

## **PROIECT DE MANAGEMENT**



### **PLANIFICAREA ȘI ORGANIZAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE LA NIVELUL SPITALULUI MUNICIPAL „DR. EUGEN NICOARĂ” REGHIN**

**CANDIDAT:**

**REGHIN 2025**

## Cuprins:

<b>I. Descrierea situației actuale a Spitalului Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin.....</b>	<b>3</b>
1.1. Tipul, profilul și amplasarea spitalului .....	3
1.2. Caracteristici relevante ale populației deservite.....	3
1.3. Autorizarea/încadrarea legală și clasificarea spitalului.....	3
1.4. Structura organizatorică și capacitatea .....	4
1.5. Resurse umane .....	5
1.6. Resurse financiare .....	5
1.7. Indicatori de performanță/operationali – 2024 .....	6
1.8. Situația dotării și a infrastructurii – investiții din fonduri europene.....	7
<b>2. Analiza SWOT a Spitalului Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin .....</b>	<b>7</b>
2.1. Mediul intern – Puncte tari .....	8
2.2. Mediul intern – Puncte slabe .....	8
2.3. Mediul extern – Oportunități .....	9
2.4. Mediul extern – Amenințări .....	9
<b>III. Identificarea problemelor critice .....</b>	<b>10</b>
<b>IV. Selecționarea problemei/priorităților și motivarea alegerii.....</b>	<b>11</b>
<b>V. Dezvoltarea proiectului de management pentru problema prioritară.....</b>	<b>11</b>
5.1. Scop.....	11
5.2. Obiective (SMART).....	12
5.3. Activități.....	12
5.3.1. Definiție și Plan operational pe 48 luni.....	12
5.3.2. Încadrare în timp – Grafic Gantt (48 luni) .....	14
5.3.3. Resurse necesare .....	14
5.3.4. Responsabilități.....	14
5.4. Rezultate așteptate .....	15
5.5. Indicatori – evaluare și monitorizare .....	16
5.6. Cunoașterea legislației relevante și modul de aplicare .....	17
<b>VI. Concluzii .....</b>	<b>17</b>
<b>VII. Bibliografie .....</b>	<b>18</b>

## I. Descrierea situației actuale a Spitalului Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin

### 1.1. Tipul, profilul și amplasarea spitalului

Spitalul Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin este o unitate sanitară publică de interes local și loco-regional, cu profil general (acută) și încadrare în categoria IV de competență. Spitalul oferă servicii medicale complete – preventive, de diagnostic, curative și de recuperare – adresate populației din Municipiul Reghin și localitățile limitrofe din zona de nord a județului Mureș.

Unitatea funcționează în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, este deservită de un Compartiment de Primiri Urgențe (CPU) cu activitate 24/7, dispune de ATI pentru suportul cazurilor critice și de ambulatoriu integrat pentru consultații de specialitate. Serviciile sunt susținute de structuri paraclinice proprii (laborator de analize, radiologie-imagistică și anatomie patologică), asigurând un traseu clinic complet de la prezentare până la externare.

Spitalul este organizat pavilionar și este amplasat pe raza Municipiului Reghin, cu acces facil pentru pacienți și ambulanțe. În calitate de spital municipal, are rol de furnizor principal de servicii pentru patologii frecvente și mediu-complexe și, totodată, de filtru și stabilizare pentru cazurile care necesită transfer către unități cu nivel superior de competență din rețeaua județeană.

### 1.2 Caracteristici relevante ale populației deservite

Spitalul deservește în principal Municipiul Reghin și localitățile limitrofe din nordul județului Mureș, cu adresabilitate punctuală din alte județe (~3–3,5% din prezentările la CPU). Numărul de internări a crescut constant 2022–2024, în paralel cu migrarea treptată spre spitalizarea de zi.

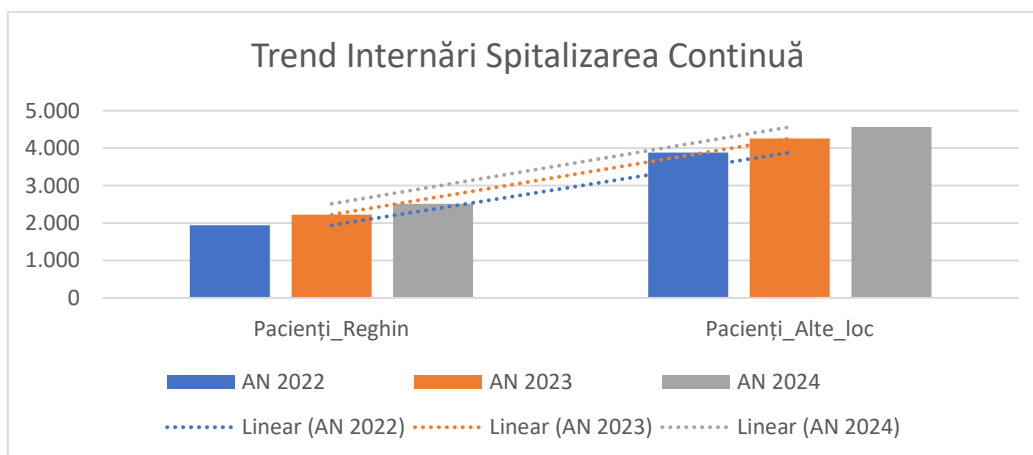


Figura nr.1. Trend Internări Spitalizarea Continuă 2022-2024

Majoritatea internărilor provin din afara Municipiului Reghin ( $\approx 63$ – $65\%$ ), confirmând rolul loco-regional al spitalului. Prezentările la CPU sunt în creștere, cu pondere covârșitoare din județul Mureș.

### 1.3. Autorizarea/încadrarea legală și clasificarea spitalului

Regim juridic și subordonare. Spitalul Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin este instituție publică cu personalitate juridică, ordonator terțiar de credite, aflată în subordinea autorității administrației publice locale a Municipiului Reghin. Finanțarea activității se realizează prin contracte de furnizare servicii medicale cu Casa de Asigurări de Sănătate Mureș (FNUASS), bugetul local și venituri proprii/proiecte.

Temei legal principal. Activitatea se desfășoară în baza Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și a Legii nr. 273/2006 privind finanțele publice locale, cu modificările și completările ulterioare, precum și în conformitate cu normele specifice privind managementul unităților sanitare publice, siguranța pacientului, sănătate și securitate în muncă, prevenirea și stingerea incendiilor, protecția datelor și raportarea în sistemele naționale (SIUI/DRG).

