



Către: Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate

În atenția: Domnului **Valentin-Florin CIOCAN**, Președinte

Subiect: *Propuneri FSSR la Strategia națională pentru calitatea îngrijirii medicale și siguranța pacienților 2026–2032*

Stimate domnule președinte,

Federația "Solidaritatea Sanitară" din România (FSSR) vă înaintează propunerile organizației noastre în raport cu Strategia națională pentru calitatea îngrijirii medicale și siguranța pacienților 2026–2032, cu rugămintea de a transmite aceste propuneri și tuturor membrilor Colegiului Director, permițând astfel evaluarea informată a acestor observații și propuneri, din perspectiva includerii lor în Strategie.

Utilitatea Strategiei este, în opinia FSSR, reală și substanțială în cel puțin patru privințe:

1. Oferă un cadru instituțional unificat pentru calitate și siguranță

Pentru prima dată, România dispune de un document strategic național care corelează calitatea îngrijirii medicale cu siguranța pacienților, definește obiective măsurabile și stabilește responsabilități instituționale clare. Existența unui astfel de cadru este o condiție prealabilă pentru orice reformă sustenabilă și constituie, totodată, un semnal pozitiv față de partenerii europeni și față de organisme internaționale.

2. Recunoaște o bună parte din vulnerabilitățile structurale ale sistemului

Strategia identifică corect o serie de probleme grave: mortalitatea evitabilă ridicată, internările evitabile, fragmentarea sistemelor de date, subfinanțarea asistenței primare, slaba standardizare clinică și sub-raportarea infecțiilor asociate asistenței medicale. Această onestitate analitică este o bază solidă pentru propunerile de îmbunătățire.

3. Creează premisele pentru politici publice bazate pe dovezi

Orientarea Strategiei spre indicatori cuantificabili, spre digitalizarea sistemului informațional și spre mecanisme de monitorizare continuă este coerentă cu cerința fundamentală ca deciziile de sănătate publică să fie fundamentate pe date verificabile, nu pe intuiție administrativă sau pe inerție instituțională. FSSR susține integral această orientare.

4. Se înscrie într-un context european favorabil

Strategia este aliniată cu prioritățile EU4Health 2021–2027, cu Planul Global OMS de Acțiune pentru Siguranța Pacienților 2021–2030 și cu standardele internaționale de acreditare promovate de ISQua EEA. Aceasta îi conferă o legitimitate instituțională importantă și deschide accesul la finanțare europeană dedicată calității în sănătate.

Documentul înaintat conține pe de o parte o analiză critică a strategiei, pe de altă parte propunerile punctuale de modificare a acesteia.

Cu stimă,

Manager, Rotilă Viorel



FEDERAȚIA „SOLIDARITATEA SANITARĂ” DIN ROMÂNIEI
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea” (CCDSS)

PROPUNERILE FSSR LA STRATEGIA NAȚIONALĂ

pentru calitatea îngrijirii medicale și siguranța pacienților 2026–2032

PARTEA I ARGUMENTAREA UTILITĂȚII STRATEGIEI

Federația „Solidaritatea Sanitară” din România susține adoptarea **Strategiei naționale pentru calitatea îngrijirii medicale și siguranța pacienților 2026–2032**, considerând că aceasta reprezintă un progres real față de absența oricărui cadru național integrat în domeniu. Strategia este, în același timp, un document care demonstrează că elabradorii săi au înțeles gravitatea problemelor structurale ale sistemului sanitar românesc și că și-au asumat curajul de a le numi.

Utilitatea Strategiei este, în opinia FSSR, reală și substanțială în cel puțin patru privințe.

1. Oferă un cadru instituțional unificat pentru calitate și siguranță

Pentru prima dată, România dispune de un document strategic național care corelează calitatea îngrijirii medicale cu siguranța pacienților, definește obiective măsurabile și stabilește responsabilități instituționale clare. Existența unui astfel de cadru este o condiție prealabilă pentru orice reformă sustenabilă și constituie, totodată, un semnal pozitiv față de partenerii europeni și față de organismele internaționale.

2. Recunoaște o bună parte din vulnerabilitățile structurale ale sistemului

Strategia identifică corect o serie de probleme grave: mortalitatea evitabilă ridicată, internările evitabile, fragmentarea sistemelor de date, subfinanțarea asistenței primare, slaba standardizare clinică și sub-raportarea infecțiilor asociate asistenței medicale. Această onestitate analitică este o bază solidă pentru propunerile de îmbunătățire.

3. Creează premisele pentru politici publice bazate pe dovezi

Orientarea Strategiei spre indicatori cuantificabili, spre digitalizarea sistemului informațional și spre mecanisme de monitorizare continuă este coerentă cu cerința fundamentală ca deciziile de sănătate publică să fie fundamentate pe date verificabile, nu pe intuiție administrativă sau pe inerție instituțională. FSSR susține integral această orientare.

