za planske obaveze koje se mogu obezbediti drugim, manje kritičnim kapacitetima.

6. Završna razmatranja: sistemski okvir, rizici i potreba za jasnim razgraničenjem

6.1. Šta ova studija jeste – a šta nije

Ova studija nije usmerena na utvrđivanje individualne krivice, niti na ocenu profesionalnog rada pojedinačnih zdravstvenih radnika. Naprotiv, u analiziranim segmentima, dokumentacija ukazuje da su zdravstveni radnici postupali u skladu sa svojim stručnim znanjem i u okviru raspoloživih mogućnosti sistema.

Takođe, ova studija ne dovodi u pitanje potrebu da javni prostori sa velikim brojem posetilaca imaju obezbeđenu medicinsku podršku.

Cilj studije je precizno definisan: da se ispita da li je način na koji se ta podrška obezbeđuje usklađen sa prirodom, namenom i ograničenjima javne hitne medicinske pomoći, kao i kakve sistemske posledice takav model može proizvesti po dostupnost osnovne delatnosti.

6.2. Ključno pitanje koje ostaje otvoreno

Na osnovu normativne analize, ugovorne dokumentacije, kvantifikacije kapaciteta i dokumentovanih posledica, ova studija postavlja jedno centralno pitanje:

Da li se planskim angažovanjem javne hitne medicinske pomoći za medicinsko obezbeđenje manifestacija uvodi sistemski rizik po dostupnost hitne medicinske pomoći građanima?

Analiza pokazuje da se u praksi:

- koriste isti kadrovski i transportni resursi,
- u smenskom režimu rada,
- bez jasnog razgraničenja između osnovne delatnosti i planskih obaveza.

U sistemu koji već funkcioniše sa ograničenim brojem timova, ovakav model ne može biti neutralan, čak i kada se sprovodi u dobroj veri i sa ciljem unapređenja bezbednosti.

6.3. Slučaj Ada Ciganlija kao indikator, a ne izuzetak

Slučaj Ada Ciganlija u ovoj studiji nije predstavljen kao izolovana anomalija, već kao indikator šireg obrasca:

- plansko izdvajanje javno finansiranih resursa,
- u periodima povećanog opterećenja sistema,
- bez jasnih, javno definisanih kriterijuma o prioritetima.

U tom smislu, Ada Ciganlija nije „problem sama po sebi“, već konkretan primer na kome se vidi kako normativne nejasnoće i organizacione odluke mogu prerasti u operativne rizike.

6.4. Sistem bez krivaca – ali sa posledicama

Dokumentovani slučaj pacijenta S. K. u ovoj studiji ne služi da bi se utvrdila odgovornost pojedinaca, već da bi se pokazalo da sistemski manjak kapaciteta ne proizvodi uvek vidljive konflikte ili formalna odbijanja, već:

- kašnjenja,
- neispunjena očekivanja,
- diskontinuitete u zbrinjavanju,
- situacije u kojima se započeti medicinski proces ne može dovršiti na način koji je prvobitno planiran.

To su posledice sistema, a ne namera ili propust pojedinca.

6.5. Potreba za jasnim razgraničenjem i pravilima

Zaključak ove studije ne poziva na zabrane, već na jasno razgraničenje i uspostavljanje predvidivih pravila.

U sistemu hitne medicinske pomoći neophodno je javno i precizno definisati:

- koje aktivnosti predstavljaju osnovnu delatnost,
- koje aktivnosti mogu biti dopunske,
- pod kojim uslovima se dopunske aktivnosti mogu realizovati,
- i uz koje zaštitne mehanizme koji garantuju da osnovni sistem ostaje operativno dostupan.

Bez jasnog razgraničenja, svaka organizaciona odluka ostaje potencijalni izvor rizika, bez obzira na nameru.

6.6. Završna poruka

Ova studija ne polazi od pretpostavke da je sistem pogrešan, već od činjenice da je preopterećen i nedovoljno zaštićen od kompromisa koji mogu umanjiti dostupnost osnovne delatnosti.

U sistemu hitne medicinske pomoći, gde su ljudi, vreme i transport ograničeni resursi, svaka planska preraspodela mora biti pažljivo odmerena u odnosu na osnovni cilj: da hitna medicinska pomoć ostane dostupna onima kojima je potrebna – onda kada je najpotrebnija.

Zatvaranjem ove studije ne traži se krivac, već jasniji okvir u kome će buduće odluke biti predvidive, proverljive i u potpunosti usklađene sa javnim interesom.

PRILOZI I IZVORI

Ova studija zasnovana je isključivo na javno dostupnim dokumentima, zvaničnoj dokumentaciji pribavljenoj od nadležnih institucija, kao i važećem pravnom okviru Republike Srbije.

Korišćeni izvori i dokumentacija obuhvataju:

1. Važeći propisi Republike Srbije

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službeni glasnik RS“, važeća verzija)
- Zakon o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, važeća verzija)
- Prateći podzakonski akti koji uređuju organizaciju i finansiranje zdravstvenih ustanova u javnoj svojini

2. Ugovorna i tehnička dokumentacija

- Konkursna dokumentacija i tehnička specifikacija za medicinsko obezbeđenje kupališta Ada Ciganlija
- Ugovori i prateća dokumentacija zaključeni između JP „Ada Ciganlija“ i Zavoda za urgentnu medicinu Beograd

3. Dokumentacija pribavljena od institucija

- Dopisi i izjašnjenja Ministarstva zdravlja Republike Srbije
- Dokumentacija pribavljena na osnovu zahteva za pristup informacijama od javnog značaja
- Interna dokumentacija i rasporedi rada u delu u kojem su dostupni kroz zvanične izvore

4. Medicinska i prateća dokumentacija (slučaj S. K.)

- Medicinska dokumentacija i uputi izdati od strane Vojnomedicinske akademije (VMA)
- Izveštaji i zapisnici Zavoda za urgentnu medicinu Beograd
- Dokumentacija interne kontrole kvaliteta rada, u obimu u kojem je dostupna

5. Operativni i statistički podaci

- Podaci o strukturi i broju angažovanih timova hitne medicinske pomoći
- Podaci o organizaciji smenskog rada i raspoloživosti kadrovskih i transportnih kapaciteta

Svi navedeni izvori korišćeni su isključivo u svrhu analize sistemskih i operativnih obrazaca, bez utvrđivanja individualne, disciplinske ili krivične odgovornosti.

НАПОМЕНА О ПРИЛОЗИМА I ДОСТУПНОСТИ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ

Dokumentacija i izvori na kojima se zasniva ova studija obuhvataju ugovornu, normativnu, operativnu i medicinsku dokumentaciju, kao i podatke pribavljene od nadležnih institucija u skladu sa važećim propisima.

Zbog obima, zaštite podataka o ličnosti i ograničenja u pogledu daljeg distribuiranja pojedinih dokumenata, kompletna prateća dokumentacija nije objedinjena u ovom tekstu.

Na zahtev nadležnih institucija ili u okviru odgovarajućih postupaka, dokumentacija koja je korišćena u izradi studije može biti stavljena na uvid, u skladu sa zakonom i u meri u kojoj je to dozvoljeno.