Autorizații/avize sanitare. Spitalul deține Autorizația sanitară de funcționare (ASF) emisă la 06.06.2024, care stabilește:

- 269 paturi pentru spitalizare continuă;
- 16 paturi pentru spitalizarea de zi;
- 10 paturi pentru însoțitori;
- 4 locații funcționale.

Clasificare de competență. Spitalul este încadrat în categoria IV de competență, potrivit metodologiei de clasificare a spitalelor prevăzută de ordinul ministrului sănătății în vigoare; profilul operațional este general (acuți), cu structură de CPU, ATI, secții/compartimente clinice și paraclinice și ambulatoriu integrat.

Condiții de conformitate. Unitatea respectă cerințele legale privind calitatea și siguranța serviciilor medicale (standardele ANMCS aplicabile ciclului curent de acreditare), normele DSP/ISU/SSM și procedurile interne aprobate; raportarea activității se face conform reglementărilor CNAS și MS.

#### 1.4. Structura organizatorică și capacitatea

Arhitectura organizațională este construită pe trei linii clinice majore – medicală, chirurgicală și materno-infantilă – susținute de servicii critice (ATI și CPU), ambulatoriu integrat și rețeaua paraclinică. Spitalul funcționează în sistem pavilionar, cu patru locații funcționale pe raza Municipiului Reghin, ceea ce impune o coordonare atentă a fluxurilor dintre clădiri (transfer pacient, transport probe, investigații și medicație), dar permite și o distribuție flexibilă a activității între servicii.

Capacitatea de internare este de 269 de paturi pentru spitalizare continuă, astfel:

Secție/Compartiment	Paturi
Medicină Internă	57
– Compartiment Cardiologie	12
– Compartiment Gastroenterologie	5
Chirurgie Generală	35
– Compartiment Urologie	5
– Compartiment Ortopedie-traumatologie	5
– Compartiment ORL	5
Obstetrică-Ginecologie	43
Neonatologie	25
– Compartiment Prematuri	5
ATI	10
Pediatrie	40
Boli Infecțioase	26
Dermatovenerologie	8
Boli Cronice	20
Îngrijiri Paliative	5

TOTAL SPITALIZARE CONTINUĂ	269
----------------------------	-----

Suportul critic este asigurat de CPU cu activitate 24/7, care realizează triajul, stabilizarea și direcționarea către secțiile spitalului sau către unități de nivel superior atunci când este cazul.

Componenta de spitalizare de zi dispune de 16 paturi utilizate transversal pe specialități, cu programare orientată pe episoade scurte, intervenții/ proceduri minim-invazive și explorări rapide. Pentru situațiile care o impun sunt disponibile 10 paturi pentru însoțitori.

Activitatea ambulatorie se desfășoară în 16 cabinete de specialitate: Medicină internă, Chirurgie generală, Ortopedie-traumatologie, Reumatologie, Obstetrică-ginecologie, Cardiologie, Pneumologie, Dermatovenerologie, Urologie, Neurologie, Psihiatrie, Otorinolaringologie (ORL), Diabet zaharat, Pediatrie, Gastroenterologie, precum și servicii paraclinice prin Laborator de analize medicale, Laborator de radiologie și imagistică medicală și Laborator de anatomie patologică. Astfel se acoperă principalele domenii clinice și se asigură continuitatea îngrijirii (evaluare inițială, monitorizare, control post-externare). Rețeaua paraclinică cuprinde laboratorul de analize medicale, radiologie-imagistică și anatomie patologică, susținute de farmacie cu circuit închis, sterilizare, spălătorie, bloc operator și mentenanță tehnică, astfel încât traseul pacientului – de la prezentare la diagnostic, tratament și externare, să fie complet și coerent.

### 1.5. Resurse umane

Structura de personal acoperă toate serviciile clinice, critice, ambulatorii și de suport. În 2024, gradul global de ocupare este 68,4% (418 posturi ocupate din 611 prevăzute), cu decalaje semnificative în zonele clinice-cheie (medici, asistenți, îngrijire la pat) care justifică măsuri țintite de recrutare și fidelizare.

Categoria	Posturi prevăzute	Posturi ocupate	Vacante	Grad ocupare
Comitet director	3	3	0	100%
Medici primari/specialiști	103	55	48	53,40%
Asistenți medicali, moașe	281	211	70	75,10%
Farmaciiști	2	2	0	100%
Registrator medical, statistician	11	6	5	54,50%
Psiholog, prof. CFM, asistent social, kinetoterapeut	5	2	3	40,00%
Biolog și alt personal cu studii superioare	3	2	1	66,70%
Infirmieri	140	47	93	33,60%
Muncitori, pază	35	31	4	88,60%
Personal TESA (S/SSD/M)	19	12	7	63,20%
Total Dispensar TBC	7	7	0	100%
Total Cabinet Planning	2	1	1	50,00%
<b>TOTAL UNITATE</b>	<b>611</b>	<b>418</b>	<b>193</b>	<b>68,40%</b>

### 1.6. Resurse financiare

În perioada 2021–2023, veniturile spitalului au fost relativ stabile ( $\approx$  55,5 mil. lei/an), urmate de o creștere semnificativă în 2024 la 75.205.038 lei (+35,2% vs. 2023). Cheltuielile au avansat de la 56.775.508 lei (2023) la 70.670.579 lei (2024, +24,5%). Execuția este excedentară în 2024 (+4.534.459 lei, marjă 6,0%), după cum urmează:

## Execuție bugetară 2021-2024

An	Venituri (lei)	Cheltuieli (lei)	Rezultat (lei)	Marjă
2021	56.894.113	53.237.613	<b>3.656.500</b>	<b>6,43%</b>
2022	58.825.833	54.727.282	<b>4.098.551</b>	<b>6,97%</b>
2023	59.724.354	56.775.508	<b>2.948.846</b>	<b>4,94%</b>
2024	78.153.884	70.670.579	<b>7.483.305</b>	<b>9,58%</b>

### Structura veniturilor – 2024

Structura veniturilor din 2024 este dominată de subvențiile FNUASS pentru creșteri salariale (51,60%) și de serviciile medicale spitalicești contractate cu CAS (39,66%), după cum urmează:

Indicator	Valoare (lei)	Pondere
Subvenții FNUASS pentru creșteri salariale	40.328.850	51,60%
Servicii medicale spitalicești – contract CAS	30.993.765	39,66%
Contracte DSP	1.598.000	2,04%
Subvenții CL Reghin	1.600.000	2,05%
Prestări de servicii	684.423	0,88%
Alte Venituri	2.948.846	3,77%
Total venituri	78.153.884	100%

### Structura cheltuielilor – 2024

Partea de cheltuieli rămâne preponderența cheltuielilor de personal (76,56%), cu o creștere vizibilă a bunurilor și serviciilor (19,83%).