4. Se înscrie într-un context european favorabil

Strategia este aliniată cu prioritățile EU4Health 2021–2027, cu Planul Global OMS de Acțiune pentru Siguranța Pacienților 2021–2030 și cu standardele internaționale de acreditare promovate de ISQua EEA. Aceasta îi conferă o legitimitate instituțională importantă și deschide accesul la finanțare europeană dedicată calității în sănătate.

Condiția utilității reale a Strategiei

FSSR consideră că utilitatea practică a Strategiei este condiționată de operarea unor corecții de fond descrise în părțile a II-a și a III-a ale prezentului document. În absența acestor completări/modificări, Strategia se confruntă cu un nivel semnificativ al riscului de a rămâne un exercițiu de conformitate formală, cu impact limitat asupra calității reale a îngrijirii medicale și a siguranței pacienților. Corecțiile propuse nu urmăresc modificarea filozofiei documentului, ci consolidarea capacității sale de a produce schimbare măsurabilă în unitățile sanitare.

PARTEA a II-a ANALIZA CRITICĂ A STRATEGIEI

Analiza critică de mai jos este structurată tematic, pornind de la preocupările fundamentale ale FSSR și ale CCDSS privind relevanța și eficiența Strategiei. Fiecare secțiune identifică un deficit specific al documentului și fundamentează necesitatea corecțiilor propuse în Partea a III-a.

1. Resursa umană — de la vector de implementare la determinant structural

Cel mai semnificativ deficit conceptual al Strategiei constă în tratarea resurselor umane din sănătate predominant ca instrument de implementare a obiectivelor strategice, nu ca determinant structural al calității actului medical. Profesioniștii din sănătate apar în document în principal în principal ca destinatari ai formării continue și ca executanți ai protocoalelor, nu suficient de mult ca factori a căror stare organizațională influențează direct siguranța pacientului.

Cercetările naționale desfășurate de CCDSS documentează această relație cauzală cu date concrete. Studiul CVP 2026, realizat pe 1.430 de respondenți din 294 de unități sanitare, arată că 74,3% dintre angajații din sănătate își evaluează condițiile de muncă drept problematice sau critice, cu un scor mediu național de 49,9 din 100. Deficitul de personal și supraîncărcarea cu muncă înregistrează cel mai scăzut scor: 29,9 din 100, cu 68% din personal în zona critică. Platforma BATEREP, cu peste 17.000 de evaluări pe instrumentul BAT-23 (KU Leuven), arată că 9 din 10 medici de gardă se află în risc de epuizare profesională.

Un sistem care pretinde că îmbunătățește calitatea îngrijirii, ignorând în același timp faptul că resursa umană funcționează la limita sau dincolo de limita siguranței organizaționale, riscă o construcție fragilă. Corecția necesară nu este una marginală, ci de concepție: Strategia trebuie să introducă un obiectiv strategic explicit privind calitatea vieții profesionale și cel puțin patru indicatori noi de monitorizare — pentru burnout, agresioni, calitate organizațională și necesarul de personal.

2. Partenerii sociali — clarificări terminologice și corectarea erorii de la pagina 11

Strategia utilizează în mod inconsecvent terminologia privind partenerii sociali, ceea ce generează ambiguitate juridică și poate afecta legitimitatea proceselor de consultare. Legea dialogului social nr. 367/2022 distinge clar între două niveluri de reprezentare:

- La nivel național: federațiile sindicale și patronale reprezentative la nivel de sector, a căror reprezentativitate este constatată de instanță. La nivelul sectorului sănătate există în prezent două federații sindicale reprezentative, ambele reprezentate în Colegiul director al ANMCS. Strategia trebuie să reflecte această realitate și să corecteze formularea de la pagina 11.
- La nivel de unitate: sindicatele afiliate la federațiile reprezentative la nivel de sector, angajatorul exercitând rolul de patronat în sensul legii.

Utilizarea corectă a termenilor „federații sindicale” și „sindicate”, adaptată fiecărui nivel, nu este un detaliu redacțional, ci o cerință de acuratețe juridică cu implicații directe în orice

mecanism de consultare, negociere sau monitorizare prevăzut de Strategie. Suplimentar, Strategia nu prevede reprezentarea angajaților la nivelul conducerii spitalelor, deși introduce mecanisme de reprezentare a pacienților — o asimetrie nejustificată, cu atât mai problematică cu cât Acțiunea 3.2.4 conține o formulare ambiguă în acest sens.

3. Coerența cu cadrul juridic existent și cu indicatorii ANMCS deja în uz

ANMCS utilizează deja indicatori privind calitatea vieții profesionale și dialogul social din unitățile sanitare. Strategia ignoră această realitate, Mai mult decât atât, nu prevede actualizarea acestor indicatori, deși există cel puțin trei direcții de modernizare documentate și disponibile imediat:

- Indicatori privind siguranța angajaților (setul SP.01–SP.28, elaborat de FSSR pe paradigma Donabedian), care operaționalizează protecția fizică și psihologică a personalului ca dimensiune a acreditării.
- Indicatori suplimentari pentru evaluarea calității vieții profesionale, inclusiv resursele furnizate de platforma <https://cvps.ro/>, care oferă date verificabile la nivel național și de unitate.
- Indicatori ai dialogului social actualizați la prevederile Legii nr. 367/2022, care înlocuiesc indicatorii existenți, rămași blocați în logica legislativă anterioară, și care acoperă atât dialogul social la nivel de sector (prin indicatorii derivați din CCMS), cât și dialogul social la nivelul unității sanitare.

