



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



FEDERAȚIA „SOLIDARITATEA SANITARĂ” DIN ROMÂNIA

STRATEGIE NAȚIONALĂ DE ACȚIUNE

împotriva agresiunilor la adresa profesioniștilor din sănătate

PROIECT

*Propunere de document-cadru
pentru adoptare la nivel guvernamental
Perioada de implementare propusă: 2026–2030*

Februarie 2026



Cuprins

Cuprins.....	2
Rezumat executiv.....	4
I. Context, problemă publică și justificare.....	5
1.1. Definiția operațională a agresiunii și aria de aplicare	5
1.2. Grupuri țintă.....	5
II. Analiza situației și a cauzelor	7
2.1. Observație metodologică: lipsa datelor centralizate și sub-raportarea	7
2.2. Absența asumării responsabilității angajatorilor	7
2.3. Discursul public asimetric și atmosfera de ură.....	7
2.4. Publicitatea negativă nereglementată.....	7
2.5. Dezechilibrul drepturi–posibilități–obligații	8
2.6. Determinanți organizaționali.....	8
2.7. Deficitul de aplicare a legislației existente	8
III. Cadru strategic.....	9
3.1. Viziune	9
3.2. Misiune.....	9
3.3. Principii directoare.....	9
3.4. Obiective strategice	9
3.5. Aliniere la standarde internaționale	10
IV. Guvernanță, roluri și responsabilități.....	11
4.1. Nivel național: coordonare și decizie	11
4.2. Nivel județean/local	11
4.3. Nivel de unitate sanitară: responsabilitatea angajatorului	11
4.4. Rolul dialogului social.....	12
V. Piloni strategici și măsuri	13
P1. Guvernanță, responsabilitate și conformare.....	13
P2. Cadrul juridic și aplicarea legii	13
P3. Securitate fizică și tehnologică (standard minim național)	14
P4. Management operațional al riscurilor și al incidentelor	14
P5. Competențe, resurse umane și cultură organizațională	15
P6. Raportare, date, învățare: Observatorul Național.....	15
P7. Sprijin pentru victime și reparație	16
P8. Integrarea siguranței personalului în standardele de acreditare ANMCS.....	17
P8.1. Diagnoză: lacune ale sistemului actual	17
P8.2. Propunerea FSSR: un standard dedicat siguranței personalului	17
P8.3. Set de indicatori propuși: Siguranța personalului împotriva violenței	18



P8.4. Integrarea în cadrul existent și modul de evaluare	20
P8.5. Acțiuni solicitate ANMCS.....	21
VI. Plan de implementare (2026–2030).....	22
6.1. Etapizare.....	22
6.2. Matrice sintetică de acțiuni.....	22
VII. Resurse, bugetare și eficiență	24
VIII. Monitorizare, evaluare și raportare	25
Indicatori de rezultat	25
Indicatori de proces.....	25
IX. Analiză critică: riscuri de implementare și condiții de succes	26
9.1. Riscuri majore	26
9.2. Condiții de succes.....	26
X. Repere comparative europene	27
10.1. Regimuri legale speciale	27
XI. Coerență cu instrumentele FSSR și CCMS	28
Direcții de consolidare în următorul CCMS	28
XII. Concluzii și solicitări	29



Rezumat executiv

Agresiunile verbale și fizice împotriva profesioniștilor din sănătate nu sunt un „risc acceptabil al meseriei”, ci un risc major de securitate și sănătate în muncă, cu efect direct asupra siguranței pacientului și asupra funcționării sistemului sanitar. Evenimentele recente din structurile de urgență (CPU/UPU) au readus problema în prim-plan și arată că măsurile reactive și fragmentare nu sunt suficiente.

Federația „Solidaritatea Sanitară” din România propune prezenta Strategie națională de acțiune (2026–2030) ca pachet coerent de intervenții, centrat pe eficiență, responsabilitate instituțională și prevenție, cu accent pe implementarea reală a instrumentelor deja existente în Contractul colectiv de muncă la nivel de sector Sănătate (CCMS) și în legislația SSM, completate de măsuri legislative, operaționale și de suport pentru victime.

Strategia este structurată pe 8 piloni de intervenție:

- **P1. Guvernanță, responsabilitate și conformare:** aplicarea obligatorie a procedurilor CCMS și a obligațiilor SSM, cu indicatori și audit.
- **P2. Cadrul juridic și aplicarea legii:** regim penal predictibil, urmărire din oficiu, celeritate și protecție administrativă.
- **P3. Securitate fizică și tehnologică:** standarde minime naționale, achiziții de pază condiționate, control acces, butoane panică, CCTV, bodycam.
- **P4. Management operațional al riscurilor:** protocoale de intervenție („cod de violență”), roluri clare, cooperare rapidă cu poliția/jandarmeria.
- **P5. Competențe, resurse umane și cultură organizațională:** formare în de-escaladare, comunicare, prevenție, reducerea determinantilor organizaționali.
- **P6. Raportare, date, învățare:** Observator Național și sistem unitar de raportare.
- **P7. Sprijin pentru victime și reparație:** asistență juridică, psihologică, recunoașterea incidentelor ca accidente de muncă, reintegrare.
- **P8. Integrarea siguranței personalului în standardele ANMCS:** set de 28 indicatori dedicați pentru acreditarea unităților sanitare, conform paradigmei Donabedian.

Considerăm că o strategie fără mecanisme de conformare, buget și responsabilități explicite riscă să devină un document „de vitrină”. Măsurile punitive singure pot crește tensiunile dacă nu sunt dublate de prevenție și de reducerea determinantilor organizaționali.



I. Context, problemă publică și justificare

În luna februarie 2026, două agresiuni grave asupra medicilor din structurile de urgență (CPU Borșa, UPU Târgu Jiu) au generat reacții publice ferme: Departamentul pentru Situații de Urgență (DSU) a calificat lovirea unui medic în timpul resuscitării drept un act de „gravitate extremă” și a subliniat incidența cadrului penal (inclusiv art. 257 – ultraj), iar ministrul sănătății a solicitat managerilor măsuri urgente privind paza, accesul și regulile de vizitare.

FSSR a atras atenția că agresiunile (fizice, amenințări, abuz verbal) nu sunt „parte din job” și a cerut aplicarea imediată a Procedurii din Anexa nr. 11 a CCMS, inclusiv încadrarea agresiunilor fizice drept accidente de muncă atunci când sunt îndeplinite condițiile procedurii.

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, între 8% și 38% dintre lucrătorii din sănătate suferă violență fizică la un moment dat în cariera lor.¹ Federația Europeană a Asistenților Medicali (EFN) raportează că riscul de violență ajunge până la 80% în unele țări europene, iar femeile sunt de două ori mai expuse.² România nu dispune încă de date sistematice în domeniu, ceea ce, în sine, constituie o parte a problemei.