Indicator	Valoare (lei)	Pondere
Cheltuieli de personal	54.104.433	76,56%
Bunuri și servicii (total)	14.041.	19,87%
Cheltuieli de capital	2.120.219	3,00%
Fond handicap	404.638	0,57%
Total cheltuieli	70.670.579	100%

În 2024, veniturile urcă la 75,2 mil. lei (+35%), cheltuielile la 70,7 mil. lei, cu excedent de 7,48 mil. lei; structura veniturilor e dominată de FNUASS (51,60%) și CAS (39,66%), iar cheltuielile rămân preponderent de personal (76,56%).

### 1.7. Indicatori de performanță/operationali – 2024

În anul 2024, evaluarea performanței se bazează pe indicatorii esențiali la nivel de secție: cazuri externate (SC), durata medie de spitalizare (DMS), indicele de caz mediu (ICM) și gradul de ocupare a paturilor, completați de trei repere clinice utile pentru comparație internă: internări prin urgență, readmisie la 30 de zile și IAAM. Tabelul de mai jos prezintă situația defalcată pe secții:

Secție	SC	DMS	ICM	Grad ocupare paturi	Urgențe (%)	Readmisie 30z (%)	IAAM (%)
Boli infecțioase	707	5,95	1,47	50,00%	76,30%	5,52%	3,96%
Boli infecțioase (cronici)	54	8,02	—	47,90%	0,00%	0,00%	0,00%
Cardiologie	511	5,65	1,56	70,65%	70,23%	1,37%	0,00%
Chirurgie generală	557	3,26	2,07	34,46%	45,07%	2,69%	1,62%
Cronici	423	7,42	—	59,92%	0,00%	0,00%	1,42%

Dermatovenerologie	326	6,14	1,29	71,04%	5,47%	0,00%	0,00%
Gastroenterologie	17	4,17	1,12	8,47%	53,33%	0,00%	0,00%
Medicină internă	1.639	5,56	1,65	70,36%	93,87%	7,02%	4,51%
Neonatologie (NN)	497	4,47	1,05	30,59%	100,00%	0,00%	0,00%
Obstetrică- Ginecologie	1.100	3,11	0,95	24,89%	75,32%	7,45%	0,18%
ORL	25	5,04	1,94	4,54%	37,50%	0,00%	0,00%
Ortopedie	114	2,38	2,04	21,58%	29,41%	0,00%	0,00%
Pediatrie	967	4,95	0,8	32,95%	98,86%	4,65%	0,10%
Prematuri	27	6,59	—	9,73%	—	0,00%	0,00%
Îngrijiri paliative	3	16,5	—	8,51%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL SPITAL	7.088	5,64	1,36	41,39%	71,59%	4,27%	1,99%

## 1.8. Situația dotării și a infrastructurii – investiții din fonduri europene

În ultimii ani, Spitalul Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin a fost beneficiar în proiecte europene majore care au modernizat infrastructura critică (CPU/ATI) și au crescut capacitatea de diagnostic și tratament în regim ambulatoriu. În cadrul POR 2014–2020, Axa 8, spitalul a participat la proiectul multianual „Îmbunătățirea accesului populației din județul Mureș la servicii medicale de urgență” (MySMIS 125333), cu valoare totală 25.389.072,81 lei, din care 24.881.291,36 lei finanțare nerambursabilă, investițiile vizând dotarea infrastructurii de primiri urgențe/CPU, inclusiv echipamente ATI și pentru secțiile suport. Proiectul a fost anunțat și ulterior declarat finalizat prin comunicate oficiale ale spitalului.

Tot prin POR 2014–2020, Axa 8, spitalul a participat la proiectul „Asigurarea accesului la servicii de sănătate în regim ambulatoriu pentru populația județului Mureș” (MySMIS 125334), cu valoare totală 20.618.875,31 lei, din care 20.206.497,80 lei finanțare nerambursabilă, proiect care a modernizat ambulatoriile cu echipamente și lucrări de infrastructură; finalizarea a fost comunicată public oficial.

În prezent, este lansat proiectul „Dotarea ambulatoriului integrat din cadrul spitalului” (MySMIS 332995, Programul Sănătate), derulat 30.05.2025–29.04.2026, cu valoare totală 14.699.004,20 lei, din care 12.494.153,57 lei finanțare nerambursabilă (FEDR/FSE+/FC/FTJ), 1.910.870,55 lei buget național și 293.980,08 lei cofinanțare a beneficiarului; proiectul vizează dotarea cabinetelor ambulatorii cu echipamente medicale performante.

Aceste investiții au consolidat zona de urgență (CPU/ATI) și au îmbunătățit fluxurile diagnostice în ambulatoriu, reducând presiunea pe spitalizarea continuă pentru cazurile eligibile și creând premisele modernizării etapizate a echipamentelor și spațiilor pe liniile clinice prioritare.

## 2. Analiza SWOT a Spitalului Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin

Puncte tari	Puncte slabe	Oportunități	Amenințări
Profil general (acuți) cu acoperire completă pe linii clinice și paraclinice; CPU 24/7, ATI.	Grad de ocupare paturi 41,4% – suboptimal; dispersie pavilionară care prelungeste circuitele.	Proiecte europene finalizate și în derulare (UPU/CPU, ambulator) + finanțări noi (Programul Sănătate/PNRR, buget local).	Volatilitatea finanțării CNAS/FNUASS; presiune pe cheltuieli de personal și pe bunuri/servicii.