Ratarea includerii în Strategie a acestor dimensiuni deja existente, împreună cu actualizările lor, generează un minus semnificativ de relevanță și eficiență. O strategie de calitate care ignoră instrumentele de măsurare deja validate și disponibile riscă să rateze raportarea la dovezi.

4. Dialogul social — absent din arhitectura Strategiei

Deși modernizarea legislației dialogului social face parte din intervențiile strategice ale PNRR, principiile noii legislații nu se regăsesc în Strategia ANMCS. Există o discrepanță vizibilă: indicatorii de dialog social utilizați în prezent nu sunt actualizați la prevederile Legii nr. 367/2022, iar noile mecanisme de reprezentare a angajaților nu apar ca elemente de evaluare a calității organizaționale.

Consecința este că Strategia poate valida formal unități sanitare în care dialogul social este disfuncțional, contractele colective de muncă la nivel de unitate nu sunt negociate sau aplicate, iar angajații nu sunt consultați în privința deciziilor care le afectează condițiile de muncă. Cercetarea CCDSS privind aplicarea CCMS (N = 1.205, 42 de județe) arată că indicele global de aplicare a prevederilor contractuale este de doar 25,5%, iar domeniul drepturilor sindicale înregistrează o rată de aplicare de abia 3,1%. Ignorarea dialogului social dintr-o strategie de calitate nu este un deficit editorial, ci o lacună de sistem.

5. Salarizarea în funcție de performanță — un concept utilizat eronat

Strategia sugerează, în mai multe locuri, introducerea „salarizării în funcție de performanță”, lăsând să se înțeleagă că performanța ar putea deveni unica bază a salarizării. FSSR consideră că această formulare este eronată din cel puțin două motive.

Pe de o parte, legislația muncii și contractul colectiv la nivel de sector stabilesc drepturi salariale de bază care nu pot fi condiționate de indicatori de performanță. Pe de altă parte, experiența internațională arată că plata bazată exclusiv pe performanță în sănătate poate

genera comportamente defensive, sub-raportare și penalizarea implicită a unităților care deservesc populații defavorizate sau care au deficit structural de personal.

Formularea corectă este „**salarizare suplimentară în funcție de performanță**”, adică o componentă adițională, nu un înlocuitor al salarizării de bază. Orice mecanism de finanțare orientată spre calitate trebuie condiționat de existența unor minime structurale garantate și ajustat la riscul instituțional, pentru a nu penaliza tocmai unitățile cu cel mai mare deficit de resurse.

6. Accesul la date și opacitatea sistemului informațional

Strategia conține preocupări corecte privind digitalizarea și interoperabilitatea sistemelor de date, dar rămâne superficială față de o problemă mai adâncă: opacitatea sistemului informațional față de cercetători, parteneri sociali și societate civilă.

CCDSS a construit, cu resurse proprii, baze de date naționale privind situația financiară și e resurse umane a spitalelor publice, calitatea vieții profesionale, aplicarea contractelor colective și riscul de burnout — baze de date pe care le-au pus la dispoziție în mod transparent. Atunci când au solicitat reciprocitate în accesul la date administrative deținute de instituții publice (Ministerul Sănătății, ANMCS, CNAS), solicitările s-au izbit de tăcere instituțională.

O strategie care proclamă politicile de sănătate bazate pe dovezi trebuie să includă mecanisme concrete de acces la date pentru cercetători, parteneri sociali și societatea civilă. Altfel, „dovezile” rămân un monopol administrativ, nu un bun comun al sistemului. Strategia trebuie să stabilească explicit obligații de transparență a datelor și termene de răspuns la solicitările de acces formulate de actorii recunoscuți din sistem.

7. Formarea profesională continuă — cine suportă costul?

Strategia prevede module de formare continuă în domeniul calității și siguranței pacienților fără a aborda explicit problema finanțării acestora. În prezent, formarea profesională continuă este lăsată în mare măsură pe seama profesioniștilor, care suportă personal costurile participării la programele de formare. Această situație nu este conformă nici cu legislația muncii, nici cu bunele practici internaționale.

FSSR solicită ca formarea în domeniul calității să fie calificată explicit ca formare profesională continuă finanțată de angajator, în coerență cu prevederile CCMS și cu fondurile europene disponibile pentru formarea resurselor umane din sănătate (peste 80 de milioane de euro alocate prin axe dedicate din Programul Educație și Ocupare 2021–2027). Înființarea comitetului sectorial din Sănătate reprezintă un pas obligatoriu pentru coordonarea formării tuturor angajaților din sănătate și, totodată, mecanismul natural de coordonare a finanțărilor naționale în domeniu.