Dincolo de aceste cazuri, fenomenul are caracter sistemic, fiind alimentat de **factori organizaționali** (supraaglomerare, timpi de așteptare, deficite de personal), **de comunicare** (lipsa informării aparținătorilor), de **climat social și de aplicare inconsistentă a regulilor**. În lipsa unei intervenții coerente, agresiunile tind să devină „normalizate”, cu efecte cumulative: absenteism, rotația personalului, erori medicale induse de stres și deteriorarea relației medic–pacient.

1.1. Definiția operațională a agresiunii și aria de aplicare

În sensul prezentei Strategii, „agresiunea” include orice incident în care un profesionist din sănătate este abuzat, amenințat sau atacat în împrejurări legate de exercitarea atribuțiilor sale, cu impact asupra siguranței, bunăstării sau sănătății. Aceasta acoperă cel puțin: violență fizică, amenințări, intimidare, insultă/abuz verbal, hărțuire (inclusiv sexuală), distrugerii de bunuri, agresiuni online asociate exercitării profesiei.

Aria de aplicare: toate unitățile sanitare publice și private, serviciile de urgență (UPU/CPU, ambulanță), asistența medicală primară, serviciile comunitare și orice context de prestare a serviciilor medicale (inclusiv la domiciliu) în care există expunere la agresiuni.

1.2. Grupuri țintă

¹ Lim MC, Jeffree MS, Saupin SS, Giloi N, Lukman KA. Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. Ann Med Surg (Lond). 2022 May 13;78:103727. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103727. PMID: 35734684; PMCID: PMC9206999.

² <https://efn.eu/?p=17574>



- **Profesioniști din sănătate:** medici, asistenți medicali, moașe, farmaciști, personal auxiliar, personal TESA, personal de pază din unitățile sanitare, paramedici/ambulanțieri.
- **Manageri și coordonatori:** coordonatori de secții/compartimente, responsabili SSM, responsabili de securitate.
- **Instituții publice:** MS, MAI (Poliție/Jandarmerie), MJ/Ministerul Public, MMSS/ITM, DSP, autorități locale, CNAS, ANMCS.
- **Beneficiari:** pacienți și aparținători (prin creșterea siguranței actului medical).



II. Analiza situației și a cauzelor

Agresiunile împotriva profesioniștilor din sănătate nu sunt acte spontane lipsite de context. Ele sunt produsul unui ansamblu de cauze structurale, instituționale și culturale care se potențează reciproc. Orice strategie care ignoră cauzele și se limitează la sancționarea efectelor va fi, în mod previzibil, insuficientă.

2.1. Observație metodologică: lipsa datelor centralizate și sub-raportarea

În România nu există încă un sistem național unitar de raportare și analiză a agresiunilor asupra personalului din sănătate. Estimarea dimensiunii fenomenului se bazează pe cazuri mediatizate, raportări locale și percepții ale personalului, cu risc major de subestimare. Sub-raportarea este alimentată de:

- (a) normalizarea agresiunilor,
- (b) lipsa încrederii că raportarea produce efecte,
- (c) teama de represalii sau stigmatizare,
- (d) proceduri interne greoaie
- (e) lipsa sprijinului juridic/psihologic.

2.2. Absența asumării responsabilității angajatorilor

Principalul responsabil pentru siguranța angajaților la locul de muncă este angajatorul. Această obligație nu este opțională, ci decurge din legislația muncii (Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă) și din contractul colectiv de muncă la nivel de sector sănătate (CCMS). Cu toate acestea, majoritatea unităților sanitare publice nu dispun de planuri efective de prevenire a violenței, nu au evaluat riscurile specifice și nu asigură servicii de pază adecvate. Deși CCMS conține o anexă specială (Anexa nr. 11) care clasifică agresiunile la locul de muncă drept accidente de muncă, angajatorii și instituțiile statului refuză sistematic să respecte această prevedere.

2.3. Discursul public asimetric și atmosfera de ură

Discursurile oficiale la adresa profesioniștilor din sănătate tind să fie, de regulă, asimetrice: centrate pe prezentarea aspectelor negative, deseori înainte de a fi documentate. Autoritățile utilizează frecvent prezumția de vinovăție pentru a da satisfacție publicului, determinând sau amplificând astfel agresivitatea la adresa angajaților. Discursurile privind veniturile din sănătate creează imaginea inadecvată a unor venituri nemeritate, într-un context în care realitatea este cu totul alta.

2.4. Publicitatea negativă nereglementată

Lipsa unor reglementări specifice permite o publicitate negativă *de facto* împotriva profesioniștilor din sănătate. Mediatizarea senzationalistă, generalizarea cazurilor individuale



și transpunerea în spațiul public a nemulțumirilor fără verificare prealabilă contribuie la erodarea încrederii și la crearea unui climat propice agresivității.

2.5. Dezechilibrul drepturi–posibilități–obligații

Distanța mare dintre obligațiile sistemului de sănătate (așa cum sunt vehiculate de politicieni) și posibilitățile reale ale acestuia amplifică problema. Centrarea discursurilor publice pe amplificarea drepturilor pacienților, fără a ține cont de posibilitățile reale și de responsabilitățile care revin pacienților și aparținătorilor, determină un nivel de așteptare foarte ridicat. Când realitatea nu corespunde promisiunilor, senzația de culpă este transferată automat asupra profesioniștilor din sănătate, aceștia devenind ținta cea mai accesibilă a frustrărilor.

2.6. Determinanți organizaționali

Studiile europene confirmă o corelație directă între condițiile organizaționale deficitare și frecvența actelor de violență: supraaglomerarea, timpii mari de așteptare, spațiile insuficiente, lipsa personalului și epuizarea profesională sunt toți factori care cresc riscul de agresiune. Învinovățirea victimei – în locul remedierii condițiilor care favorizează violența – este o abordare contraproductivă care trebuie eliminată.

2.7. Deficitul de aplicare a legislației existente

România dispune deja de prevederi legale care permit încadrarea agresiunii împotriva personalului medical ca ultraj. Problema nu este întotdeauna lipsa legii, ci lipsa aplicării consecvente a acesteia. Acest deficit generează un mesaj de impunitate care încurajează repetiția comportamentelor agresive. Provocarea nu constă doar în lipsa legislației, ci și în lipsa aplicării ei.

CCMS (2023–2025) include obligații de întărire a măsurilor de protecție a salariaților împotriva agresiunilor (art. 167) și o procedură dedicată (Anexa nr. 11) care stabilește prevenție, raportare, plan de măsuri și sprijin pentru victime. Legea SSM stabilește obligația generală a angajatorului de a asigura securitatea și sănătatea lucrătorilor. Un contract colectiv de muncă nu poate substitui legea penală; el poate însă institui obligații procedurale și mecanisme interne care cresc probabilitatea de sesizare, documentare și sancționare.



III. Cadru strategic

3.1. Viziune

Un sistem de sănătate în care niciun profesionist să nu se teamă pentru propria siguranță în timp ce salvează vieți, iar pacienții beneficiază de îngrijiri într-un climat de respect reciproc.