ICM 1,36 concomitent cu DMS 5,64 – eficiență la complexitate mai mare.	Adresabilitate prin urgență 71,6% – presiune pe CPU și secțiile acute.	Creșterea ponderii SZ prin mutarea cazurilor potrivite (fără schimbarea numărului de paturi).	Deficit de personal și rata de ocupare posturi 68,4% – risc de continuitate pe specialități/linia de gardă.
Ambulator integrat (16 cabinete) și paraclinic propriu (LAB, RX/CT, AP).	IAAM 1,99% și concordanță 72h 70,9% – necesită întărirea IPC și a codării DRG.	Digitalizare fluxuri (planificări, liste de așteptare, codare DRG, raportări) și standardizare trasee clinice.	Îmbătrânirea populației, patologii cronice în creștere; sezonieritate pe Pediatrie/Infecțioase.
Execuție financiară excedentară în 2024 (+4,53 mil. lei).	Unele secții cu încărcare foarte mică (OG, ORL, Ortopedie, Gastro, Paliative) → ineficiențe.	Parteneriate locale/regionale pentru rute electiv, recuperare/post-acute, screening.	Rezistența antimicrobiană și posibile episoade epidemiologice care pot tensiona capacitățile.

## 2.1. Mediul intern – Puncte tari

1. Profil general (acuți) cu acoperire clinică completă, CPU 24/7 și ATI dedicate, susținute de ambulatoriu integrat (16 cabinete) și servicii paraclinice proprii (laborator analize, radiologie-imagistică, anatomie patologică).
2. Performanță operațională în 2024: ICM 1,36 concomitent cu DMS 5,64 zile – semnal de eficientizare la o complexitate mai ridicată a cazurilor; creștere a spitalizării de zi (15,8%) și menținerea unui profil de urgență gestionat (71,6%).
3. Capacitate de absorbție investițională: proiecte europene finalizate (UPU/CPU, ambulator) și proiect nou lansat pentru dotarea ambulatoriului – bază solidă pentru modernizarea etapizată a echipamentelor și fluxurilor.
4. Execuție financiară pozitivă în 2024 (excedent), care permite susținerea intervențiilor de organizare și dotare fără presiune imediată pe bugetul curent.
5. Traseu clinic integrat de la prezentare la externare (CPU → secții → paraclinic/ambulator), cu posibilitatea standardizării protocolare pe linii clinice majore (OG, Chirurgie, Medicină internă, Pediatrie).
6. Capacitate managerială și procedurală: existența structurilor și procedurilor interne pentru continuitate (linii de gardă), raportare și control al proceselor (DRG, indicatori), ceea ce facilitează guvernarea clinică și monitorizarea performanței.

## 2.2. Mediul intern – Puncte slabe

1. Grad de ocupare scăzut și neuniform (41,4%), cu secții sub-critice (ex.: OG ~24,9%, ORL ~4,5%, Ortopedie ~21,6%, Gastroenterologie ~8,5%, NN ~30,6%, Îngrijiri paliative ~8,5%) – semn de inechilibru al mixului de paturi între acuți și cronici și de utilizare ineficientă a capacității.
2. Dependență ridicată de urgență (71,6%), care presează CPU și secțiile acute și limitează volumul electiv planificat; sloturile paraclinice nu sunt utilizate uniform pe intervale.
3. Indicatori de calitate variabili: IAAM 1,99% (peste țintele uzuale), concordanță la 72h 70,9% (sub nivelul-țintă de ≥80%), readmisie 30z 4,27% în câteva linii clinice – necesită consolidare IPC, antibiotic-stewardship și audit DRG.
4. Resurse umane insuficient acoperite (418/611 posturi ocupate; ~68,4%), cu vacanțe în zone critice (medici, asistenți, personal de îngrijire) și risc de discontinuitate pe linii de gardă/nișe de competență.

5. Structură pavilionară și clădiri cu uzură, care generează circuite lungi, timpi morți și costuri logistice sporite (transport probe/medicație/pacienți).
6. Digitalizare incompletă și integrare IT parțială între paraclinic, ambulator, CPU și secții (limitări în programare, trasabilitate consumuri și monitorizare în timp real).
7. Presiune pe cheltuieli de personal (76,6% din total) și pe bunuri/servicii, cu spațiu redus pentru investiții curente; practici de achiziție/consum neuniforme între secții.
8. Variabilitate intersecții a DMS/ICM și a complicațiilor, indicând lipsă de standardizare a traseelor și a pregătirii pre-/post-operatorii, respectiv a externării T-24h.

### **2.3. Mediul extern – Oportunități**

1. Finanțări europene și naționale în derulare (Programul Sănătate, PNRR, buget local) pentru dotări, digitalizare, echipamente critice și ambulator—continuarea investițiilor începute și extinderea lor pe linii clinice prioritare.
2. Creșterea activității ambulatorii și a spitalizării de zi prin protocoale clinice și programare electivă (fără modificarea numărului de paturi), cu potențial de reducere a DMS și de degrevare a CPU.
3. Digitalizare integrată (HIS/PACS, programări online, Buletin Informativ pentru indicatori, codare DRG asistată), care permite trasabilitate, control al consumurilor și decizii rapide la nivel managerial.
4. Parteneriate județene/regionale cu spitale de nivel superior, DSP, medicina de familie și ambulanță—pentru rute de trimitere/contra-trimitere, liste de așteptare comune, recuperare post-acut și managementul cazurilor cronice.
5. Programe naționale de prevenție și screening (oncologie, cardiovascular, TBC, diabet) care pot crește adresabilitatea controlată în ambulator și calibra necesarul de resurse.
6. Dezvoltarea competențelor personalului (formare continuă, schimburi/rotații, atragere de rezidenți) cu sprijinul universitar/regional, inclusiv pentru tehnici minim invazive și IPC/antibiotic-stewardship.
7. Optimizarea veniturilor contractuale prin îmbunătățirea codării DRG/ICM, creșterea ponderii procedurilor eligibile în SZ și valorificarea serviciilor paraclinice.
8. Implicare comunitară și sprijin local (CL, mediul de afaceri) pentru proiecte punctuale: modernizări de spații, micro-investiții, sponsorizări conforme.