8. Accesul la servicii medicale — tensiunea nerezolvată dintre acces și calitate

Strategia nu abordează suficient relația dintre nivelul accesului la servicii medicale și calitatea acestora. O parte semnificativă a problemelor de calitate din România este generată tocmai de nivelul insuficient al accesului: subfinanțarea cronică, „deșertificarea medicală” în mediul rural, lipsa infrastructurii de asistență primară și comunitară conduc la prezentări tardive, internări de urgență evitabile și tratamente instituite în stadii avansate ale bolii.

Disparitățile regionale în materia accesului nu sunt abordate suficient. O strategie de calitate care ignoră determinanții structurali ai inaccesibilității va măsura și va premia calitatea acolo unde există deja resurse, perpetuând inechitățile în loc să le corecteze. Strategia trebuie să evidențieze explicit tensiunea dintre acces și calitate și să propună mecanisme de ajustare la risc pentru unitățile care operează în condiții structural defavorabile.

9. Evaluarea calității de către pacienți — dependența de nivelul de informare

Strategia acordă un rol important evaluărilor realizate de pacienți, prin instrumente de tip PREM/PROM. Această orientare este corectă și binevenită. Există însă un aspect insuficient tematizat: calitatea evaluărilor efectuate de pacienți depinde în mod direct de nivelul lor de informare și de capacitatea de a formula așteptări realiste față de sistemul de sănătate.

Un pacient neinformați poate evalua favorabil o unitate cu condiții obiectiv deficitare și poate evalua nefavorabil o unitate care îi comunică onest limitele intervenției posibile. Strategia ar trebui să prevadă mecanisme explicite de informare a pacienților privind posibilitățile reale ale sistemului, drepturile lor și semnificația procedurilor la care sunt supuși. Educația pentru sănătate nu este un obiectiv paralel față de calitate, ci o condiție a măsurării ei corecte.

10. Inteligența artificială — un pilon absent

Strategia menționează digitalizarea și dosarul electronic de sănătate, dar nu abordează impactul inteligenței artificiale (IA) asupra calității și siguranței serviciilor medicale. Este o lacună semnificativă, dat fiind că IA transformă deja procesele de diagnostic, de gestionare a datelor clinice și de monitorizare a siguranței pacienților.

HAS (Franța) dedică un pilon distinct utilizării IA și construirii unui cadru de încredere pentru e-sănătate. ISQua EEA a introdus în ediția a VI-a a Principiilor un capitol nou privind „[Digital Care and AI Systems](#)”.¹ România nu poate elabora o strategie de calitate pentru 2026–2032 fără a anticipa și reglementa modul în care IA va fi utilizată, auditată și reglementată în unitățile sanitare, atât pentru beneficiile sale, cât și pentru riscurile asociate: erori algoritmice, biasuri de date, responsabilitate juridică neclară și impact asupra relației medic–pacient.

11. Rolul CNAS — subestimat față de importanța sa instituțională

Casa Națională de Asigurări de Sănătate este, prin volumul de contractare și prin instrumentele de plată pe care le administrează, unul dintre cei mai importanți actori ai calității din sistemul sanitar românesc. Orice mecanism de finanțare orientată spre calitate sau performanță trece obligatoriu prin CNAS.

Cu toate acestea, Strategia tratează CNAS ca actor cu putere redusă și interes ridicat, o poziționare care subestimează semnificativ rolul său. FSSR solicită redefinirea mai clară a rolului CNAS în arhitectura Strategiei, cu responsabilități evidente privind integrarea indicatorilor de calitate în contractare, finanțarea condiționată de minime structurale și alinierea reformelor CNAS cu obiectivele de calitate ale ANMCS.

12. Reziliența Strategiei în fața schimbărilor politice și a dezinformării

Strategia nu abordează două riscuri care îi amenință sustenabilitatea pe termen mediu și lung.

¹ <https://ieea.ch/new-principle-digital-care-and-artificial-intelligence-systems-in-healthcare/>

Primul ține de contextul politic: creșterea în influență a curentelor politice care discreditează medicina bazată pe dovezi, vaccinarea și sistemele publice de sănătate nu este un fenomen ignorabil. O strategie de calitate construită pe principii bazate pe dovezi trebuie să conțină mecanisme de reziliență față de presiunile politice, inclusiv clauze de independență tehnică a procesului de monitorizare și mecanisme de revizuire independent-expertă.

Al doilea ține de problema mai amplă a încrederii populației în sistemul de sănătate. Nivelul de încredere influențează atât accesibilitatea serviciilor, cât și comportamentele de sănătate ale pacienților. Strategia ar trebui să includă o direcție explicită de combatere a dezinformării medicale și de consolidare a comunicării publice bazate pe dovezi — inclusiv prin îmbunătățirea vizibilității și clarității comunicării publice a ANMCS.

Reamintim că majoritatea aspectelor indicate mai sus au fost deja prezentate, de reprezentantul FSSR, la dezbătarea **Strategii Naționale privind Calitatea Îngrijirii și Siguranța Pacienților**, eveniment organizat de Organizația Mondială a Sănătății, Ministerul Sănătății și Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) în data de 25.03.2026 la Hotel Marriott București.