3.2. Misiune

Prevenirea și reducerea agresiunilor asupra profesioniștilor din sănătate printr-un pachet integrat de măsuri legislative, organizaționale și operaționale, care consolidează responsabilitatea angajatorilor și a statului, standardizează securitatea și asigură sprijin efectiv victimelor.

3.3. Principii directoare

- **Zero toleranță față de violență:** reacție instituțională promptă și consecventă, fără excepții.
- **Responsabilitatea angajatorului:** siguranța angajatului la locul de muncă este obligația primară a angajatorului (SSM), nu un beneficiu opțional.
- **Prevenție înainte de reacție:** reducerea riscurilor prin design, procese, instruire și comunicare.
- **Simetria drepturi–obligații:** solicitarea tuturor drepturilor include asumarea respectării obligațiilor. Indicarea publică a nerespectării unor obligații trebuie dublată, în mod simetric, de evidențierea drepturilor care nu sunt respectate.
- **Abordare bazată pe risc:** măsuri proporționale cu profilul de risc (UPU/CPU, ambulanță, psihiatrie etc.).
- **Aplicarea legislației existente:** alături de introducerea unor noi prevederi legale este nevoie de aplicarea riguroasă a celor existente, inclusiv a CCMS.
- **Transparență și învățare:** raportare, analiză, feedback și îmbunătățire continuă.
- **Non-victimizare:** eliminarea practicilor de „învinovățire a victimei” și acordare sprijin post-incident standardizat.
- **Protecția profesioniștilor din partea statului:** instituțiile statului trebuie să-și asume responsabilitatea directă pentru protecția profesioniștilor care lucrează în sistemul public.

3.4. Obiective strategice

Obiectiv general: creșterea protecției efective a profesioniștilor din sănătate și reducerea agresiunilor prin implementarea unui sistem național integrat de prevenție, securitate și răspuns (2026–2030).



1. **OS1.** Implementarea și conformarea la procedurile CCMS/SSM privind prevenirea și gestionarea agresiunilor în toate unitățile sanitare.
2. **OS2.** Crearea unui cadru juridic și procedural predictibil care descurajează agresiunile și crește probabilitatea sancționării rapide.
3. **OS3.** Introducerea standardelor minime naționale de securitate fizică și tehnologică în unități.
4. **OS4.** Îmbunătățirea managementului operațional al situațiilor de risc (protocoale, roluri, cooperare interinstituțională rapidă).
5. **OS5.** Creșterea competențelor personalului și reducerea determinantilor organizaționali ai agresiunilor.
6. **OS6.** Reducerea sub-raportării și fundamentarea politicilor printr-un Observator Național și un sistem unitar de raportare.
7. **OS7.** Asigurarea sprijinului post-incident pentru victime și a mecanismelor de recuperare și reintegrare profesională.
8. **OS8.** Integrarea siguranței personalului în standardele ANMCS de acreditare, transformând-o într-o condiție verificabilă și condiționantă pentru acreditare.

3.5. Aliniere la standarde internaționale

Strategia este aliniată la standardele internaționale privind eliminarea violenței și hărțuirii în lumea muncii. România a ratificat Convenția OIM nr. 190/2019 prin Legea nr. 69/2024, ceea ce întărește obligația de a avea politici și măsuri efective de prevenție și protecție inclusiv în sectorul sănătate.



IV. Guvernanță, roluri și responsabilități

4.1. Nivel național: coordonare și decizie

FSSR propune adoptarea Strategiei prin Hotărâre de Guvern, cu un Plan de acțiune multianual și bugetare explicită. Implementarea necesită un mecanism interministerial, deoarece agresiunile sunt simultan o problemă de SSM, de ordine publică și de justiție.

- **Comitetul Național pentru Siguranța Profesioniștilor din Sănătate (CNSPS):** coordonare strategică; co-prezidat de MS și MAI; include MJ/Ministerul Public, MMSS/Inspekția Muncii, CNAS, DSP/INSP, ANMCS, reprezentanți ai celor două federații sindicale reprezentative la nivel de sector sănătate, organizațiilor profesionale și ai pacienților.
- **Secretariat tehnic (MS):** coordonează implementarea, standardele, raportarea și relația cu unitățile sanitare.
- **Observatorul Național:** structură operațională pentru colectarea/analiza datelor, rapoarte anuale, recomandări.

4.2. Nivel județean/local

- Grupuri județene de lucru (DJSP - IPJ/IJJ - spitale – sindicatele afiliate la federațiile reprezentative la nivel de sector) pentru implementarea protocoalelor de intervenție, cartografierea riscurilor și exerciții periodice.
- Integrarea indicatorilor de siguranță în contractele de management și în monitorizarea DSP/autoritatea locală.

4.3. Nivel de unitate sanitară: responsabilitatea angajatorului

Responsabilitatea primară pentru prevenirea și gestionarea agresiunilor revine angajatorului (unității sanitare), în virtutea obligațiilor SSM. Concret, fiecare unitate trebuie să aibă un sistem operațional, nu doar documente, care să includă:

- Procedură internă de prevenție și răspuns (aliniată cu Anexa nr. 11 CCMS), inclusă în Regulamentul intern și în instruirea periodică.
- Evaluarea riscurilor de agresiune pe zone/activități, plan de măsuri anual și bugetarea măsurilor.
- Sistem de raportare internă simplu (inclusiv anonim pentru anumite forme de abuz), cu protecția victimelor.
- Protocol de cooperare cu poliția/jandarmeria (contacte nominale, timpi de răspuns, scenarii).
- Responsabil de informare aparținători (în special în UPU/CPU) și reguli de acces/vizită aplicate consecvent.
- Suport post-incident (medical, psihologic, juridic) și managementul reintegrării.



4.4. Rolul dialogului social

Strategia este concepută pentru a funcționa în logica dialogului social: sindicatele și organizațiile profesionale nu pot substitui angajatorul sau statul, dar pot crește conformarea, pot sprijini raportarea și pot contribui la mecanismele de audit și învățare. CCMS este un instrument-cheie tocmai pentru că stabilește reguli obligatorii în relațiile de muncă.



V. Piloni strategici și măsuri

P1. Guvernanță, responsabilitate și conformare

Obiectiv: trecerea de la „reguli pe hârtie” la conformare verificabilă și consecventă.

- **M1.** Implementarea obligatorie a Anexei nr. 11 (CCMS) în toate unitățile, cu traducere în proceduri interne, instruire și plan de măsuri.
- **M2.** Introducerea indicatorilor de conformare (minim 10 indicatori naționali): existență procedură internă, instruire anuală, raportare incident, plan de măsuri, exerciții.
- **M3.** Audit extern/inspecție: includerea riscului de agresiune în controalele ITM/SSM; controale tematice anuale în unități cu risc ridicat.
- **M4.** Consecințe pentru neconformare: condiționarea parțială a evaluării managerului și/sau a finanțării de îndeplinirea indicatorilor minimi.
- **M5.** Integrarea raportărilor în sistemul național de monitorizare (Observator Național), inclusiv pentru fundamentarea negocierilor și îmbunătățirilor CCMS.

