

# Raport de impact al programului



## Primul pas spre sănătate

Cel mai mare program național de susținere a sănătății timpurii prin intermediul medicinei de familie în mediul rural

Implementat de:



**Salvați Copiii**  
Save the Children Romania

Finanțat de:

**FUNDAȚIA**  
 **OMV Petrom**

# Cuprins

1. Abrevieri	2
2. Descrierea programului „Primul pas spre sănătate”	3
3. Principalele concluzii ale studiului de impact	6
4. Metodologie	7
5. Impactul programului asupra calității serviciilor de sănătate timpurie	11
6. Impactul proiectului în rândul medicilor de familie	12
7. Impactul programului în rândul beneficiarelor	20
8. Recomandări	28
9. Context: medicina de familie în România	29
10. Context: mortalitatea infantilă în România	32
Anexa 1: Lista echipamentelor	39
Anexa 2: Index de figuri	40
Anexa 3: Explicații suplimentare	41
Anexa 4: Indicatorii utilizați în analiza de impact	42

# 1. Abrevieri

<b>AMC</b>	Asistent medical comunitar
<b>CNAS</b>	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
<b>DSP</b>	Direcția de Sănătate Publică
<b>INS</b>	Institutul Național de Statistică
<b>INSP</b>	Institutul Național de Sănătate Publică
<b>MF</b>	Medic de familie
<b>MS</b>	Ministerul Sănătății
<b>OMS</b>	Organizația Mondială a Sănătății
<b>UE</b>	Uniunea Europeană

## 2.

# Descrierea programului „Primul pas spre sănătate”

„Primul pas spre sănătate” este cel mai amplu program național dedicat susținerii sănătății timpurii prin intermediul medicinei de familie în mediul rural, finanțat de Fundația OMV Petrom și implementat de Salvați Copiii România.

### Contextul intervenției

În ciuda faptului că rata mortalității infantile a scăzut de-a lungul anilor, România se situează în continuare pe primul loc în Uniunea Europeană, cu diferențe semnificative între mediul urban și cel rural. În 2024, mortalitatea infantilă este estimată la 6,4‰<sup>1</sup>, menținându-se printre cele mai ridicate valori din Uniunea Europeană. Mortalitatea maternă rămâne, de asemenea, una dintre cele mai mari din Uniune, iar sarcinile la adolescente plasează România pe locul al doilea între statele membre ale Uniunii Europene, cu aproximativ 34 de nașteri la 1.000 de adolescente (15–19 ani) și 586 de nașteri la fete sub 15 ani. Una din șase minore însărcinate<sup>2</sup> nu a fost, pe parcursul sarcinii, nici la medicul de familie, nici la medicul ginecolog pentru monitorizarea evoluției sarcinii, iar una din trei fete gravide în perioada minoratului are mamă care a născut, la rândul ei, primul copil înainte de a împlini 18 ani.

Ratele ridicate ale sarcinilor la adolescente<sup>3</sup>, ale operațiilor cezariene, ale mortalității infantile și materne, alături de discriminarea instituțională a grupurilor vulnerabile, dificultățile de acces la servicii medicale pentru anumite categorii de populație și fragmentarea datelor disponibile la nivel național, reprezintă bariere majore în calea îmbunătățirii serviciilor medicale, atât la nivel instituțional, cât și la nivel uman. Pentru a asigura o monitorizare eficientă și o prevenire corespunzătoare a problemelor menționate, este necesară o forță de muncă bine pregătită în domeniul asistenței medicale primare. O supraveghere atentă a stării de sănătate și măsuri constante de prevenție pot reduce semnificativ ratele morbidității și mortalității în rândul copiilor, mamelor și grupurilor vulnerabile.

### Obiectivul programului

Monitorizarea stării de sănătate, prevenția, educația pentru sănătate și creșterea gradului de acces la serviciile medicale pentru mamele cu venituri reduse pot contribui la reducerea mortalității infantile în România. Obiectivul programului „Primul pas spre sănătate” este de a reduce rata mortalității infantile în România prin oferirea de servicii medicale de calitate mamelor și bebelușilor cât mai aproape de reședința lor, în contextul în care categorii întregi de populație întâmpină bariere economice atunci când doresc să consulte un medic. De aceea, programul se concentrează pe cabinetele medicale din zona rurală și pe consolidarea forței de muncă din domeniul asistenței medicale primare din România, astfel încât aceasta să

1. Vezi raportul INSP: „Mortalitatea infantilă în România, 2024”, public din 21 august 2025 la adresa: <https://insp.gov.ro/download/mortalitatea-infantila-in-romania-2024/>

2. Studiu Salvați Copiii România, 2024: <https://www.salvaticopiii.ro/sites/ro/files/2024-04/studiu-privind-mamele-minore.pdf>

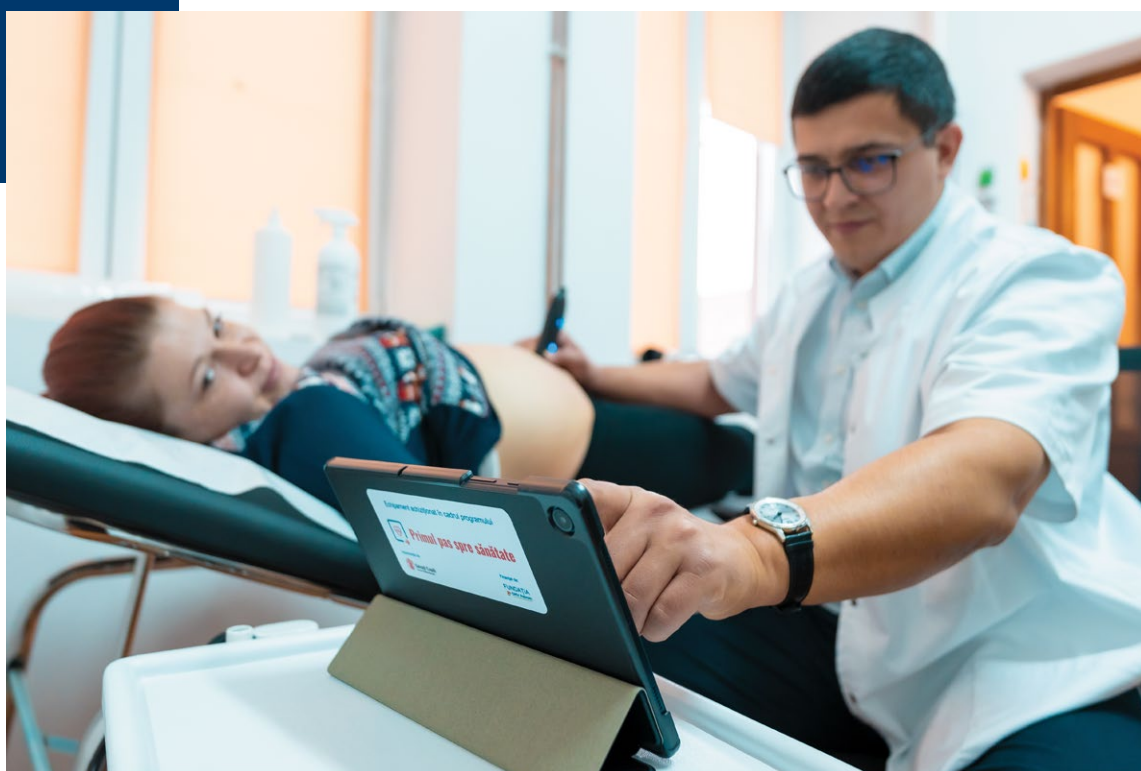
3. România a înregistrat la nivel anului 2024 un număr de 594 copii născuți de mame cu vârsta sub 15 ani (INS Tempo POP 201B). Cu un an înainte, în 2023, cu 643 de nașteri în această categorie (Eurostat demo\_fasec), România era pe primul loc în UE la nașteri din mame minore, cumulând aproximativ jumătate din numărul total de nașteri în categoria „mame cu vârste sub 15 ani”.

poată oferi servicii de înaltă calitate de promovare a sănătății timpurii, prevenire a bolilor și educație pentru sănătate. Programul pune un accent deosebit pe sprijinirea celor mai vulnerabile categorii – în special mamele și copiii cu vârsta de până la 5 ani – cele din zonele dezavantajate și familiile cu venituri reduse, care au acces limitat la servicii medicale.