PARTEA a III-a PROPUNERI PUNCTUALE DE MODIFICARE A STRATEGIEI

GRUPUL o – Corecții terminologice și de reprezentare instituțională

FORMA ACTUALĂ A TEXTULUI DIN STRATEGIE	FORMA PROPUȘĂ PENTRU MODIFICARE	MOTIVAȚIA ȘI ARGUMENTELE MODIFICĂRII
[p. 11] Referire generică la „sindicatul reprezentativ” la nivel de sector sănătate, fără a reflecta realitatea celor două federații sindicale reprezentative existente (ambele prezente în Colegiul director al ANMCS). Utilizare inconsecventă a termenilor „federații sindicale” și „sindicate”.	Corectarea formulării de la pagina 11 pentru a reflecta existența celor două federații sindicale reprezentative la nivel de sector sănătate. Utilizarea consecventă a termenilor: „federații sindicale” la nivel național/sectorial și „sindicate afiliate” la nivel de unitate, conform Legii nr. 367/2022.	Legea dialogului social nr. 367/2022 definește clar nivelurile de reprezentare. Acuratețea juridică a terminologiei nu este un detaliu redacțional: ea condiționează legitimitatea proceselor de consultare și a mecanismelor de monitorizare prevăzute de Strategie.
[Acțiunea 3.2.4 și p. 24] Strategia prevede mecanisme formale de reprezentare a pacienților în conducerea spitalelor (țintă 60% din spitale până în 2032), fără a prevedea o măsură simetrică de reprezentare sau consultare periodică a personalului. Acțiunea 3.2.4 are o formulare ambiguă.	Clarificarea Acțiunii 3.2.4. Adăugarea unui indicator simetric: „Proporția unităților care au mecanisme funcționale de reprezentare a angajaților – prin intermediul sindicatelor afiliate la federațiile reprezentative – în structura de conducere a unității; țintă: 60% până în 2030.” Participarea reprezentanților personalului se include explicit în structurile de calitate (Acțiunea 1.1.2 reformulată).	Implicarea personalului în decizii organizaționale este factorul cu cel mai mare impact asupra angajamentului profesional și a calității clinice (The King’s Fund, analiza NHS Staff Survey 2024). O strategie de calitate nu poate fi simetrică față de pacienți și asimetrică față de profesioniști.

GRUPUL 1 – Corecții de arhitectură strategică și de calitate tehnică a documentului

FORMA ACTUALĂ A TEXTULUI DIN STRATEGIE	FORMA PROPUȘĂ PENTRU MODIFICARE	MOTIVAȚIA ȘI ARGUMENTELE MODIFICĂRII
[p. 19] Viziunea: „Un sistem de sănătate în continuă îmbunătățire, în care fiecare persoană beneficiază de îngrijiri sigure și de înaltă calitate.” Personalul sanitar și condițiile de muncă nu apar în Viziune sau Misiune.	Viziunea se completează: „...în care fiecare persoană beneficiază de îngrijiri sigure și de înaltă calitate, furnizate de profesioniști care activează în condiții de securitate și calitate a vieții profesionale.” Misiunea adaugă: „...asigurând că serviciile de sănătate oferă rezultate importante pentru oameni, într-un cadru care protejează și valorifică resursa umană a sistemului sanitar.”	ANMCS definește acreditarea ca vizând siguranța pacientului ȘI a angajaților săi. Această simetrie declarată trebuie reflectată în Viziune. ISQua EEA, ediția a VI-a (2024–2025), capitolul „Supporting the Care Workforce”: „prioritises workforce well-being... recognising its critical role in delivering high-quality care” (https://ieea.ch/new-isqua-eea-publishes-the-6th-editions/).
[Acțiunea 1.1.1, a doua formulare] „Consolidarea structurilor de calitate a îngrijirii medicale și siguranței pacienților, inclusiv în unitățile medicale, cu responsabilitatea de a promova implementarea Strategiei...”	„Consolidarea structurilor de calitate și siguranță la toate nivelurile, prin desemnare de responsabilități clare, planuri anuale de îmbunătățire cu ținte măsurabile, participarea structurilor SSM/CSSM, implicarea reprezentanților personalului și un mecanism de raportare anuală către MS și ANMCS. Indicatorul 1.1.2 se reformulează: „Procentul unităților cu structuri de calitate funcționale, incluzând un manager de calitate numit oficial” cu criterii de funcționalitate: plan aprobat, minute CA/CD, raport anual public.”	Un manager de calitate desemnat fără autoritate, buget sau independență nu produce schimbare reală. Indicatorul 1.1.2 măsoară un act administrativ, nu funcționalitate..