Instituții responsabile: MS / MMSS-Inspecția Muncii; partenerii sociali: unități sanitare, DSP, autorități locale, ANMCS, syndicate.

P2. Cadrul juridic și aplicarea legii

Obiectiv: descurajare reală și sancționare predictibilă, fără a transforma unitățile sanitare în „spații militarizate”.

- **M6.** Elaborarea unui ghid operațional (MJ/Parchet/MAI) pentru poliție și procurori privind agresiunile asupra personalului medical (încadrări tipice, probe, celeritate).
- **M7.** Pachet legislativ dedicat: definirea unei infracțiuni specifice de agresiune împotriva personalului medical aflat la datorie, cu pedepse prevăzute la cel puțin dublul nivelului celor prevăzute pentru agresiuni în general.
- **M8.** Urmărire penală din oficiu, fără plângere prealabilă a victimei, pentru orice agresiune împotriva personalului medical la locul de muncă. Obligația angajatorului de a sesiza automat autoritățile penale concomitent cu cercetarea evenimentului/accidentului de muncă.
- **M9.** Mecanisme procedurale de celeritate: termene orientative, prioritizare, utilizarea probelor video (CCTV/bodycam), digitalizarea schimbului de documente unitate–poliție–parchet.
- **M10.** Amenzi administrative pentru intimidare și abuz verbal care nu întrunesc elementele unei infracțiuni penale.



- **M11.** Ordine de protecție și interdicții temporare de acces pentru agresori recidiviști, cu excepția situațiilor de urgență medicală proprie.
- **M12.** Clasificarea juridică ca accidente de muncă prin act normativ, dublată de aplicarea efectivă a prevederilor din Anexa nr. 11 CCMS, cu acces rapid la investigații și îngrijiri medicale, monitorizarea consecințelor și raportarea obligatorie.

Instituții responsabile: MJ/Ministerul Public/MAI; parteneri: MS, unități sanitare, sindicate.

P3. Securitate fizică și tehnologică (standard minim național)

Obiectiv: reducerea oportunităților de agresiune și creșterea capacității de răspuns rapid.

- **M13.** Standard minim național pentru securitatea unităților sanitare (niveluri de risc): control acces, zonare, CCTV, iluminat, semnalizare, zone de refugiu, mobilier fixat, ieșiri alternative.
- **M14.** Standardizarea achizițiilor de pază și protecție: clauze obligatorii (indicatori cheie de performanță pentru timp de răspuns, formare de-escaladare, proceduri de intervenție, bodycam în zonele cu risc, coordonare cu poliția).
- **M15.** Butoane de panică și sisteme de alarmă rapidă (UPU/CPU, psihiatrie, ATI, recepții, ambulanță): conectare la dispecerat intern și, unde e posibil, la 112/poliție.
- **M16.** Sistem de comunicare rapidă, bazat pe persoane de legătură nominalizate unitate–IPJ/IJJ, canale dedicate, scenarii de intervenție.
- **M17.** Măsuri pentru serviciile mobile (ambulanță/SMURD): evaluare risc la intervenție, posibilitatea solicitării escortei poliției, echipamente de comunicare, protocoale pentru intervenții în zone cu risc.
- **M18.** Design de securitate prin includerea în normativele de proiectare și renovare a cerințelor de iluminare, vizibilitate, puncte de refugiu, ieșiri alternative, mobilier fixat, sisteme de supraveghere video, control electronic al accesului.

Instituții responsabile: MS (standard și finanțare) / unități sanitare (implementare); parteneri: MAI, autorități locale, ANMCS.

P4. Management operațional al riscurilor și al incidentelor

Obiectiv: intervenție standardizată, rapidă și sigură, cu roluri clare și documentare corespunzătoare.

- **M19.** Protocol național de tip „Cod de violență” în toate unitățile: declanșare, echipă de intervenție, comunicare internă, apel 112, protecția personalului și a pacienților.
- **M20.** Proceduri pentru situații specifice: pacienți intoxicați, tulburări psihice, agitație. De-escaladare și, când e cazul, intervenție asistată de forțele de ordine.



- **M21.** Reguli de acces și vizitare aplicate consecvent, incluzând limitarea numărului de aparținători, identificare, sancțiuni graduale, bariere fizice în zone critice.
- **M22.** Rol de informare a aparținătorilor în urgențe prin desemnarea unui „responsabil de comunicare” în UPU/CPU, cu procedură de informare periodică, inclus în normativ/organigramă.
- **M23.** Managementul reclamațiilor, bazat pe mecanism rapid de preluare a nemulțumirilor, fără escaladare și separarea funcției de comunicare de cea de intervenție medicală.

Instituții responsabile: unități sanitare / MS (standardizare); parteneri: MAI, DSP, sindicate.

P5. Competențe, resurse umane și cultură organizațională

Obiectiv: creșterea capacității de prevenție și de-escaladare și reducerea vulnerabilităților sistemice.

- **M24.** Program național de formare pentru de-escaladare, comunicare în situații tensionate, recunoașterea semnelor de risc, autoprotecție, proceduri de raportare. Obligatoriu pentru UPU/CPU/ambulanță, recomandat progresiv pentru restul unităților.
- **M25.** Formare și certificare pentru personalul de pază din spitale: standard minim de competențe, inclusiv management non-violent; exerciții comune cu personalul medical.
- **M26.** Eliminarea practicilor de „învinovățire a victimei”: politici interne clare, sprijin managerial și sindical, protecția raportorilor de bună-credință.
- **M27.** Intervenții asupra determinantilor organizaționali prin optimizarea fluxurilor și a triajului, transparență privind timpii, reducerea supraaglomerării, asigurarea unui număr adecvat de personal, spații adecvate de așteptare.
- **M28.** Campanii publice naționale centrate pe respect pentru actul medical, consecințe legale ale agresiunilor, promovarea responsabilităților reciproce. Instituirea unei Zile Naționale de Educație și Prevenire a Violenței împotriva Profesioniștilor din Sănătate.

Instituții responsabile: MS / unități sanitare; parteneri: DSU, MAI, universități, organizații profesionale, sindicate.

P6. Raportare, date, învățare: Observatorul Național

Obiectiv: reducerea sub-raportării și crearea unui ciclu de învățare bazat pe date.



- **M29.** Înființarea Observatorului Național pentru Siguranța Profesioniștilor din Sănătate (ONSPS), cu mandat de colectare, analiză, recomandări și publicare de rapoarte anuale, integrat în Sistemul Sectorial de Monitorizare a Bolilor Profesionale din Sănătate (prevăzut în CCMS).
- **M30.** Sistem unitar de raportare a incidentelor, bazat pe taxonomie națională, raportare digitală, posibilitatea raportării anonime, protecția datelor.
- **M31.** Rapoarte periodice publice (minim anual), care să includă indicatori, zone de risc, bune practici, recomandări.
- **M32.** Integrare cu raportarea SSM și cu cercetarea evenimentelor/accidentelor de muncă.