De asemenea, își dorește să reducă exodul medicilor de familie din zona rurală către orașe sau către alte țări.

### Metodologia programului

Prima ediție a programului s-a desfășurat în perioada mai 2023 – aprilie 2024, iar începând cu cea de-a doua ediție, programul a intrat într-o etapă de extindere la nivel național. Dacă în prima ediție au fost dotate 40 de cabinete de medicină de familie, cea de-a doua ediție (2024–2025) a vizat încă 60 de cabinete, ajungând astfel la un total de 100 de cabinete din mediul rural. Selecția s-a realizat printr-un concurs național deschis<sup>4</sup>, la care au fost eligibile unitățile medicale din mediul rural sau urban defavorizat care propun dotarea cabinetelor de medicină de familie cu echipamente moderne, dețin autorizație de funcționare și aviz anual emis de Colegiul Medicilor, au contract valabil cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate și au în evidență un număr semnificativ de mame, gravide și copii cu vârsta între 0 și 5 ani. Cabinetele selectate au fost dotate cu echipamente medicale esențiale precum: ecograf, electrocardiograf, defibrilator automat, holter pentru tensiune arterială, pulsoximetru, doppler vascular și fetal, geantă medicală de prim ajutor, trusă completă de mică chirurgie și instrumentar medical.



Medic de familie din comuna Cârța, jud. Harghita, folosind ecograful portabil pentru a realiza consultații gravidelor direct în comunitate.

4. Metodologia de selecție și implementare a fost similară cu cea utilizată în ediția 3.0 a programului, disponibilă pe <https://www.salvaticopiii.ro/sites/ro/files/2025-06/metodologie-pps-3.0.pdf>

## Ce au însemnat primii doi ani de implementare „Primul pas spre sănătate” ?

### 100 de cabinete de medicină de familie dotate în zone rurale defavorizate<sup>5</sup>

- **Cabinetele au fost dotate cu 1.400 de echipamente medicale** esențiale pentru diagnosticarea, tratamentul și monitorizarea mamei și copilului, printre care: ecograf portabil, analizor de colesterol, glicemie și hemoglobină, holter, electrocardiograf, defibrilator semiautomat, doppler vascular și fetal, pulsoximetru, oftalmoscop și masă ginecologică.
- Investiția contribuie la **îmbunătățirea calității serviciilor medicale primare și la creșterea capacității medicilor de familie de a oferi consultații complete**, adaptate nevoilor pacienților din comunități vulnerabile.
- **Reduce sau elimină cheltuielile cu deplasarea la spitalele orășenești** pentru categorii defavorizate economic și **degrevează centrele de medicină ambulatorie**.

### 23.900 de mame și 30.380 de copii până la 5 ani au acces la servicii de sănătate timpurie

- **23.900 de mame** cu copii cu până la 5 ani din comunități vulnerabile și marginalizate **au beneficiat de servicii medicale specializate în cabinetele de medicină de familie**, în ambele ediții ale programului, cu o creștere de 64%<sup>6</sup> a numărului de paciente față de debutul programului. Această creștere a asistenței medicale primare acordată mamei cu copii sub 5 ani contribuie la economii la bugetul statului aferente îngrijirii mamei pe o perioadă medie de o lună, de aproximativ 1,1 milioane de euro/ an.
- **30.380 de copii** cu vârsta până la 5 ani **au fost consultați și au primit servicii medicale de specialitate** în cabinetele de medicină de familie dotate în cele două etape ale proiectului, cu o creștere de 86%<sup>7</sup> față de debutul programului. Această creștere a asistenței medicale primare acordată copiilor contribuie la economii la bugetul statului aferente îngrijirii copilului pe o perioadă medie de o lună, de aproximativ 1,7 milioane euro/an.

### 86.836 de consultații acordate copiilor până la 5 ani

- În medie, fiecare copil a beneficiat de **2,9 consultații pe an**<sup>8</sup>, comparativ cu media națională de 1,8 consultații pe an. Beneficiarii au avut astfel **acces la servicii medicale mai aproape de reședința lor, mai sigure și la consultații realizate în condiții adecvate**, în special în zonele în care infrastructura medicală era precară sau insuficient dezvoltată.

### 100 de comunități rurale din 33 de județe incluse în program

- În primele două ediții, programul a ajuns în **100 de comunități rurale dezavantajate, din 33 de județe ale țării**: Alba, Arad, Argeș, Bihor, Botoșani, Brașov, Buzău, Călărași, Constanța, Covasna, Caraș-Severin, Dâmbovița, Dolj, Giurgiu, Gorj, Galați, Harghita, Hunedoara, Iași, Maramureș, Mureș, Neamț, Olt, Prahova, Satu Mare, Suceava, Sălaj, Sibiu, Teleorman, Timiș, Tulcea, Vrancea și Vaslui.

5. Mai multe detalii despre program sunt disponibile pe site-urile: <https://fundatiaomvpetrom.ro/proiect/primul-pas-spre-sanatate-10>; <https://www.salvaticopiii.ro/ce-facem/Sanatate/Primul-pas-spre-sanatate>

6. Explicații în Anexa 3

7. Explicații în Anexa 3

8. Explicații în Anexa 3

### 3.

## Principalele concluzii ale studiului de impact

Ediția a doua a programului „Primul pas spre sănătate” a generat efecte pozitive semnificative și de durată în comunitățile în care a fost implementat. Programul a contribuit la creșterea accesului la servicii de sănătate timpurie, la îmbunătățirea monitorizării gravidelor, tinerelor mame și copiilor în primii ani de viață și îmbunătățirea educației pentru sănătate. Investiția în aparatură medicală modernă destinată cabinetelor de medicină de familie a avut un impact durabil la nivel comunitar, vizibil în creșterea calității serviciilor medicale și în îmbunătățirea stării de sănătate a femeilor aflate în perioada pre și postnatală dar și la un grad de satisfacție profesională mai mare a medicilor din mediul rural.