GRUPUL 2 – Forța de muncă ca determinant structural al siguranței pacientului

FORMA ACTUALĂ A TEXTULUI DIN	FORMA PROPUȘĂ PENTRU	MOTIVAȚIA ȘI ARGUMENTELE
------------------------------	----------------------	--------------------------

STRATEGIE	MODIFICARE	MODIFICĂRII
[p. 22–24] Lipsă completă: nu există nicio acțiune dedicată necesarului de personal, încărcării cu muncă, timpului de muncă, gărzilor sau repausului. Personalul apare exclusiv ca vector de formare (Acțiunea 2.2.1).	Se introduce o acțiune nouă: „Evaluarea anuală a necesarului de personal și a încărcării cu muncă, monitorizarea orelor suplimentare, a gărzilor și a repausului, elaborarea de planuri de corecție la nivel de furnizor, cu integrarea rezultatelor în contractare, finanțare și acreditare. Rezultatul țintă: procentul unităților cu evaluare anuală raportată activității – 60% până în 2028, 80% până în 2030.”	D2 – „Încărcare cu muncă și deficit de personal” – este dimensiunea CVP cu cel mai scăzut scor național (29,9/100; 68% din personal în zona critică). BATEREP (>17.000 evaluări BAT-23): 9 din 10 medici de gardă au risc de epuizare profesională. În privința siguranței personalului: WHO Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: „Health Worker Safety” este unul din cei 4 piloni centrali ai siguranței pacienților la nivel global.
[p. 22, Acțiunea 1.2.2] „Evaluarea periodică a culturii siguranței pacienților în unitățile medicale pe baza sondajului SOPS 2.0 (Hospitals).”	„Evaluarea periodică a culturii siguranței pacienților și personalului, respectiv a calității vieții profesionale în spitale și în celelalte niveluri de îngrijire, prin combinarea SOPS 2.0 cu un instrument validat pentru experiența personalului, ² urmată obligatoriu de planuri locale de îmbunătățire cu termene și reevaluare. Datele CVP sunt folosite ca instrumente de alertă timpurie și benchmark, nu ca bază unică pentru sancțiuni.”	SOPS surprinde cultura siguranței exclusiv din perspectiva pacientului. CVP completează cu perspectiva personalului, identificând decalajul dintre conformitatea formală și cea substanțială. HAS, Feuille de Route 2023–2025: „Promouvoir une culture juste et équitable”. Precauție metodologică: datele de percepție se utilizează ca alertă timpurie, nu ca probă unică de neconformitate.
[p. 23, Acțiunea 2.2.1] „Dezvoltarea și implementarea de module privind calitatea îngrijirii și siguranța pacienților pentru formarea profesională continuă (CPE).”	„Module obligatorii de formare, finanțate de angajator, privind: calitatea îngrijirii și siguranța pacientului; mentalitate etică și prevenirea erorilor; prevenirea agresiunilor și de-escaladare; managementul oboselii și riscul asociat gărzilor; comunicare în situații	Formarea continuă lăsată în seama și pe cheltuiala specialiștilor nu este conformă cu CCMS și nu este sustenabilă. Peste 80 de milioane de euro sunt disponibili prin Programul Educație și Ocupare 2021–2027 pentru formarea resurselor umane din sănătate. Comitetul sectorial din

² CVP sau echivalent, inclusiv platforma cvps.ro

	tensionate; leadership și dialog social. Formarea se califică drept formare profesională continuă și se monitorizează prin indicatorul 2.2.1, reformulat ca procentaj din personal, nu din instituții.”	Sănătate reprezintă mecanismul natural de coordonare a acestei finanțări.
--	---	---

GRUPUL 3 — Etică și echitate, raportare incidente și protecția victimelor secundare

FORMA ACTUALĂ A TEXTULUI DIN STRATEGIE	FORMA PROPUȘĂ PENTRU MODIFICARE	MOTIVAȚIA ȘI ARGUMENTELE MODIFICĂRII
[Acțiunea 1.2.4] „Dezvoltarea și implementarea unui sistem național de raportare a incidentelor legate de siguranța pacienților în unitățile medicale.”	„Dezvoltarea și implementarea unui sistem național de raportare și învățare privind incidentele de siguranță — near-miss, evenimente fără prejudiciu, evenimente adverse, incidente de agresiune împotriva personalului — cu raportare neacuzatoare, protecția raportorului, analiză cauzală sistematică și suport pentru victimele secundare (profesioniști implicați involuntar în incidente grave). Sistemul se integrează cu platforma CAPESARO.”	Fără just culture garantat juridic, niciun sistem de raportare nu funcționează. Vulnerabilitatea medico-legală (D15 CVP: 37,5/100; 57% din personal în zona critică) este principalul factor de sub-raportare. ISQua White Paper External Evaluation (2021): anchetele privind „workforce, safety culture and staff engagement” ³ sunt dovezi esențiale în evaluarea externă.
[Acțiunea 1.2.6] „Crearea unui cadru juridic pentru protecția lucrătorilor din domeniul sănătății implicați în raportarea incidentelor legate de siguranța	„Crearea unui cadru juridic și procedural pentru protecția: (a) lucrătorilor care raportează incidente de orice tip, inclusiv agresiuni; (b) avertizorilor de bună-credință; (c) victimelor	Formularea actuală acoperă doar raportarea incidentelor de siguranță a pacientului. Just culture autentică presupune protecție largă, inclusiv pentru agresiuni și pentru victimele