Instituții responsabile: MS / INSP; parteneri: MMSS-Inspecția Muncii, unități sanitare, MAI, syndicate.

P7. Sprijin pentru victime și reparație

Obiectiv: victime sprijinite rapid, fără stigmatizare, cu recuperare și reintegrare.

- **M33.** Recunoașterea incidentelor ca accidente de muncă acolo unde sunt îndeplinite condițiile (conform CCMS/SSM) și activarea fluxurilor de cercetare, îngrijiri și măsuri.
- **M34.** Asistență juridică instituționalizată pentru victime (prin angajator sau mecanism național), inclusiv reprezentare și suport în relația cu poliția/parchetul.
- **M35.** Suport psihologic post-incident: consiliere, intervenții pentru stres post-traumatic; acces rapid la servicii specializate.
- **M36.** Măsuri de protecție la locul de muncă după incident (reorganizarea turelor, schimbarea temporară a postului, măsuri de securitate suplimentare).
- **M37.** Compensații și recunoaștere: mecanisme clare de reparare a prejudiciilor, concedii medicale fără penalizări, reintegrare asistată.

Instituții responsabile: unități sanitare / MS; parteneri: MMSS, syndicate, organizații profesionale.



P8. Integrarea siguranței personalului în standardele de acreditare ANMCS

P8.1. Diagnoză: lacune ale sistemului actual

Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) evaluează și acreditează unitățile sanitare pe baza unui sistem structurat pe trei referințe (Managementul Organizațional, Managementul Clinic, Etica Medicală și Drepturile Pacientului), 27 de standarde, 94 de criterii și 300 de cerințe, susținute de peste 1.400 de dovezi sugerate (indicatori). Standardele ANMCS dețin acreditarea internațională ISQua.

Chiar definiția acreditării, așa cum este publicată de ANMCS, confirmă că aceasta vizează „siguranța pacientului și a angajaților săi”. Cu toate acestea, în practică, siguranța personalului rămâne marginală în raport cu siguranța pacientului. Componentele relevante pentru protecția angajaților împotriva violenței se regăsesc dispersat și insuficient în cadrul existent:

- **Standardul 01.08** („Managementul riscurilor neclinice previne apariția prejudiciilor și fundamentează procesul decizional”) – conține cerința 01.08.02.01 privind identificarea locurilor și condițiilor cu potențial de risc fizic pentru securitatea persoanelor, dar fără indicatori specifici violenței împotriva personalului. Infograficele ANMCS asociate acestui standard menționează generic „protecția pacienților, angajaților și vizitatorilor”, însă absența unor cerințe și indicatori dedicați face ca evaluarea să fie formală în zona violenței.
- **Cerința 02.01.04.02** („Spitalul este pregătit pentru managementul pacientului cu manifestări agresive”) – ANMCS a emis recomandări pentru Structura de Management al Calității pe baza suspiciunilor de EAAAM înregistrate în aplicația CaPeSaRo. Însă, această cerință este centrată pe pacientul agresiv, fără să includă agresivitatea aparținătorilor sau a vizitatorilor - care reprezintă sursa majoritară a incidentelor recente.
- **Standardul 01.06** („Sistemul de comunicare existent la nivelul spitalului răspunde nevoilor organizației și ale beneficiarilor”) – nu conține referiri la comunicarea în situații de criză privind securitatea personalului.
- **Standardul 02.12** („Spitalul dezvoltă și implementează o politică de asigurare și îmbunătățire a siguranței pacientului”) – centrat exclusiv pe siguranța pacientului, nu și a personalului.

În rezumat: deși cadrul conceptual ANMCS recunoaște siguranța angajaților ca obiectiv al acreditării, instrumentele efective de evaluare nu operaționalizează această dimensiune în mod adecvat. Violența împotriva personalului nu este un simplu risc neclinic generic, ci este un risc specific, frecvent, cu impact direct asupra calității actului medical și a siguranței pacienților.

P8.2. Propunerea FSSR: un standard dedicat siguranței personalului



FSSR propune ca, în cadrul elaborării următoarei ediții a Standardelor ANMCS pentru spitale (proces anunțat deja de ANMCS), să fie introdus un set dedicat de cerințe și indicatori privind siguranța personalului împotriva violenței. Propunerea se structurează pe două niveluri complementare:

Nivelul 1 – Extinderea standardelor existente: completarea Standardului 01.08 (Managementul riscurilor neclinice) cu criterii și cerințe specifice violenței împotriva personalului.

Nivelul 2 – Introducerea unui criteriu nou dedicat: în cadrul Referinței 1 (Managementul Organizațional), crearea unui criteriu specific „Protecția personalului împotriva violenței”, cu cerințe și indicatori proprii, integrat în paradigma Donabedian (Structură – Proces – Rezultat) care fundamentează întregul sistem ANMCS.

Propunerea urmărește coerența cu logica de codificare ANMCS (Referință-Standard-Criteriu-Cerință-Indicator) și cu principiile de evaluare validate internațional de ISQua. Indicatorii propuși sunt formulați ca dovezi sugerate, conform metodologiei ANMCS, permițând validarea prin observare directă, analiză documente sau interviu.

P8.3. Set de indicatori propuși: Siguranța personalului împotriva violenței

Indicatorii sunt organizați conform structurii ANMCS în trei componente, urmând paradigma Donabedian adoptată de ANMCS:

COMPONENTA I – STRUCTURĂ (resurse, organizație, infrastructură)

Cod	Cerință / Indicator (dovadă sugerată)	Mod de validare
SP.01	Spitalul dispune de un Plan de prevenire și gestionare a violenței împotriva personalului, aprobat de conducere, revizuit anual.	Analiză document
SP.02	Planul include evaluarea specifică a riscului de violență pe secții/compartimente, cu ierarhizarea zonelor de risc (UPU/CPU, psihiatrie, ATI, secții cu aparținători numeroși).	Analiză document
SP.03	Există o procedură operațională specifică de intervenție în cazul agresiunii, cu repartizarea clară a responsabilităților (personal medical, pază, management, poliție).	Analiză document + interviu
SP.04	Există personal de pază și protecție cu prezență permanentă în zonele cu risc ridicat (UPU/CPU), cu atribuții specifice documentate privind intervenția în situații de violență.	Observare directă + document
SP.05	Zonele cu risc ridicat dispun de sisteme funcționale de alarmă rapidă / butoane de panică accesibile personalului medical.	Observare directă
SP.06	Accesul în zonele medicale restricționate (săli de resuscitare, blocuri operatorii, ATI) este controlat prin sisteme de închidere electronică sau echivalente.	Observare directă