### **2.4. Mediul extern – Amenințări**

1. Volatilitatea finanțării publice (contract CNAS/FNUASS, regularizări, tarife/ICM), concomitent cu creșterea prețurilor la medicamente, materiale și utilități → presiune pe marja operațională și pe cash-flow.
2. Deficitul național de personal (medici, asistenți, îngrijire) și migrația către centre universitare/sectorul privat; riscul de blocaje la angajare/austeritate bugetară.
3. Schimbări/reglementări în curs (reclasificarea spitalelor, standarde ANMCS, actualizări DRG/ICD) care pot impune costuri de conformare și re poziționare de servicii.
4. Presiune epidemiologică (valuri gripale/RSV, focare de infecții, post-pandemic) și rezistența antimicrobiană → risc de supra-ocupare pe anumite linii și creștere IAAM.
5. Concurența sectorului privat în ambulator/imagistică (selectarea cazurilor rentabile) cu potențial de eroziune a veniturilor CAS pe servicii electivă.
6. Vulnerabilități lanț de aprovizionare: discontinuități, termene lungi de livrare, volatilitate prețuri; proceduri de achiziții greoaie.
7. Riscuri IT & cibernetice (ransomware, întreruperi de sisteme naționale), integrare parțială a platformelor → risc operațional și de raportare.
8. Risc medico-legal și reputațional (litigii, mediatizare negativă a incidentelor clinice), cu impact asupra încrederii publice.

9. Tendințe demografice: îmbătrânirea populației, polimorbiditate, adresabilitate crescută prin urgență → încărcare pe servicii acute.
10. Constrângeri de infrastructură urbană/ISU pentru clădiri vechi/pavilioane (autorizări, lucrări obligatorii) cu costuri neprevăzute și întreruperi operaționale.

### III. Identificarea problemelor critice

Pe baza analizei din capitolele I–II și a indicatorilor 2024, se conturează următoarele probleme critice care afectează performanța clinică, operațională și financiară a spitalului:

- (P1) Utilizare scăzută și neuniformă a paturilor. Gradul de ocupare la nivel de spital este 41,39%, cu secții sub pragul minim de eficiență (ex.: OG ~24,9%, ORL ~4,5%, Ortopedie ~21,6%, Gastroenterologie ~8,5%, NN ~30,6%, Îngrijiri Paliative ~8,5%). Consecințe: costuri fixe neacoperite, randament DRG modest, variabilitate a DMS și a fluxurilor.
- (P2) Dependență ridicată de internările prin urgență (CPU). În 2024, 71,59% dintre internări provin din urgență, cu presiune pe CPU și pe liniile acute, volum electiv fluctuant și ocupare inegală a sloturilor operatorii/paraclinice. Consecințe: timpi mari în vârfuri, instabilitate a programării și a resurselor.
- (P3) Deficit de personal și acoperire inegală a activității. Din 611 posturi prevăzute sunt ocupate 418 (~68,4%), cu posturi libere concentrate în zone clinice și de îngrijire. Consecințe: risc pe continuitatea liniilor de gardă, variabilitate a calității și epuizare a echipelor.
- (P4) Indicatori de calitate neuniformi. IAAM 1,99%, readmisie la 30 zile 4,27%, concordanță 72h 70,92% și concordanță la externare 73,52% indică necesitatea consolidării Prevenirii Controlului Infecțiilor/Utilizării judicioase a antibioticelor, a standardizării traseelor clinice și a codării DRG.
- (P5) Infrastructură pavilionară și integrare IT incompletă. Clădirile dispersate și în parte vechi prelungesc circuitele (pacient, probe, medicație), iar integrarea informatică parțială (paraclinic–CPU–secții–ambulator) limitează programarea, trasabilitatea consumurilor și monitorizarea în timp real.
- (P6) Structură de costuri tensionată. Cheltuielile de personal reprezintă 76,56% din total, iar bunurile/serviciile 21,13%; deși 2024 se încheie cu excedent, dependența de FNUASS/CAS și volatilitatea tarifelor rămân riscuri pentru marja operațională.

Aceste probleme constituie baza pentru selecția și formularea problemei/priorităților de management din capitolul IV.

#### **IV. Selecționarea problemei/priorităților și motivarea alegerii**

Problema prioritară aleasă: Utilizare scăzută și neuniformă a paturilor, în contextul unui flux de internare predominant prin urgență, cu menținerea numărului total de paturi și, dacă va fi cazul, reechilibrare doar între acuți și cronici.

Motivarea alegerii:

Analiza capitolelor I–II arată un grad de ocupare global 41,39% (sub pragul minim de eficiență), cu secții sub-critice (OG ~24,9%, ORL ~4,5%, Ortopedie ~21,6%, Gastroenterologie ~8,5%, NN ~30,6%, Îngrijiri paliative ~8,5%) și o dependență ridicată de urgență (71,59%). Această combinație generează: (i) ineficiență operațională (paturi și echipe subutilizate, variabilitate mare a încărcării), (ii) impact financiar (costuri fixe neacoperite, randament DRG modest), (iii) variabilitate a calității (DMS/ICM neomogene, complicații/IAAM influențate de fluxuri neregulate).

Criterii de priorizare îndeplinite:

– Impact clinic și de acces: ordonarea fluxului CPU→secții și uniformizarea încărcării reduc timpilor, evită supraaglomerările punctuale și stabilizează traseele.

– Impact economic: creșterea ocupării reale a paturilor, la casemixul actual, îmbunătățește veniturile și diluează costurile fixe.

– Fezabilitate: problema are soluții preponderent organizaționale (programare, standardizare fluxuri și externare T-24h, utilizare fermă a sloturilor paraclinice/Bloc Operator, disciplină de codare DRG), fără intervenții de infrastructură și fără modificarea numărului total de paturi.

– Aliniere strategică: capitalizează investițiile recente (CPU/ambulator/dotări) și susține obiectivele de performanță din 2024 (ICM 1,36; DMS 5,64).

– Timp de implementare și risc: măsurile pot fi etapizate pe termen scurt–mediu, cu risc operațional redus și monitorizare clară pe indicatori.

Această problemă prioritară va fi detaliată în Cap. V printr-un proiect de management axat pe optimizarea utilizării paturilor și ordonarea fluxului pacientului, cu ținte măsurabile pe grad de ocupare, pondere internări electiv vs. urgență, DMS, ICM și indicatori de calitate (readmisie, IAAM), în limitele de capacitate existente.

#### **V. Dezvoltarea proiectului de management pentru problema prioritară**

##### **5.1. Scop**

Creșterea utilizării reale și uniforme a paturilor la Spitalul Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin, fără modificarea numărului total de paturi, prin măsuri exclusiv organizaționale care: ordonează fluxul pacientului (CPU → secții → paraclinic/ambulator), standardizează traseele clinice și externarea T-24h, instituie programări ferme pentru investigații paraclinice și timpul de sală în blocul operator, mută cazurile eligibile către spitalizarea de zi/ambulator, și întăresc codificare DRG împreună cu programul de prevenire și control al infecțiilor și utilizarea judicioasă a antibioticelor; dacă analiza o impune, se va realiza numai reechilibrarea paturilor între acuți și cronici, cu păstrarea totalului, astfel încât să obținem DMS redusă, ICM menținut sau în creștere, dependență mai mică de internările prin urgență și indicatori de calitate îmbunătățiți, fără lucrări de infrastructură.