³ https://isqua.org/wp-content/uploads/2021/07/ISQuaWhitepaperExtEvaluationJuly2021_RS-8bd.pdf

pacienților și a victimelor secundare.”	secundare — profesioniști traumatizați după incidente grave —, cu acces garantat la suport psihologic, juridic și organizațional, în termen de maxim 72 de ore de la incident.”	secundare. ISQua EEA Conferința 2025: „Ernst — Rescue: A European Strategy for Supporting Second Victims in Healthcare” (https://ieea.ch/resources/).
---	---	--

GRUPUL 4 — Siguranța personalului împotriva agresiunilor — integrare în acreditare

FORMA ACTUALĂ A TEXTULUI DIN STRATEGIE	FORMA PROPUȘĂ PENTRU MODIFICARE	MOTIVAȚIA ȘI ARGUMENTELE MODIFICĂRII
[Acțiunea 2.2.2] „Adoptarea și comunicarea la nivel național, regional și local a Cartei OMS privind siguranța personalului medical. Indicatorul: DA, 2026.”	„Adoptarea, publicarea și implementarea unui Plan național de operaționalizare a Cartei OMS, cu: (a) integrarea indicatorilor privind siguranța personalului în lista de verificare a acreditării ANMCS ediția a III-a; (b) monitorizare tematică dedicată; (c) raport anual public; (d) finanțare minimă garantată pentru măsuri de structură: sisteme de alarmă, pază instruită, supraveghere video în zonele de risc. Indicatorul: proporția unităților cu sisteme structurale obligatorii — țintă 80% în 2030.”	Un act simbolic de adoptare fără plan operațional are valoare nulă. HAS V2025: criteriu obligatoriu 3.2-05 — prevenirea violențelor, introdus în referențialul de certificare din ianuarie 2025. OMS estimează că 8%–38% din lucrătorii din sănătate suferă violență fizică în carieră (Lim et al., Ann Med Surg, 2022 ⁴).
[p. 26–30] Lipsă completă: nu există indicatori privind agresiunile asupra personalului, cultura justă sau calitatea vieții profesionale în setul de 14 indicatori de evaluare ai Strategiei.	Se adaugă cel puțin 4 indicatori noi: (a) Rata incidentelor de agresiune raportate la 1.000 angajați/an; (b) Proporția victimelor agresiunilor care au beneficiat de suport post-incident; (c) Proporția personalului din zonele	Fără indicatori dedicați, tema siguranței personalului rămâne simbolică. ISQua EEA ediția a VI-a: „Supporting the Care Workforce prioritises workforce well-being... By fostering a culture of safety, organisations can reduce

⁴ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9206999/>

	de risc instruit anual în de-escaladare — țintă: 80% până în 2030; (d) Scor compozit anual al calității vieții profesionale (CVP sau echivalent), cu plan local de măsuri obligatoriu.	burnout.” The King’s Fund 2024: „Staff engagement is associated with care quality, lower error and infection rates, and avoidable patient mortality.”
--	--	---

GRUPUL 5 — Corecții ale indicatorilor de evaluare și ale arhitecturii de monitorizare

FORMA ACTUALĂ A TEXTULUI DIN STRATEGIE	FORMA PROPUȘĂ PENTRU MODIFICARE	MOTIVAȚIA ȘI ARGUMENTELE MODIFICĂRII
[p. 30] „Prevalența punctuală a infecțiilor asociate asistenței medicale (IAAM) — 3,1% (2022/2023); obiectiv 2032: 3,0%.” Documentul însuși recunoaște că valoarea de 3,1% „reflectă probabil o sub-raportare”.	Indicatorul IAAM se reformulează pe două etape: (a) 2026–2028 — creșterea acoperirii și completitudinii raportării, cu țintă de creștere a ratelor raportate spre media europeană (6,8% ECDC), ceea ce semnifică transparență, nu deteriorare reală; (b) 2029–2032 — reducerea progresivă, după maturizarea raportării, a ratelor validate pentru IAAM și consumul inadecvat de antibiotice.	O țintă de 3,0% în sistem cu sub-raportare masivă devine stimulent pervers: recompensează ascunderea infecțiilor, nu controlul lor. ECDC: prevalența IAAM în UE/SEE = 6,8% (2022/2023). Documentul ANMCS însuși recunoaște sub-raportarea la p. 30.
[p. 30] „Furnizorii de servicii medicale au acces la dosarele electronice de sănătate — 40% (2022); obiectiv: 50% în 2030.”	Ținta se majorează și se etapizează: interoperabilitate funcțională pentru 60% dintre furnizori până în 2028, 75% până în 2030 și minimum 80% până în 2032, cu includerea explicită a asistenței primare și ambulatorii. Indicatorul 1.2.7 se reformulează ca „grad de interoperabilitate funcțională”, nu doar acces formal.	O creștere de la 40% la 50% în 8 ani este insuficientă. Media OMS EURO: 67% furnizori cu acces DES. SNS 2023–2030 vizează un sistem informațional integrat — coerența impune ținte mai ambițioase. Accesul la date trebuie extins și cercetătorilor și partenerilor sociali, nu doar furnizorilor de servicii medicale.