SP.07	Există supraveghere video funcțională în zonele de acces ale UPU/CPU și în coridoarele adiacente, cu păstrarea înregistrărilor conform legislației.	Observare directă + document
SP.08	Sălile de consultație/tratament din zonele de risc dispun de ieșiri alternative sau soluții de refugiu pentru personal.	Observare directă
SP.09	Contractul de pază și protecție al spitalului conține clauze specifice privind intervenția în situații de violență împotriva personalului.	Analiză document
SP.10	Regulile de acces, programul de vizită și sancțiunile aplicabile sunt afișate vizibil la intrarea în fiecare secție și în zonele de așteptare.	Observare directă

COMPONENTA II – PROCES (activități, proceduri, forme de intervenție)

Cod	Cerință / Indicator (dovadă sugerată)	Mod de validare
SP.11	Personalul medical din zonele cu risc ridicat a participat la cursuri de formare în prevenirea violenței, de-escaladare și autoprotecție (cel puțin o sesiune anuală).	Analiză document (registru formare)
SP.12	Personalul de pază a efectuat pregătire specifică privind intervenția în mediul sanitar (particularități, limite de acțiune, cooperare cu echipa medicală).	Analiză document + interviu
SP.13	Există un sistem funcțional de raportare a tuturor incidentelor de violență (fizică, verbală, amenințări), iar personalul cunoaște procedura de raportare.	Analiză document + interviu personal
SP.14	Incidentele de violență raportate sunt înregistrate în Registrul de riscuri neclinice al spitalului, în secțiunea dedicată.	Analiză document (registru riscuri)
SP.15	Fiecare incident de violență raportat este analizat de Structura de Management al Calității (SMC) și CSSM, cu identificarea cauzelor și propunerea de măsuri corective.	Analiză document (minute SMC)
SP.16	Există un protocol de comunicare rapidă cu forțele de ordine, iar timpul maxim de răspuns este stabilit și monitorizat.	Analiză document + interviu
SP.17	Există un protocol de gestionare post-incident care include: asistență medicală imediată, suport psihologic și monitorizare pe termen mediu.	Analiză document + interviu
SP.18	Angajatorul sesizează automat autoritățile penale în cazul oricărei agresiuni fizice și declanșează cercetarea accidentului de muncă.	Analiză document (registru sesizări)
SP.19	În UPU/CPU există personal desemnat cu informarea aparținătorilor pe parcursul intervențiilor de urgență, conform unei proceduri documentate.	Analiză document + observare
SP.20	Evaluarea riscului de violență este revizuită periodic (cel puțin anual) și după fiecare incident major, cu actualizarea măsurilor din plan.	Analiză document (date revizuire)

COMPONENTA III – REZULTAT (indicatori de performanță și impact)

Cod	Cerință / Indicator (dovadă sugerată)	Mod de validare
------------	--	------------------------



SP.21	Spitalul deține evidența numerică a incidentelor de violență pe tipuri (fizică/verbală/amenințare), pe secții și pe perioade, cu analiză de trend.	Analiză document (bază de date)
SP.22	Rata incidentelor raportată la numărul de prezențe în UPU/CPU este calculată trimestrial și comparată cu perioadele anterioare.	Analiză document (rapoarte SMC)
SP.23	Proporția personalului din zonele de risc format în prevenirea violenței este de cel puțin 80% în ultimele 12 luni.	Analiză document (registru formare)
SP.24	Proporția incidentelor de violență fizică care au condus la sesizarea autorităților penale și la declanșarea cercetării accidentului de muncă este de 100%.	Analiză document (registre)
SP.25	Personalul victimă a agresiunilor a beneficiat de suport psihologic conform protocolului post-incident (100% din cazuri).	Analiză document + interviu
SP.26	Măsurile corective propuse de SMC în urma analizei incidentelor au fost implementate în proporție de cel puțin 75% în termenele stabilite.	Analiză document (plan măsuri)
SP.27	Există o analiză anuală a percepției personalului privind siguranța la locul de muncă (sondaj anonim), cu acțiuni de răspuns documentate.	Analiză document (raport sondaj)
SP.28	Timpul mediu de intervenție al forțelor de ordine la apelurile din spital este monitorizat, cu obiectiv de maximum 10 minute.	Analiză document (registru intervenții)

P8.4. Integrarea în cadrul existent și modul de evaluare

Indicatorii propuși (SP.01–SP.28) sunt concepuți ca dovezi sugerate, conform metodologiei ANMCS, și pot fi integrați în sistemul de acreditare pe următoarele căi complementare:

- Extinderea Standardului 01.08:** Indicatorii SP.01–SP.10 și SP.14 pot fi integrați în cerințele existente ale Criteriului 01.08.02, care vizează deja protecția persoanelor împotriva riscurilor fizice. Această extindere ar da substanță concretă formulei generice „protecția angajaților”, transformând-o dintr-o declarație de principiu în obligație verificabilă.
- Extinderea Cerinței 02.01.04.02:** Indicatorii SP.11–SP.13 și SP.15–SP.20 pot extinde cerința existentă de la managementul pacientului agresiv la managementul complet al violenței în unitatea sanitară, incluzând agresivitatea aparținătorilor și vizitatorilor.
- Criteriu nou dedicat în Referința 1:** Alternativ sau complementar, FSSR propune introducerea unui criteriu nou – de exemplu „01.XX – Spitalul asigură protecția personalului împotriva violenței” – care să grupeze toți indicatorii SP.01–SP.28, oferind vizibilitate maximă și permițând evaluarea dedicată a acestei dimensiuni.
- Indicatori critici:** FSSR propune ca cel puțin indicatorii SP.21, SP.24 și SP.25 să fie desemnați ca indicatori critici (temă critică), a căror neîndeplinire să afecteze semnificativ scorul de acreditare. Această propunere este coerentă cu practica



ANMCS de a desemna teme și indicatori critici (secțiunea 5 din Ghidul Evaluatorului).

P8.5. Acțiuni solicitate ANMCS

1. Includerea indicatorilor propuși (sau a echivalentului lor) în următoarea ediție a Standardelor ANMCS pentru spitale.
2. Consultarea organizațiilor sindicale și profesionale în procesul de elaborare a noilor standarde pe această componentă.
3. Introducerea unei monitorizări tematice dedicate siguranței personalului (similar monitorizării tematice realizate pentru COVID-19), cu raportare către Observatorul Național.
4. Includerea dimensiunii „siguranța personalului” în Strategia Națională pentru Calitatea Îngrijirii și Siguranței Pacienților, aflată în curs de elaborare cu asistența OMS.
5. Publicarea periodică, în cadrul rapoartelor de acreditare, a nivelului de conformitate al spitalelor pe indicatorii de siguranță a personalului.

Instituții responsabile: ANMCS / MS; parteneri: unități sanitare, sindicate, organizații profesionale.