- **Creștere cu 45% a numărului de femei gravide care s-au prezentat la cabinetul medicului de familie pentru consultații prenatale.** Această creștere contribuie la economii la bugetul statului aferente îngrijirii mamei și copilului pe o perioadă medie de trei luni, de aproximativ **427.000 euro**<sup>9</sup>.
- De aproape **două ori mai multe consultații pentru gravide au fost efectuate și decontate de CNAS** în cabinetele de medicină de familie dotate în program (+188%).
- Numărul gravidelor cu afecțiuni cronice care s-au prezentat la medicul de familie a fost **de 2,6 ori mai mare decât anterior (161%)**<sup>10</sup>. Creșterea se datorează, în mare parte, și faptului că tot mai multe gravide minore au fost încurajate să vină la consult – numărul acestora fiind de peste două ori mai mare decât înainte de dotare.
- **Una din două gravide a beneficiat de ecografiilor în cabinetele de medicină de familie din program.** Numărul ecografiilor efectuate pentru gravide a crescut cu **83%**.
- **Peste trei sferturi dintre medicii de familie beneficiari (77%) confirmă creșterea disponibilității serviciilor medicale în comunitățile lor**, iar 73% declară o creștere a numărului de consultații cu caracter preventiv.
- Programul a contribuit la dezvoltarea unui model integrat de îngrijire a sănătății mamei și copilului, cu accent pe educație și prevenție. **84% dintre gravide au beneficiat de controale lunare între lunile 3 și 7**, iar **77% de controale bilunare în ultimele luni de sarcină**. În privința copiilor, se remarcă o **rată ridicată a vaccinării conform programului național (80%) și a consultațiilor periodice pentru monitorizarea creșterii și dezvoltării (80%)**.
- **Peste 90% dintre paciente au beneficiat de servicii de informare și consiliere** pe teme esențiale precum îngrijirea copilului, alăptare, dezvoltare cognitivă și socială, nutriția mamei și prevenirea sau gestionarea depresiei post-partum. Programul „Primul pas spre sănătate” reprezintă un important mijloc de educație pentru sănătate, care contribuie la formarea unor comportamente sănătoase și la creșterea nivelului de informare în rândul grupurilor vulnerabile – mame tinere, cu venituri reduse, din mediul rural.
- **93% dintre medicii de familie participanți la studiu sunt de acord că proiectul „Primul pas spre sănătate” poate contribui la reducerea mortalității infantile.**

9. 879 de gravide mai mult în urma dotării decât înainte: \*81 euro\*3\*2=427.194 euro

10. Explicații în Anexa 3

## 4. Metodologie

Obiectivele studiului au vizat atât evaluarea rezultatelor pe principalele direcții de intervenție ale programului – dotarea cabinetelor medicale, educația pentru sănătate și sprijinul acordat profesioniștilor din rețeaua de sănătate, cât și identificarea nevoilor specifice ale medicilor de familie și ale pacienților din comunitățile vulnerabile.

Studiul are la bază o abordare mixtă, care combină metode cantitative și calitative și a implicat colectarea datelor într-un moment specific al implementării. Au fost utilizate sondaje online și telefonice pe bază de chestionar, cercetări calitative prin focus-grupuri și colectarea datelor factuale din partea cabinetelor de medicină de familie dotate.

- I. Un sondaj online adresat medicilor de familie, realizat de echipa de evaluare și desfășurat în regim CATI/CAWI (interviuri telefonice și chestionare online), pe un eșantion de **94 de medici de familie din 31 de județe**<sup>11</sup>, eșantion statistic reprezentativ pentru cei 100 de medici de familie, beneficiari ai programului.
- II. **Colectarea datelor factuale din partea cabinetelor de medicină de familie dotate**, care a vizat indicatori precum: numărul total de pacienți, numărul de gravide, numărul de copii pacienți, informații despre bolnavii cronici, rata mortalității infantile, precum și numărul de consultații generale și specifice, inclusiv serviciile ecografice.
- III. Un **focus-grup organizat online**, sub forma unei sesiuni video, cu participarea a 9 medici de familie din cabinetele dotate din județele Iași, Botoșani, Călărași, Gorj, Suceava, Tulcea și Giurgiu.
- IV. Un **sondaj online adresat pacienților cabinetelor dotate** în cea de-a doua ediție a programului, realizat de echipa de evaluare și desfășurat în regim CATI/CAWI, pe un **eșantion de 400 de mame** cu copii de până la 5 ani, pacienți ale medicilor de familie din cabinetele dotate – eșantion statistic reprezentativ pentru beneficiarele celei de-a doua ediții a programului<sup>12</sup>.

---

11. Sondaj realizat în regim CATI/CAWI (Computer Assisted Telephone/ Web Interviewing). Pentru accesarea chestionarelor, vă rugăm să trimiteți o solicitare la adresa [secretariat@salvaticopiii.ro](mailto:secretariat@salvaticopiii.ro)

12. Pentru accesarea instrumentelor de evaluare, vă rugăm să trimiteți o solicitare la adresa [secretariat@salvaticopiii.ro](mailto:secretariat@salvaticopiii.ro)

# 4.1 Caracteristicile eșantioanelor

## Profilul medicilor de familie

**66%** dintre aceștia profesează exclusiv în mediul rural.

**67%** dintre medicii de familie profesează de peste 15 ani.

**20 de ani** reprezintă vechimea medie în activitate.

**52 de ani** este vârsta medie a medicilor de familie.

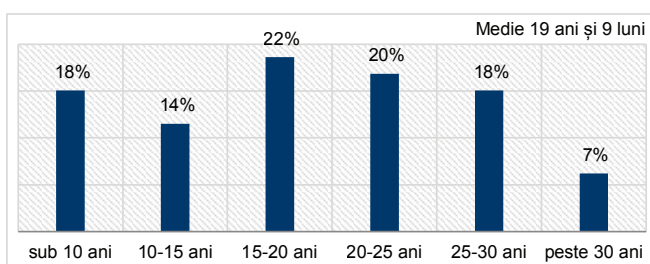


„Profesez de 46 de ani, iar de 34 de ani sunt medic de familie aici, pentru 3.900 de pacienți.”

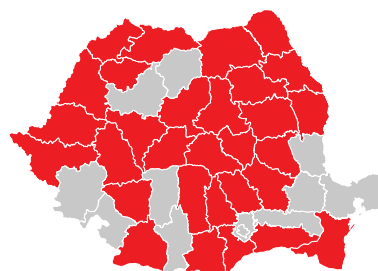
**Medic de familie, sat Bancu, județul Harghita**

După cum indică *Figura 1*, cea mai mare parte a medicilor de familie care au răspuns la sondaj profesează de peste 15 ani (67%), cu o vechime medie în activitate de aproximativ 20 de ani. Majoritatea medicilor au vârste de peste 50 de ani, cu o medie a vârstei de 52 de ani, ceea ce arată că rețeaua de medici de familie din program este formată în principal din profesioniști cu experiență, dar aflați într-o etapă avansată a carierei. 66% dintre medicii din program profesează exclusiv doar în mediul rural, 22% activează atât în rural cât și în urban, iar 12% își desfășoară activitatea doar în urbanul mic, în cartiere defavorizate.

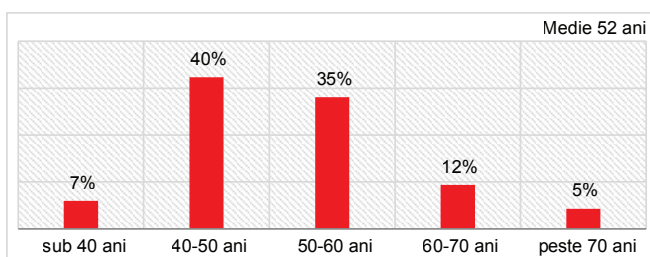
**De cât timp lucrați ca medic de familie?  
Vă rugăm să specificați în ani/luni**



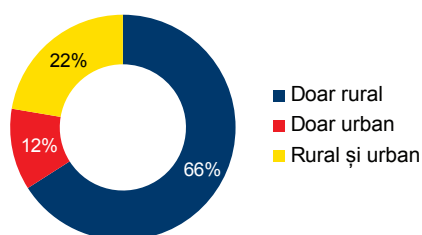
**Județele din care provin medicii de familie din cabinetele dotate în cadrul proiectului**



**Care este vârsta dvs. în ani împliniți?**



**În ce mediu vă desfășurați activitatea?**



**Figura 1 - Structura demografică a medicilor de familie intervievați**



„Nu mă văd făcând altceva. Lucrez în sat din 2021, dar practic medicina de peste zece ani. Am început în oraș, dar nu mi-am găsit acolo mulțumirea. Aici, la sat, am găsit-o. Acum pot spune că fac ceea ce-mi doresc.”