## 5.2. Obiective (SMART)

Obiectivele sunt măsurabile, cu ținte la 6 și 12 luni, apoi în următorii 3 ani cu stabilirea intervalelor de verificare a indicatorilor, fără transfer de paturi către spitalizarea de zi; dacă analiza o impune, se poate face numai reechilibrarea paturilor între acuți și cronici, cu păstrarea numărului total de paturi și a circuitelor funcționale.

Indicator (definiție scurtă)	Bază 2024	Țintă 6 luni	Țintă 12 luni	Sursă & frecvență
GOP – Grad de ocupare paturi (zile-pat ocupate / zile-pat disponibile ×100)	41,39 %	≥ 50%	≥ 55%	STAT lunar
DMS – Durata medie de spitalizare (zile/externare SC)	5,64	≤ 5,45	≤ 5,30	STAT lunar
ICM – Indice de caz mediu (DRG)	1,36	≥ 1,36	≥ 1,38	DRG, lunar
Internări prin urgență (CPU→secții / total internări ×100)	71,59 %	≤ 68%	≤ 65%	CPU & STAT, lunar
Pondere SZ (episoade spitalizare de zi / total episoade ×100)	15,76 %	≥ 18%	≥ 20%	STAT lunar
Readmisie la 30 de zile (cazuri readmise ≤30 zile / externări ×100)	4,27%	≤ 4,00%	≤ 3,80%	STAT lunar
IAAM (infecții asociate asistenței medicale / externări ×100)	1,99%	≤ 1,70%	≤ 1,50%	Epidemiologie, lunar
Concordanță la 72h (cazuri codate complet ≤72h / total ×100)	70,92 %	≥ 75%	≥ 80%	DRG, lunar
Operabilitate chirurgicală – două metode: % DRG chirurgical și % „procedură principală” raportată	Audit L1	+5 pp față de bază	+10 pp față de bază; anulări < 10%/lună	DRG & registru BO, lunar
Echilibru financiar pe secții (mini-P&L: venituri DRG/proceduri vs. cheltuieli)	Bază 2024	corecții pe secțiile cu pierdere > -5%	marjă operațională spital ≥ 4%	Financiar & DRG, lunar
Satisfacția pacienților (chestionar standard)	98,6%	≥ 85%	≥ 85% satisfacție globală	Trimestrial

Precizări metodologice:

- ✓ Țintele pentru „operabilitate chirurgicală” se stabilesc pe fiecare secție după auditul din Luna 1 (ambele metode: % DRG chirurgical și % „procedură principală”).
- ✓ Ținta SZ se atinge prin mutarea cazurilor eligibile în regim de zi/ambulator (protocolizare, programări ferme), fără schimbarea structurii de paturi.
- ✓ GOP se urmărește pe total și pe secție; pragul orientativ pentru acuți în finanțare este ≈ 80% (294,7 zile/pat/an).

## 5.3. Activități

### 5.3.1. Definiție și Plan operațional pe 48 luni

Nr.	Flux de lucru	Activitate (descriere scurtă)	Responsabil principal	Indicator de acceptare
1	Gestionarea paturilor	Ședință scurtă zilnică despre paturi (ora 08:30); stabilirea datei estimate a	Director medical +	≥ 90% pacienți cu dată estimată a

Nr .	Flux de lucru	Activitate (descriere scurtă)	Responsabil principal	Indicator de acceptare
		externării pentru fiecare pacient; raport de ocupare la ora 12:00	șefi de secție	externării activă; raport zilnic emis în $\geq 95\%$ din zile
2	De la urgență la secții	Criterii unice de internare; listă „decizie în aceeași zi” (internare vs. ambulatoriu / regim de zi pentru cazurile eligibile); ferestre de preluare pe secții	Coordonator CPU + șefi de secție	Timp median CPU $\rightarrow$ secție $\leq 3$ ore; scădere lunară a ponderii internărilor prin urgență
3	Externare planificată	Listă de verificare pentru externare cu 24 de ore înainte; programarea controlului (ambulatoriu / regim de zi) la externare; scrisoare medicală standard	Șefi de secție + asistenți șefi	$\geq 80\%$ externări anunțate cu 24 h; $\geq 90\%$ pacienți cu control programat
4	Bloc operator	Liste elective ferme pe săptămână; evaluare înaintea internării (consultație anestezie + analize în 72 h); listă de rezervă pentru anulări	Șef secție Chirurgie / ATI	Utilizare săli $\geq 85\%$ ; anulări $< 10\%$ pe lună
5	Servicii paraclinice	Programare pe intervale orare pentru laborator, radiologie-imagistică și anatomie patologică; reguli clare de reprogramare	Director medical + coordonatori paraclinic	$\geq 95\%$ investigații necesare efectuate în 72 h înainte de intervenții
6	Regim de zi	Listă de proceduri eligibile „caz tratat în regim de zi”; instrucțiuni pre și post-procedură; „ferestre de zi” pe specialități	Șefi de secție	Pondere episoade în regim de zi $\geq 20\%$ din total (prin mutare de caz, nu de paturi)
7	Grupuri de diagnostic (DRG) și raportare	Verificare lunară a codării (eșantion minim $10\%$ pe secție); tablou de bord lunar cu indicatori	Medicii curanți/Șefi Secție sunt responsabili DRG + IT	Dosare codate complet în 72 h $\geq 80\%$ ; menținerea / creșterea indicelui de caz mediu
8	Prevenirea infecțiilor și utilizarea judicioasă a antibioticelor	Igiena mâinilor; managementul dispozitivelor invazive; revizuirea antibioterapiei la 48–72 de ore și restrângerea spectrului pe antibiogramă; conversia perfuzie-oral când este posibil	Epidemiologi + Boli infecțioase + Farmacie clinică	Rata infecțiilor asociate îngrijirilor $\leq 1,5\%$ ; $\geq 90\%$ terapii revizuite la 48–72 h
9	Echilibru financiar pe secții	Situație lunară simplificată pe secție (venituri DRG/proceduri vs. cheltuieli); corecții trimestriale	Financiar-contabil + DRG	Corecții pe secțiile cu pierdere $> -5\%$ ; marjă operațională spital $\geq 4\%$
10	Satisfacție și liste de așteptare	Chestionare standardizate; indicator „pacienți pe listă / internați pe lună”; reguli transparente de programare	SMC	Creșterea scorului de satisfacție; reducere cu $20\%$ a raportului listă/internați în 12 luni

### 5.3.2. Încadrare în timp – Grafic Gantt (48 luni)

Legendă: ■ = activ, ▣ = pilot/inițiere.