VI. Plan de implementare (2026–2030)

6.1. Etapizare

- **Faza 0 (0–3 luni):**
 - guvernanta, mandate, responsabilitati;
 - designul sistemului de raportare;
 - protocoale de cooperare unitate–MAI.
- **Faza 1 (3–12 luni):** standarde minime, pachet de conformare CCMS/SSM, audit pilot, formare initiala, pachet legislativ in consultare, transmiterea catre ANMCS a propunerii de indicatori SP.01–SP.28.
- **Faza 2 (12–24 luni):**
 - extindere implementare in toate UPU/CPU/ambulanță și unități cu risc ridicat;
 - consolidarea Observatorului;
 - lansarea monitorizării tematice ANMCS;
 - primele evaluări.
- **Faza 3 (24–60 luni):**
 - extindere la toate unitățile sanitare;
 - optimizări pe baza datelor;
 - evaluare finală și propunere de continuare.

6.2. Matrice sintetică de acțiuni

Cod	Acțiune	Termen	Responsabil	KPI
A1	Adoptarea Strategiei prin HG și constituirea CNSPS cu secretariat tehnic	0–3 luni	Guvern/MS	HG adoptată; CNSPS funcțional
A2	Metodologie națională de raportare și design Observator Național	0–6 luni	MS/INSP	Metodologie publicată
A3	Pachet implementare Anexa 11 CCMS: proceduri-model, checklist, instrucțiuni SSM	0–6 luni	MS și MMSS/ITM	≥50% unități cu implementare
A4	Indicatori naționali de conformare + mecanism audit/inspecție (pilot UPU/CPU)	3–12 luni	MMSS/ITM	Set indicatori; ≥1 campanie ITM
A5	Standard minim național securitate fizică/tehnologică și ghid de proiectare	3–9 luni	MS	Standard aprobat
A6	Standardizarea achizițiilor de pază (clauze obligatorii, KPI, formare, bodycam)	3–12 luni	MS și ANAP	≥30% contracte reînnoite
A7	Protocol unitate–MAI (persoane de legătură, canale, timpi de răspuns)	0–6 luni	MAI	≥50% județe



A8	Program național de formare (de-escaladare, comunicare, raportare)	6–12 luni	MS și UMF	≥10.000 persoane (pilot)
A9	Pachet legislativ: infracțiune/agravantă, procedibilitate, interdicție acces, contravenții	0–12 luni	MJ și MS	Proiect lege în consultare
A10	Campanie publică națională (respect, consecințe, responsabilități reciproce)	6–12 luni	MS și DSU	Campanie lansată
A11	Program suport post-incident (psihologic, juridic, medical) – mecanism finanțare	6–18 luni	MS	Protocol suport; buget dedicat
A12	Transmiterea propunerii de indicatori ANMCS (SP.01–SP.28) pentru următoarea ediție	6–12 luni	FSSR și MS	Propunere transmisă
A13	Raport anual public al Observatorului + recomandări; revizuire anuală a planului	12 luni, anual	Observator	Raport public
A14	Lansarea monitorizării tematice ANMCS privind siguranța personalului	12–24 luni	ANMCS	Monitorizare activă
A15	Extinderea standardelor în toate unitățile cu risc ridicat	12–24 luni	MS și unități	≥80% acoperire zone critice
A16	Evaluare intermediară și ajustare Strategie (pe baza datelor)	24 luni	CNSPS	Raport evaluare
A17	Evaluare finală și propunere de continuare/actualizare (2031–2035)	60 luni	CNSPS	Raport final; propunere nouă



VII. Resurse, bugetare și eficiență

FSSR subliniază că lipsa finanțării nu poate fi invocată ca justificare pentru neprotejarea angajaților. Costurile violenței (absenteism, litigii, pierderea de profesioniști, scăderea calității actului medical) sunt cu mult mai mari decât investiția în prevenire. Cheltuielile de securitate și prevenție sunt investiții în continuitatea serviciilor și în siguranța pacientului, nu „costuri opționale”.

Surse de finanțare propuse:

- Bugetul Ministerului Sănătății – linie bugetară dedicată pentru securitatea unităților sanitare.
- Bugetele unităților sanitare – cu obligație de alocare minimă pentru măsuri de protecție.
- Fonduri europene 2021–2027 (FEDR/FSE+) – pentru infrastructură, digitalizare și formare.
- Reconfigurarea achizițiilor de pază – creșterea eficienței cheltuielilor deja efectuate, fără a presupune automat bugete suplimentare.
- Amenzile administrative colectate de la agresori.



VIII. Monitorizare, evaluare și raportare

Monitorizarea este condiția minimă pentru eficiență. Strategia introduce un set de indicatori de proces și de rezultat:

Indicatori de rezultat

- Numărul de incidente de violență raportate (total, pe tipuri, pe unități) – creșterea inițială poate indica reducerea sub-raportării.
- Proporția incidentelor care au condus la sancțiuni (penale, administrative).
- Timpul mediu de răspuns al forțelor de ordine la apelurile din unități sanitare.
- Numărul de profesioniști care au beneficiat de suport psihologic și juridic post-incident.
- Rata de renunțare/înlocuire a personalului din UPU/CPU (ca indicator indirect).
- Numărul de cazuri soluționate (penal/contravențional) și durata medie până la soluție.

Indicatori de proces

- Proporția unităților sanitare cu procedură internă aliniată Anexei 11 și cu plan anual de măsuri.
- Proporția personalului medical din UPU/CPU/ambulanță instruit anual în de-escaladare.
- Proporția unităților cu sisteme de alarmă, supraveghere video și control al accesului funcționale.
- Gradul de conformare a contractelor de pază cu standardele minime.
- Nivelul de conformitate ANMCS pe indicatorii SP.01–SP.28 (după integrare).

Evaluare: inițială (6 luni) – intermediară (24 luni) – finală (60 luni).
Observatorul Național va publica anual un raport agregat cu tendințe, zone de risc și recomandări. FSSR va monitoriza independent implementarea prin structurile sale teritoriale.



IX. Analiză critică: riscuri de implementare și condiții de succes

9.1. Riscuri majore

- **R1. „Bifare de conformare”:** proceduri scrise fără aplicare (lipsă instruire, lipsă exerciții, lipsă raportare).
- **R2. Lipsa bugetării:** standarde impuse fără resurse - implementare selectivă sau formală.
- **R3. Sub-raportare persistentă:** victimele nu raportează din lipsă de încredere/sprijin; datele rămân irelevante.
- **R4. Transferul responsabilității către victime:** presiune pe „de-escaladare” ca substitut pentru securitate, personal și proceduri.
- **R5. „Militarizarea” nejustificată:** măsuri disproporționate care degradează accesul și încrederea pacienților vulnerabili.
- **R6. Întârzieri judiciare:** chiar cu lege mai dură, sancționarea lentă reduce efectul de descurajare.
- **R7. Confidențialitate CCTV/bodycam:** fără reguli clare intervine risc de litigii și blocaje.
- **R8. Fragmentare instituțională:** MS, MAI, MJ, MMSS acționează necoordonat; unitățile rămân fără ghidaj.