Medic de familie, sat Bancu, județul Harghita

## Profilul beneficiarelor

**66%** dintre beneficiare sunt casnice.

**58%** dintre beneficiare nu au venit personal.

**47%** dintre respondente au doar studii gimnaziale.

**2.985 lei** reprezintă venitul mediu al gospodăriei.

Media de vârstă a respondentelor este de 28 de ani, iar cele mai multe au între 24 și 30 de ani, ceea ce arată că se află într-o etapă activă a vieții reproductive. Majoritatea participantelor la sondaj sunt căsătorite (67%), iar o treime trăiesc în concubinaj (32%), o situație care poate accentua gradul de insecuritate al mamei și copilului. Nivelul educațional al respondentelor este scăzut: aproape jumătate (47%) au doar studii gimnaziale, 18% studii primare și 7% nu au mers deloc la școală. (Fig. 2)

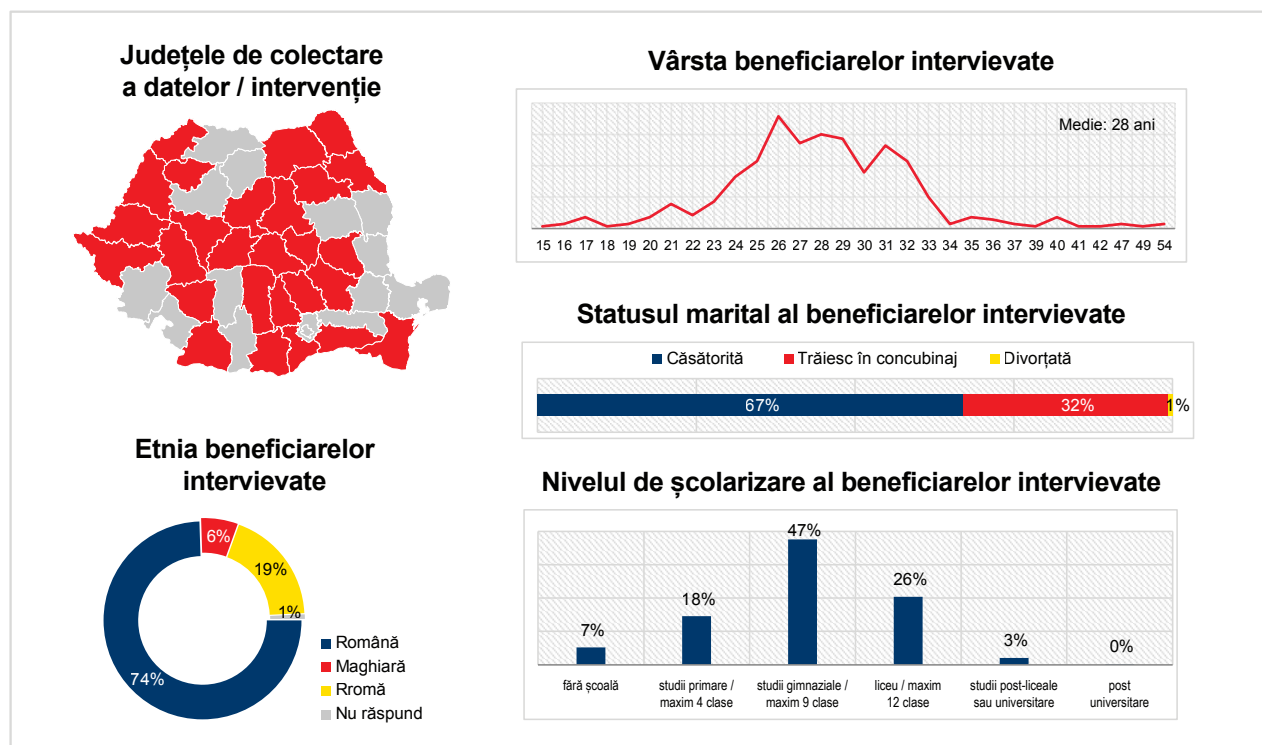


Figura 2 - Structura demografică a pacientelor participante la sondaj

## Activitatea profesională și sursele de venit ale beneficiarelor

Cele mai multe femei care au participat la sondaj sunt casnice (66%), în timp ce un procent mai mic lucrează în mediul privat (10%), în agricultură (7%) sau se află în concediu pentru creșterea copilului (11%). Venitul mediu la nivelul gospodăriei din care provin respondențele este de aproximativ 2.985 lei, iar venitul personal mediu este de doar 1.289 lei în medie, adică mai puțin de jumătate din venitul total al familiei. Mai mult de jumătate dintre femei (58%) nu au venit personal, ceea ce le face dependente financiar de partener sau de familie și reduce posibilitatea deplasărilor la oraș pentru accesarea serviciilor medicale. Salariile constituie sursa principală (55%) de venit în gospodărie, urmate de alocațiile pentru copii (24%) și ajutoarele sociale (14%). (Fig. 3)

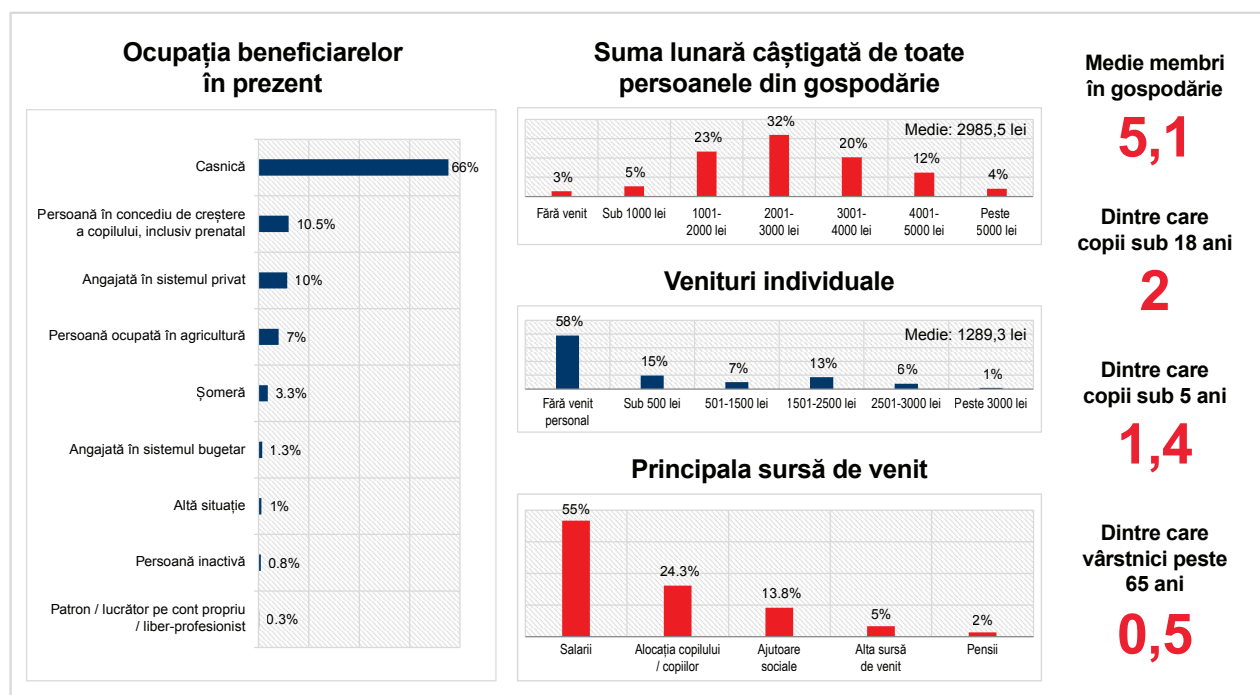


Figura 3 - Caracteristici socio-ocupationale ale pacientelor participante la sondaj