Activitate / Luna	L 1	L 2	L 3	L 4	L 5	L 6	L 7	L 8	L 9	L 10	L 11	L 12	Următorii 3 ani
Organizare proiect; internare din urgență, externare T-24h, programări paraclinice și bloc operator, cazuri în regim de zi, raportare DRG/indicatori, prevenire infecții	■	■											■
Centralizare paturi + dată estimată a externării (ședință scurtă zilnic, raport la ora 12:00)	▣	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
CPU → secții: criterii unice, ferestre de preluare, „decizie în aceeași zi”		▣	■	■	■								■
Externare T-24h + plan de control (ambulatoriu/regim de zi)	▣	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Bloc operator: liste elective ferme; evaluare înaintea internării (în 72 h); listă de rezervă	▣	■	■	■									■
Servicii paraclinice: programare pe intervale orare	▣	■	■	■									■
Regim de zi (mutarea cazurilor eligibile;)			▣	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Raportare DRG/indicatori (lunar)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Prevenirea infecțiilor / utilizare judicioasă a antibioticelor	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reechilibrare între acuți și cronici (doar dacă analiza o impune; totalul de paturi rămâne neschimbat)				▣	■				▣				■

### 5.3.3. Resurse necesare

#### a) Umane

Manager spital (aprobare și supervizare); director medical (coordonare clinică); coordonator CPU; șefi de secție (Medicină internă, Chirurgie, Obstetrică-Ginecologie, Pediatrie, Cardiologie etc.); epidemiologie și boli infecțioase; farmacie clinică; medic responsabil DRG; compartiment financiar-contabil; resurse umane; IT; secretariat programări.

#### b) Materiale și organizatorice

Centralizator de paturi și registru „dată estimată a externării”; liste și orare pentru blocul operator; programări paraclinice pe intervale orare; liste de proceduri eligibile pentru regim de zi; formulare standard pentru externare T-24h; registru verificare codare DRG; chestionare de satisfacție; tabele lunare de indicatori pe secții.

#### c) Financiare

Costuri operaționale reduse: instruire, tipizate, consumabile pentru prevenirea infecțiilor, sprijin IT/raportare; fără lucrări de infrastructură. Surse: contractul cu casa de asigurări, buget local, venituri proprii/sponsorizări conforme.

### 5.3.4. Responsabilități

Acțiune	Aprobă	Coordonează	Responsabili direcți	Sprijin
Centralizare de paturi	Manager	Director medical	Șefi de secție	IT, secretariat

Flux CPU → secții	Manager	Director medical / Coordonator CPU	Șefi de secție	Paraclinic, ambulanță
Externare T-24h + plan de control	Manager	Director medical	Șefi de secție, asistenți șefi	Secretariat clinic
Bloc operator (liste elective)	Manager	Director medical / Șef Chirurgie / ATI	Echipe chirurgicale	Paraclinic, sterilizare
Servicii paraclinice (programări pe intervale)	Manager	Director medical	Coordonatori paraclinic	IT
Regim de zi (mutare cazuri eligibile)	Manager	Director medical	Șefi de secție	Secretariat clinic
Codare DRG și raportare indicatori	Manager	Director medical	Medicul responsabil DRG	Financiar, IT, șefi de secție
Prevenirea infecțiilor și utilizarea judicioasă a antibioticelor	Manager	Director medical	Epidemiologie, Boli infecțioase, Farmacie clinică	Șefi de secție
Situație financiară pe secții (lunar)	Manager	Director medical / Financiar-contabil	Șefi de secție	DRG

#### 5.4. Rezultate așteptate

Implementarea proiectului va conduce, în 12 luni, la:

- Utilizare mai bună a paturilor: grad de ocupare  $\geq 55\%$  la nivel de spital, cu încărcare mai uniformă între secții.
- Eficiență clinică crescută: DMS  $\leq 5,30$  zile la o complexitate cel puțin egală (ICM  $\geq 1,38$ ).
- Mai multă activitate programată: ponderea cazurilor tratate în regim de zi  $\geq 20\%$  (prin mutarea cazurilor potrivite, fără transfer de paturi).
- Presiune mai mică pe urgență:  $\leq 65\%$  internări din urgență, prin trasee și programare ferme.
- Calitate și siguranță îmbunătățite: readmisie la 30 zile  $\leq 3,8\%$ , IAAM  $\leq 1,5\%$ , dosare codate complet în 72 h  $\geq 80\%$ .
- Funcționare mai stabilă a blocului operator și a paraclinicului: utilizare săli  $\geq 85\%$ , anulări  $< 10\%$ ; investigații preintervenție efectuate în  $\leq 72$  h.
- Experiență mai bună a pacientului: creșterea satisfacției (scor global  $\geq 85\%$ ) și reducerea raportului listă de așteptare / internați.
- În funcție de rezultate obținute după 12 luni, implementarea se va aplica repetitiv, pe o perioadă de încă 36 luni.

Ținte la 12 luni

Indicator	Țintă 12 luni
Grad de ocupare paturi (spital)	$\geq 55\%$
Durata medie de spitalizare	$\leq 5,30$ zile
Indice de caz mediu	$\geq 1,38$

Pondere internări din urgență	≤ 65%
Pondere regim de zi (din total episoade)	≥ 20%
Readmisie la 30 de zile	≤ 3,8%
Infecții asociate îngrijirilor (IAAM)	≤ 1,5%
Dosare codate complet în 72 h	≥ 80%
Utilizare săli bloc operator	≥ 85%
Anulări în blocul operator	< 10%
Satisfacție pacienți (scor global)	≥ 85%

### 5.5. Indicatori – evaluare și monitorizare

Monitorizarea se face lunar pe secții și trimestrial în Comitetul Director, printr-un tablou de bord unic.