9.2. Condiții de succes

- Voință politică și managerială explicită: „siguranța personalului” ca indicator de performanță.
- Bugetare predictibilă pentru zonele critice și contracte de pază orientate pe performanță, nu pe prezență.
- Aplicarea consecventă a regulilor de acces și vizită, cu comunicare clară către public.
- Sistem de raportare credibil și non-punitiv pentru victimă; sprijin rapid post-incident.
- Îmbunătățiri operaționale în urgențe (informare aparținători, fluxuri) – altfel tensiunea rămâne structurală.



X. Repere comparative europene

10.1. Regimuri legale speciale

- **Italia:** [Legea nr. 113/2020](#) a introdus dispoziții dedicate pentru siguranța profesioniștilor sanitari (pedepse de 4–16 ani pentru vătămări grave, urmărire din oficiu prin Legea nr. 31/2023, ONSEPS – Observatorul Național). În 2024, [Decretul-Lege nr. 137/2024](#) a introdus mecanisme de arest în flagranță diferită și DASPO sanitar (interdicție de acces).
- **Marea Britanie:** [Assaults on Emergency Workers \(Offences\) Act 2018](#) a dublat pedeapsa maximă la 2 ani de închisoare. NHS England promovează [Violence Prevention and Reduction Standard](#) – cadru de management al riscului integrat în guvernarea organizațiilor.
- **Spania:** statut de autoritate publică pentru personalul medical; protocoale de cooperare poliție–unități medicale (Alertcops); rapoarte anuale ale Ministerului Sănătății.
- **Franța:** plan guvernamental pentru securitatea profesioniștilor și ONVS (Observatoire National des Violences en Milieu de Santé) care colectează date și publică rapoarte anuale.
- **Germania:** §115 StGB sancționează atacurile fizice asupra persoanelor care acordă ajutor în situații de urgență.
- **Croația, țările nordice, Estonia, Republica Cehă:** programe naționale de formare în prevenirea violenței, observatoare naționale și cursuri dedicate (de-escaladare, autoprotecție).
- **Convenția OIM nr. 190/2019:** ratificată de România prin Legea nr. 69/2024, privind eliminarea violenței și hărțuirii în lumea muncii.

Adaptare pentru România: măsurile europene confirmă că eficiența vine din combinarea protecției legale cu implementarea la nivel de unitate, monitorizare și standarde. Strategia FSSR propune aceleași componente, dar începe pragmatic cu implementarea instrumentelor deja existente (CCMS/SSM) și cu standardizarea achizițiilor de pază, pentru rezultate rapide.



XI. Coerență cu instrumentele FSSR și CCMS

FSSR a promovat deja în CCMS în vigoare un instrument concret: **Anexa nr. 11 – Procedura privind protecția salariaților din sănătate împotriva agresiunilor la locul de muncă**. Strategia propusă dezvoltă și operaționalizează acest instrument, cu accent pe conformare și eficiență.

Direcții de consolidare în următorul CCMS

- Introducerea explicită a indicatorilor de conformare pentru procedura anti-agresiuni și obligația raportării periodice către Observatorul Național.
- Audit extern/inspecție: definirea în CCMS a unui mecanism de verificare și a rolului comisiilor SSM/CSSM.
- Consecințe clare pentru angajatori: termene, măsuri corective obligatorii, legarea evaluării managementului de conformare.
- Drepturi suplimentare pentru salariați: acces la suport juridic și psihologic post-incident; protecție împotriva represaliilor; proceduri de reintegrare.
- Integrarea explicită a agresiunilor în evaluarea riscurilor profesionale și în instruirea periodică SSM.

Clarificare: un contract colectiv de muncă poate stabili proceduri, obligații ale angajatorului și drepturi ale salariaților, dar nu poate institui infracțiuni sau pedepse penale. De aceea, componenta P2 (pachet legislativ) este esențială pentru a transforma „descurajarea” într-un efect real.



XII. Concluzii și solicitări

Cazurile recente de la Târgu Jiu și Borșa confirmă că agresiunile împotriva profesioniștilor din sănătate din România au depășit stadiul de incidente izolate și constituie un fenomen sistemic care necesită un răspuns pe măsură. Ministerul Sănătății, șeful DSU, Colegiul Medicilor – toți au recunoscut public gravitatea situației. Este momentul ca recunoașterea verbală să fie transformată în acțiune concretă.

Experiența europeană demonstrează că soluții există și funcționează. România nu trebuie să reinventeze soluții, ci trebuie să le adapteze și să le aplice. În mod particular, integrarea indicatorilor de siguranță a personalului în standardele de acreditare ANMCS ar transforma un obiectiv declarat – protecția angajaților – într-o obligație verificabilă și condiționantă pentru acreditare, creând un mecanism de presiune pozitivă la nivelul fiecărei unități sanitare.

FSSR reamintește principiul său fundamental: solicitarea tuturor drepturilor include asumarea respectării obligațiilor profesionale. Dar simetria funcționează și în sens invers: când statul și angajatorii nu își respectă propriile obligații față de angajați – de la siguranța la locul de muncă până la drepturile salariale – nu pot pretinde credibilitate în solicitarea respectării obligațiilor.

FSSR solicită, ca priorități naționale:

1. Adoptarea Strategiei naționale și constituirea unui mecanism interministerial de implementare (MS–MAI–MJ–MMSS).
2. Aplicarea imediată și verificabilă a Procedurii din Anexa nr. 11 CCMS în toate unitățile sanitare, cu audit și consecințe pentru neconformare.
3. Standardizarea securității în spitale: standard minim național și achiziții de pază orientate pe performanță.
4. Crearea Observatorului Național și a sistemului unitar de raportare.
5. Pachet legislativ dedicat: infracțiune specifică, urmărire din oficiu, interdicții de acces, amenzi administrative, celeritate.
6. Program național de sprijin post-incident pentru victime (juridic, psihologic, medical), finanțat predictibil.
7. Integrarea indicatorilor de siguranță a personalului (SP.01–SP.28) în standardele ANMCS de acreditare, în cadrul ediției a III-a.

Protejarea profesioniștilor din sănătate nu este un privilegiu, ci este o condiție fundamentală pentru ca sistemul de sănătate să poată funcționa, iar cetățenii să poată beneficia de îngrijiri medicale de calitate. Cine agresează un medic în sala de resuscitare nu lovește doar un profesionist, ci pune în pericol viața pacientului pentru care pretinde că luptă.



**Cofinanțat de
Uniunea Europeană**



Fără conformare, standarde, raportare, suport și aplicarea legii, reacțiile publice după fiecare caz vor rămâne simbolice și nu vor schimba riscul zilnic asumat de profesioniști. O societate care își agresează salvatorii își slăbește, de fapt, propria capacitate de protecție.

**Autor
Rotilă Viorel**