## 5.

# Impactul programului asupra calității serviciilor de sănătate timpurie



„Acum, cabinetul e dotat cu tot ce trebuie datorită programului Primul pas spre sănătate, iar pacienții beneficiază de îngrijiri ca la oraș.”

**Medic de familie, sat Câmpani, județul Bihor**

Analiza datelor colectate după dotarea cabinetelor incluse în etapa a doua a proiectului, comparativ cu datele din perioada anterioară dotării (echivalente ca durată) evidențiază dinamica indicatorilor menționați post și ante dotare, arătând ce s-a întâmplat în urma sprijinului acordat celor 60 de cabinete care au participat la această a doua etapă<sup>13</sup>:

- Creștere cu 45% a numărului de femei gravide care s-au prezentat la cabinetul medicului de familie pentru consultații prenatale. Această creștere contribuie la economii la bugetul statului aferente îngrijirii mamei și copilului pe o perioadă medie de trei luni de aproximativ 427.000 euro<sup>14</sup> pe an.
- De aproape două ori mai multe consultații pentru gravide au fost efectuate și decontate de CNAS în cabinetele de medicină de familie dotate în program (+188%).
- Numărul gravidelor cu afecțiuni cronice care s-au prezentat la medicul de familie a fost de 2,6 ori mai mare decât anterior (161%). Creșterea se datorează, în mare parte, și faptului că tot mai multe gravide minore au fost încurajate să vină la consult – numărul acestora fiind de peste două ori mai mare decât înainte de dotare.
- Una din două gravide a beneficiat de ecografiile în cabinetele de medicină de familie din program. Numărul ecografiilor efectuate pentru gravide a crescut cu 83%.
- Creștere cu 57%<sup>15</sup> a numărului de mame cu copii de până la 5 ani care s-au prezentat la cabinetul medicului de familie. Această creștere indică o mai bună monitorizare a stării de sănătate a copiilor mici și o implicare mai activă a părinților în prevenția problemelor de sănătate.
- Creștere cu 76%<sup>16</sup> a numărului de copii cu vârste între 0 și 5 ani care s-au prezentat la cabinetul medicului de familie.
- Una din patru femei aflate în perioada post-partum care au beneficiat de consultații în cabinetele dotate a efectuat și un examen ecografic. În total, au fost realizate 986 de ecografii, ceea ce arată o monitorizare mai atentă a stării de sănătate postnatale.
- 9.105 de mame cu copii între 0 și 5 ani și 10.988 de copii cu vârsta de până la 5 ani au fost consultați în cabinetele de medicină de familie dotate cu aparatură medicală modernă în cea de-a doua ediție a programului.
- 80% dintre copii au fost vaccinați conform programului național, acesta fiind unul dintre cele mai frecvente servicii oferite.

13. Date estimate pe baza declarațiilor medicilor de familie din cele 60 de cabinete (etapa II, 2024–mai 2025), prin inducție simplă [% (e) = (b×12/5)/d – 1]; detalii în Anexa 3.

14. 879 de gravide mai mult în urma dotării decât înainte: \*81 euro\*3\*2=427.194 euro

15. Explicații în Anexa 3

16. Explicații în Anexa 3

## 6. Impactul proiectului în rândul medicilor de familie



*„Cele care mă impresionează cel mai mult sunt mamele și copiii. În Cârța, natalitatea e ridicată, iar zilnic am consultații pentru gravide, controale pentru bebeluși și vaccinări. De multe ori, părinții îmi trimit poze cu erupții cutanate sau febră și mă întreabă dacă trebuie să vină la cabinet. Răspund de fiecare dată, chiar și în afara programului pentru că știu cât de mult valorează pentru o mamă o vorbă care o liniștește.”*

**Medic de familie, sat Cârța, județul Harghita**

După cum indică *Figura 4*, rezultatele sondajului efectuat în rândul medicilor de familie beneficiari arată că peste trei sferturi dintre aceștia (77%) consideră că disponibilitatea serviciilor medicale în localitate a crescut „în foarte mare măsură” sau „în mare măsură” după dotarea realizată de Salvați Copiii și Fundația OMV Petrom. Această percepție confirmă impactul pozitiv al investițiilor în infrastructură medicală primară asupra accesului comunităților la servicii de sănătate.

*„Având ecograf, pot să-l folosesc mai ales pentru diagnostic, nu neapărat pentru a face ecografie „de dragul ecografiei”, cum se face în alte locuri. Poate copilul spune că îl doare foarte tare burta. Palpând, nu pare ceva grav, dar cu ecograful pot verifica dacă e o urgență.”*

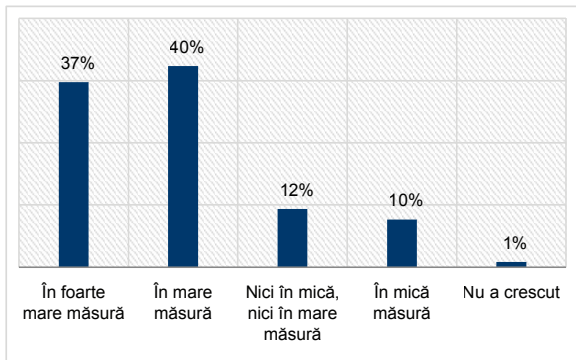
**Medic de familie, sat Vărăști, județul Giurgiu**



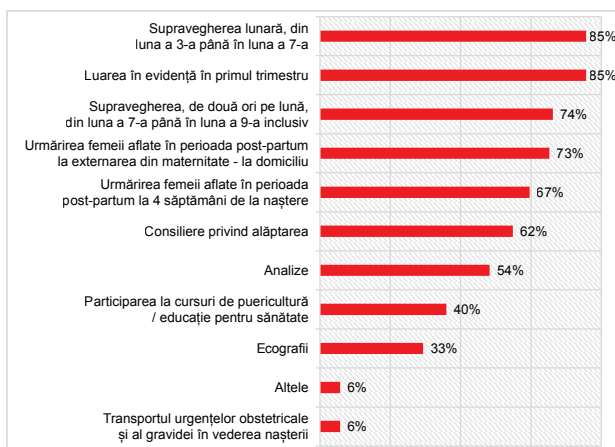
În ceea ce privește serviciile medicale destinate gravidelor, se observă o orientare clară către monitorizarea sarcinii și prevenirea complicațiilor: supravegherea lunară în trimestrele al doilea și al treilea (85%), luarea în evidență precoce (85%) și, în trimestrul al treilea, supravegherea mai frecventă – de două ori pe lună (74%). Serviciile postnatale, precum urmărirea femeilor aflate în perioada post-partum imediat după externare (73%) și la patru săptămâni de la naștere (67%), înregistrează, de asemenea, valori ridicate, ceea ce arată o continuitate a îngrijirii materne în perioada postnatală. (*Fig. 4*)

Dotarea cu echipamente medicale a permis extinderea tipurilor de servicii – de exemplu, consilierea pentru alăptare (62%), analizele medicale (54%) și imagistică ecografică (33%).