[p. 26, indicatorul 1.2.8] „Numărul de Premii atribuite pentru calitatea îngrijirii medicale și siguranța pacienților — 4 (2030).”	Indicatorul se reformulează: „Proporția unităților care implementează anual proiecte de îmbunătățire documentate, evaluate și replicate, cu raportare publică a rezultatelor.” Premiile rămân ca mecanism de recunoaștere, dar nu ca indicator de evaluare al Strategiei.	Numărul de premii nu este un indicator serios de transformare sistemică. Strategia trebuie să măsoare diseminarea bunelor practici, nu actul ceremonial al premierii.
[Lipsă transversală] Strategia nu prevede obligații de transparență a datelor față de cercetători, parteneri sociali și societatea civilă. Nu există termene de răspuns la solicitările de acces la date.	Se introduce un angajament explicit de transparență a datelor: accesul la datele anonimizate privind resursa umană, indicatorii de calitate și rezultatele acreditării pentru cercetători, parteneri sociali și societatea civilă, cu un termen de răspuns de maximum 30 de zile calendaristice pentru solicitările formulate în baza calității de parteneri sociali ai ANMCS	Politicile de sănătate bazate pe dovezi presupun că datele sunt accesibile și tuturor actorilor care le pot utiliza — nu doar celor din interiorul sistemului. Opacitatea datelor administrative a blocat până acum cercetarea aplicată FSSR/CCDSS. Transparența este o condiție a încrederii în sistem.

GRUPUL 6 — Implementare, resurse și monitorizare

FORMA ACTUALĂ A TEXTULUI DIN STRATEGIE	FORMA PROPUȘĂ PENTRU MODIFICARE	MOTIVAȚIA ȘI ARGUMENTELE MODIFICĂRII
[p. 28] Capitolul de comunicare și diseminare este scurt. Nu există un capitol distinct de resurse, bugetare și management al riscurilor de implementare.	Se introduce un subcapitol distinct de „Resurse, bugetare și managementul riscurilor”: surse de finanțare (buget MS, FEDR/FSE+, PNRR), etapizare pe faze (0–12 luni / 12–36 luni / 36–72 luni), responsabilități pentru resurse umane, investiții minime garantate pentru siguranța personalului și mecanism de revizuire intermediară publică în 2029.	Fără capitolul de resurse, Strategia rămâne un exercițiu declarativ. Strategia FSSR anti-agresiuni (Capitolul 7) oferă un model util de etapizare și analiză cost/beneficiu. Problema indicată de MS privind lipsa resurselor financiare în această perioadă poate fi depășită prin utilizarea/relocarea fondurilor din liniile de finanțare deja existente.

[Acțiunile 1.3.1–1.3.2] Modele de plată orientate spre calitate, fără garanții privind condițiile structurale minime sau ajustarea la riscul instituțional. Formulare care sugerează că salarizarea ar putea fi „exclusiv în funcție de performanță”.	„Pilotele de finanțare orientată spre calitate se implementează numai după definirea unor condiții structurale minime și după ajustare la risc. Mecanismele nu vor penaliza unitățile subfinanțate sau cu deficit sever de personal. Se utilizează exclusiv sintagma „salarizare suplimentară în funcție de performanță” — componenta adițională, nu înlocuitorul salarizării de bază. O componentă distinctă de finanțare susține investițiile în siguranța personalului și în structurile de calitate.”	Salarizarea de bază este un drept garantat de CCMS și de legislația muncii. Plata bazată pe performanță fără garanții structurale poate agrava burnout-ul și poate penaliza unitățile care deservesc populații defavorizate.
[Lipsă transversală] Strategia nu prevede o comunicare publică structurată a ANMCS față de populație și nu are o strategie explicită de combatere a dezinformării medicale sau de creștere a încrederii în sistem.	Se introduce o acțiune dedicată comunicării publice a ANMCS și transparenței instituționale: publicarea anuală a rezultatelor acreditării pe o platformă publică accesibilă (similar Qualiscope — HAS), comunicare proactivă privind rezultatele sistemului, implicarea ANMCS în demersuri de combatere a dezinformării medicale, în parteneriat cu organizațiile profesionale și cu partenerii sociali.	Nivelul de încredere în sistemul de sănătate influențează accesibilitatea serviciilor și comportamentele de sănătate ale pacienților. Comunicarea publică a ANMCS este insuficient vizibilă. HAS publică anual rezultatele certificării tuturor spitalelor pe platforma Qualiscope, cu peste 500.000 de consultări în 2024. România nu are un echivalent public funcțional.

Vă rugăm să aveți amabilitatea de a transmite aceste propuneri și tuturor membrilor Colegiului Director, permițând astfel evaluarea informată a acestor observații și propuneri, din perspectiva includerii lor în Strategie.

Cu stimă,

Manager,
Rotilă Viorel

București, 27.03.2026