Indicator	Definiție scurtă	Sursa de date	Perioadicitate	Responsabil
Grad de ocupare paturi	$\text{zile-pat ocupate} / \text{zile-pat disponibile} \times 100$	raport statistic pe secții	lunar	Director medical / șefi secții
Durata medie de spitalizare	zile spitalizare / externări (SC)	raport statistic	lunar	Director medical
Indice de caz mediu	media ponderată DRG	raport DRG	lunar	Medicul responsabil DRG
Pondere internări din urgență	$\text{internări din CPU} / \text{total internări} \times 100$	CPU + raport statistic	lunar	Coordonator CPU
Regim de zi (pondere)	$\text{episoade regim de zi} / \text{total episoade} \times 100$	raport statistic	lunar	Director medical / șefi secții
Readmisie la 30 zile	$\text{cazuri readmise} \leq 30 \text{ zile} / \text{externări} \times 100$	raport statistic	lunar	Director medical
Infecții asociate îngrijirilor	$\text{IAAM} / \text{externări} \times 100$	epidemiologie	lunar	Serviciu epidemiologie
Dosare codate complet în 72 h	$\text{cazuri codate complet în 72 h} / \text{total} \times 100$	raport DRG	lunar	Medicul responsabil DRG
Operabilitate chirurgicală	a) % cazuri în grupe DRG chirurgicale; b) % cazuri cu „procedură principală”	DRG + registru bloc operator	lunar	Șef Chirurgie / DRG
Utilizare săli bloc operator	$\text{ore utilizate} / \text{ore planificate} \times 100$	registru bloc operator	lunar	Șef Chirurgie / ATI
Satisfacție pacienți	scor chestionar standard	centralizare chestionare	trimestrial	Compartiment calitate
Raport listă / internați	pacienți pe listă / pacienți internați pe lună	secretariat clinic	lunar	Secretariat clinic

Măsuri corective: dacă un indicator este sub țintă două luni consecutiv, șeful de secție prezintă plan de remediere (măsuri, termen, responsabil).

## 5.6. Cunoașterea legislației relevante și modul de aplicare

Proiectul respectă cadrul normativ aplicabil și îl transpune în proceduri interne:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății (organizarea, funcționarea și managementul unităților).
- Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului.
- Contractul-cadru al CNAS și normele metodologice pentru servicii spitalicești și ambulatorii; regulile de raportare și decontare.
- Standardele Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) privind calitatea și siguranța pacientului.
- Actele normative ale Ministerului Sănătății și Direcției de Sănătate Publică referitoare la prevenirea și controlul infecțiilor și utilizarea judicioasă a antibioticelor.
- Normele de securitate și sănătate în muncă, prevenire și stingere a incendiilor și protecția datelor.
- Regulile privind achizițiile publice și utilizarea eficientă a fondurilor.
- Reglementările curente privind clasificarea spitalelor și raportarea DRG.

## VI. Concluzii

Analiza 2024 arată o bază clinică completă, cu eficientizare la o complexitate mai mare (ICM 1,36) și durată medie în scădere (5,64 zile), dar cu utilizare suboptimă a paturilor (41,39%) și dependență ridicată de internările prin urgență (71,59%). Proiectul de management propus este exclusiv organizațional și urmărește ordonarea fluxurilor (Compartimentul de Primiri Urgențe → secții → paraclinic/ambulator), externarea planificată cu 24 de ore înainte, programări ferme în serviciile paraclinice și în blocul operator, mutarea cazurilor eligibile în regim de zi/ambulator fără transfer de paturi și, dacă analiza o impune, reechilibrarea paturilor între acuți și cronici, cu menținerea numărului total de paturi.

Rezultatul scontat, în 12 luni, este grad de ocupare  $\geq 55\%$ , durată medie  $\leq 5,30$  zile, indice de caz mediu  $\geq 1,38$ , internări din urgență  $\leq 65\%$ , regim de zi  $\geq 20\%$ , readmisie  $\leq 3,8\%$ , infecții asociate îngrijirilor  $\leq 1,5\%$  și dosare codate complet în 72 de ore  $\geq 80\%$ . Investițiile europene finalizate și în derulare (UPU/CPU, ambulator) susțin practic implementarea, iar guvernanta prin sedință operativă săptămânală și tablou de bord lunar pe secții asigură monitorizarea și corecția la timp. În funcție de rezultate obținute după 12 luni, implementarea se va aplica repetitiv, pe o perioadă de încă 36 luni.

Principalele riscuri (resurse umane insuficiente, rezistență la schimbare, sezonalitate, presiune epidemiologică) sunt contracarate prin alinierea turelor, micro-instruiri la patul bolnavului, program de prevenire și control al infecțiilor / utilizare judicioasă a antibioticelor, audit lunar al codării și reguli ferme de programare. Proiectul consolidează accesul, calitatea și sustenabilitatea financiară, fără lucrări de infrastructură și fără modificarea numărului total de paturi.

## VII. Bibliografie

1. Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar (SNSPMS). Manualul „Managementul spitalului”; materiale de curs „Management sanitar”. București, 2012.
2. Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății (Titlul VII – Spitale), cu modificările și completările ulterioare; Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 372 din 28.04.2006.
3. Ordinul ministrului sănătății nr. 1567/2007, cu modificările și completările ulterioare.
4. Ordinul ministrului sănătății nr. 1408/2010 pentru aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor în funcție de competență.
5. Ordinul ministrului sănătății nr. 323/2011 privind metodologia și criteriile minime pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență.
6. Ordin comun MS/CNAS nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru 2014–2015, Anexa 23A.
7. Platforma DRG România – documente metodologice și materiale tehnice (drg.ro).
8. Spitalul Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin – Rapoarte statistice 2022–2024; date operaționale pe secții (Biroul Statistică).
9. Spitalul Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin – Date privind personalul (Biroul Resurse Umane).
10. Spitalul Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin – Bugetul de venituri și cheltuieli (ultimii ani) – document intern.
11. Spitalul Municipal „Dr. Eugen Nicoară” Reghin – Regulamentul de organizare și funcționare (ROF) – document intern.
12. Agenția Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă Mureș – Rapoarte și date statistice.
13. Institutul Național de Statistică – Direcția Județeană de Statistică Mureș. Recensământul populației și locuințelor 2011 (date teritoriale județene).
14. Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 162/2008 privind transferul unor atribuții ale Ministerului Sănătății către autoritățile administrației publice locale, Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 808 din 03.12.2008.