**În ce măsură a crescut disponibilitatea serviciilor medicale în localitate după dotarea realizată de Salvați Copiii și Fundația OMV Petrom?**



**Care sunt principalele servicii medicale la care apelează gravidele, în urma dotării cabinetului cu echipamente medicale?**



**Figura 4 - Percepția medicilor de familie cu privire la creșterea disponibilității serviciilor medicale în urma dotării**



*„Pentru mine, programul a însemnat foarte, foarte mult. A fost important pentru că am primit aparatură nouă, am avut acces la un EKG pe care nu-l avusesem înainte. Pacienții mei sunt foarte bucuroși. Folosesc și ecograful de la dumneavoastră! Pentru mine, proiectul a însemnat enorm.”*

**Medic de familie, sat Deleni, județul Iași**

Datele arată că investițiile în dotarea cabinetelor medicale nu doar cresc numărul de servicii disponibile, ci diversifică paleta intervențiilor, și asigură continuitate între perioada prenatală și cea postnatală. Acest tip de sprijin are un efect multiplicator: îmbunătățește indicatorii de sănătate, așa cum s-a văzut anterior, consolidează rolul medicului de familie ca actor central în comunitate și poate contribui pe termen lung la reducerea inegalităților teritoriale în sănătate, precum și la dezvoltarea comunității din punct de vedere social, prin accesarea unui serviciu de sănătate de calitate de către grupurile vulnerabile.



Ecograful portabil ajută medicul de familie să realizeze consultații direct la domiciliul pacientelor însărcinate, facilitând monitorizarea sănătății mamei și a fătului în mediul rural.

„Am primit un cabinet stomatologic dezafectat, unde nu mai venise medic de ani de zile. L-am renovat complet: instalație, zugrăveală, termopane. Și acolo am pus toate aparatele primite. Acum, cabinetul e dotat cu tot ce trebuie datorită programului Primul pas spre sănătate, iar pacienții beneficiază de îngrijiri ca la oraș.”

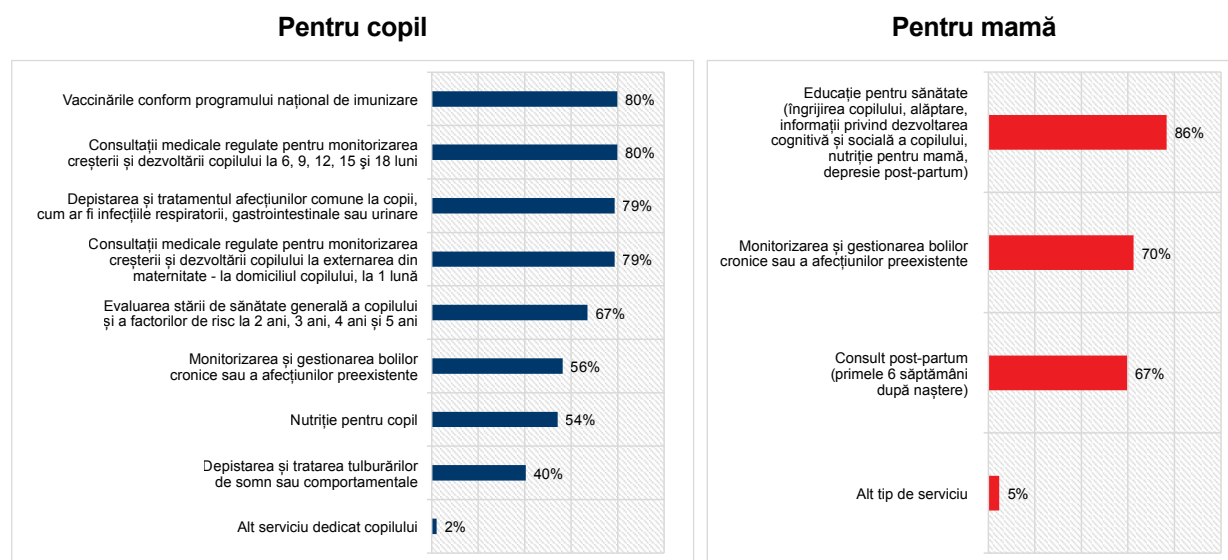
**Medic de familie, sat Câmpani, județul Bihor**



Ca urmare a dotării cu echipamente medicale, principalele servicii pentru mamă și copil dezvoltate în cadrul programului se axează pe prevenție și pe monitorizarea regulată a stării de sănătate, oferind o îngrijire mai completă și mai constantă atât pentru copil, cât și pentru mamă. (Fig. 5)

- **Pentru copil:** cele mai frecvente servicii oferite sunt vaccinările conform programului național (80%), consultațiile regulate pentru monitorizarea creșterii și dezvoltării (80%), precum și depistarea și tratarea afecțiunilor comune (79%). Urmează evaluarea stării generale de sănătate și a factorilor de risc (67%).
- **Pentru mamă:** cele mai frecvente servicii sunt cele de educație pentru sănătate (86%) – care includ îngrijirea post-partum, alăptarea, nutriția și sănătatea psihică (depresia post-partum) – urmate de monitorizarea bolilor cronice (70%) și de consultul post-partum în primele șase săptămâni după naștere (67%).

**Care sunt principalele servicii medicale la care apelează mamele pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 5 ani și pentru ele însele, în urma dotării cabinetului cu echipamente medicale?**



**Figura 5 - Principalele servicii medicale pentru mamă și copil dezvoltate de cabinetele de medicină de familie dotate**

Poziționarea în topul ierarhiei pentru copii a vaccinării și consultațiilor de rutină la copii indică creșterea preocupării pentru alinierea la cerințele naționale în domeniul sănătății publice și pentru asigurarea unei dezvoltări armonioase a copilului. Pentru mame, prevalența ridicată a educației pentru sănătate (86%) indică atât nevoia de informare, cât și

disponibilitatea medicilor de familie de a oferi consiliere complexă. Aceasta reflectă o importantă schimbare de paradigmă în rolul medicului de familie, de la un rol aproape exclusiv terapeutic la un rol cu valențe educaționale semnificative. Remarcăm ponderile semnificative pentru serviciile de monitorizare a bolilor cronice, atât la copil (56%), cât și la mamă (70%), ceea ce semnaleză o provocare semnificativ structurală: populația rurală și semi-urbană se confruntă tot mai des cu patologii cronice (diabet, afecțiuni respiratorii, cardiovasculare) care necesită supraveghere continuă, încă din perioada copilăriei mici.

Intervenția pozitivă asupra nivelului de dotare a cabinetelor de medicină de familie din proiectul Organizației Salvați Copiii în parteneriat cu Fundația OMV Petrom a crescut șansele prezenței unui model integrat al îngrijirii mamei și copilului în comunitățile beneficiare, cu accent pe prevenție (vaccinări, consultații regulate), completat de consiliere și suport post-partum, reducând vulnerabilitatea grupurilor expuse (mame tinere, familii cu resurse reduse) și consolidând funcția „agent pentru sănătate” pe care medicul de familie o are în comunitate.



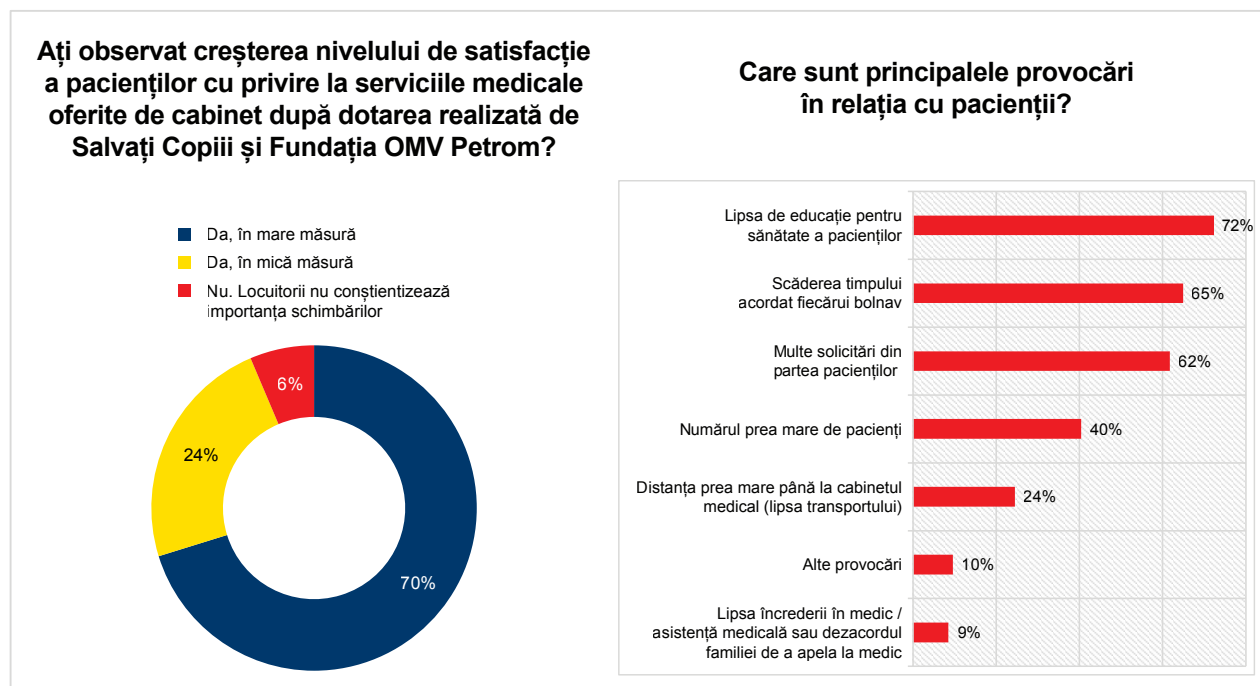
Medic de familie din localitatea Tomești, jud. Iași, folosind analizorul de sânge pentru a oferi teste rapide și accesibile pacienților din mediul rural.

*„De 28 de ani tratez oamenii din sat, le știu rudele, istoricul, bucuriile și suferințele. Cei care mi-au fost copilași mici acum sunt părinți. Vin cu copiii lor. Pe unii îi urmăresc de când s-au născut, le-am fost sprijin mamelor, inclusiv celor foarte tinere. Avem vreo opt gravide din rândul romilor. Cea mai mică are 14 ani. La ei, dacă nu a rămas însărcinată până la 15–16 ani, deja merg la ginecolog să vadă ce se întâmplă. În cabinet vin mulți copii. Iarna, cazurile respiratorii sunt tot mai frecvente. Sunt luni întregi când nu au nicio problemă și apoi, în trei zile, apar afecțiuni respiratorii.”*

**Medic de familie, sat Coțofenii din Față, județul Dolj**



Cei mai mulți medici de familie din program (70%) consideră că locuitorii conștientizează „în mare măsură” îmbunătățirile aduse prin dotarea cabinetelor, iar alți 23% recunosc acest lucru „în mică măsură”. Rezultatele arată că investițiile au fost percepute pozitiv nu doar de cadrele medicale, ci și de comunități, ceea ce întărește relația de încredere între pacient și medic. (Fig. 6)



**Figura 6 - Percepția privind nivelul de satisfacție a pacienților și principalele provocări în relație cu aceștia**

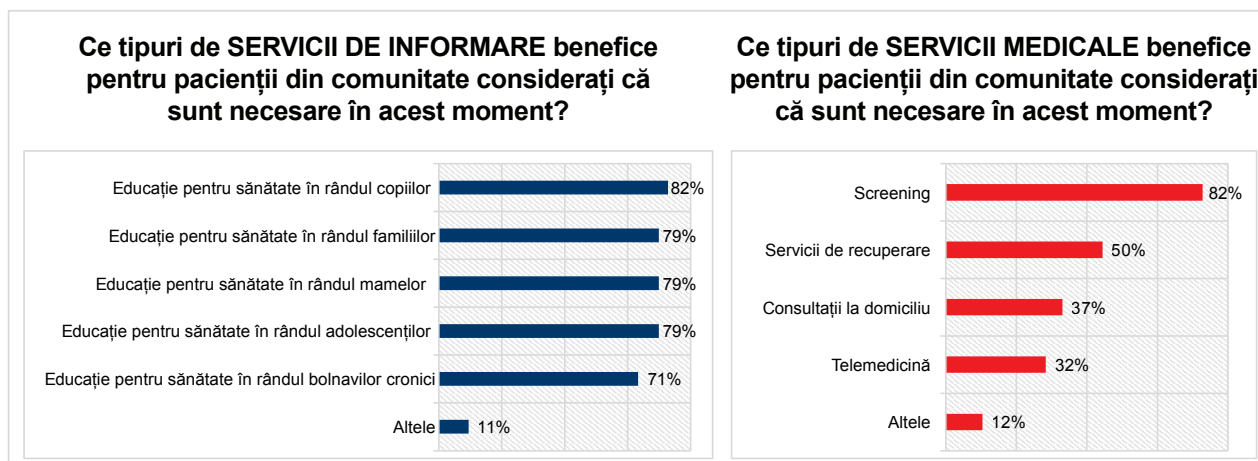
Pe de altă parte, provocările evidențiate în activitatea curentă a medicilor de familie arată limite persistente la nivelul populației, pe care le vom regăsi semnificativ și în cadrul cercetării calitative: lipsa de educație pentru sănătate a pacienților (72%) și scăderea timpului acordat fiecărui bolnav (65%) sunt principalele obstacole, urmate de numărul ridicat de solicitări (62%) și de volumul mare de pacienți (40%). Probleme precum distanța până la cabinet (24%) sau lipsa încrederii în medic (9%) apar în proporții mai reduse, dar rămân indicatori importanți ai vulnerabilității sociale care pot influența negativ accesul la servicii medicale.

Provocările semnalate reflectă profilul socio-economic al comunităților spre care au mers dotările: lipsa educației pentru sănătate este asociată cu un nivel scăzut de școlarizare și cu absența programelor de prevenție în comunități. Volumul mare de pacienți pe care îl au medicii de familie și solicitările frecvente indică un raport dezechilibrat între resursele medicale disponibile și nevoile reale ale populației. Așa cum am văzut și în datele statistice prezentate în capitolul anterior, de la momentul dotării, medicii de familie beneficiari au acordat mai mult de 600.000 de consultații, ceea ce înseamnă o medie de 34 de consultații pe zi pentru fiecare medic.

Nevoile de servicii necesare pacienților din comunitățile cu cabinete de medicină de familie dotate evidențiază două direcții majore (Fig. 7):

- **Accentul pe educația pentru sănătate** – considerată esențială pentru diverse categorii sociale: copii (82%), familii (79%), mame (79%), adolescenți (79%) și persoane cu boli cronice (71%). Această distribuție arată, așa cum vom vedea și din focus grup, că medicii percep un deficit structural de educație sanitară la toate nivelurile, ceea ce justifică nevoia de intervenții preventive, nu doar curative.

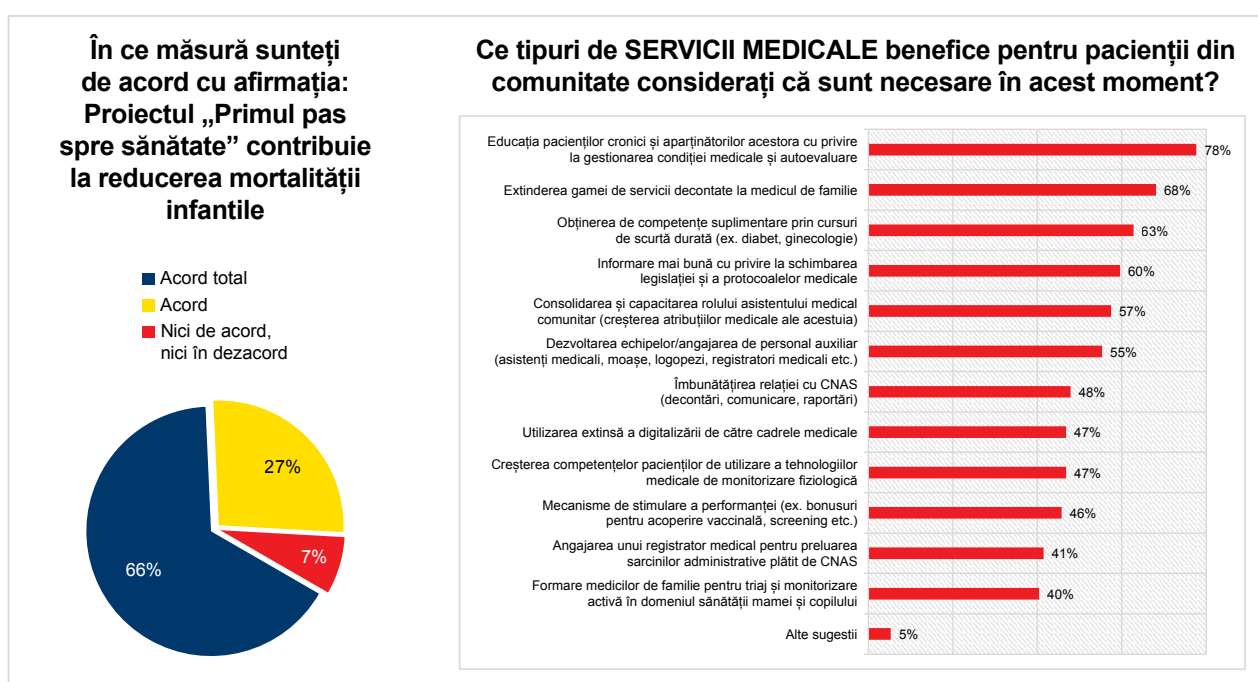
- **Diversificarea serviciilor medicale** – screening-ul (82%) este cel mai solicitat domeniu suplimentar, urmat de servicii de recuperare (50%), consultații la domiciliu (37%) și telemedicină (32%). Aceste date arată o conștientizare a medicilor asupra necesității unor servicii moderne și flexibile, adaptate nevoilor comunităților.



**Figura 7 - Percepția medicilor privind nevoile de servicii în rândul pacienților**

Această imagine sintetică reafirmă schimbarea de paradigmă în percepția medicilor de familie: de la accentul pe tratament către un accent pe prevenție, educație și servicii flexibile, fiind, în opinia noastră un semnal puternic că politicile de sănătate trebuie să investească, pe lângă dotările tehnice, în campanii de educație pentru sănătate, programe de screening și dezvoltare a unor forme hibride de îngrijire (consultații la domiciliu, telemedicină). În același timp, faptul că telemedicina are doar 32% interes relevă și o potențială barieră culturală și tehnologică privind infrastructura digitală, mai ales în mediul rural, precum și nevoia de programe publice de digitalizare și alfabetizare tehnologică atât în rândul medicilor, cât și al pacienților.

93% dintre medicii de familie participanți la studiu sunt de acord că proiectul „Primul pas spre sănătate” contribuie la reducerea mortalității infantile. Această percepție confirmă rezultatele privind îmbunătățirea nivelului de dotare al cabinetelor de medicină de familie. (Fig. 8)



**Figura 8 - Percepția privind contribuția proiectului la reducerea mortalității infantile și oportunitățile de consolidare a asistenței medicale primare**



*„Cred că pentru fiecare dintre noi ați făcut un lucru nemaipomenit! Toată lumea este de acord că ne-ați ajutat enorm. Nu cred că trebuie să vă opriți. Proiectul a fost un succes, un model de bune practici! Modelul acesta poate ajuta ca lucrurile să funcționeze mult mai bine. Organizația dumneavoastră este un laborator care arată statului direcția în care trebuie să meargă și obiectivul pe care trebuie să-l aibă. Eu așa văd!”*

**Medic de familie, sat Fundeni, județul Călărași**

Ierarhia măsurilor pentru consolidarea asistenței medicale primare poziționează pe primul loc nivelul de educație al pacienților și al aparținătorilor acestora (78%), ceea ce confirmă dificultățile structurale deja identificate în slide-urile anterioare privind lipsa educației pentru sănătate. Urmează extinderea gamei de servicii decontate la medicul de familie (68%) și obținerea de competențe suplimentare prin cursuri scurte (63%), ceea ce reflectă dorința de diversificare a serviciilor și profesionalizare continuă. (Fig. 8)

Accentul pus pe educația pacienților cronici reflectă nevoia reală din comunitățile rurale și semi-urbane, unde prevalența bolilor cronice este ridicată, iar resursele pentru înțelegerea și gestionarea corectă a acestora sunt adesea limitate. Lipsa accesului la informații medicale clare și continue poate duce la solicitări frecvente ale cabinetelor, evidențiind necesitatea unor intervenții de educație pentru sănătate adaptate nevoilor pacienților.

Tabloul nevoilor de dezvoltare a asistenței medicale primare prezentat anterior arată faptul că medicii de familie sprijiniți nu percep doar problemele punctuale ale comunităților, ci și limitele structurale ale sistemului sanitar. Prioritățile identificate (educația pacienților, extinderea serviciilor, formarea continuă, consolidarea echipelor) arată că îmbunătățirea sănătății comunitare necesită o combinație de măsuri: intervenții culturale (educație), instituționale (decontări, CNAS), organizaționale (echipe multidisciplinare) și tehnologice (digitalizare, registre medicale). În plus, este esențială dezvoltarea unor mecanisme sustenabile de finanțare și colaborare între autorități locale, instituții de sănătate și societatea civilă, pentru a asigura continuitatea și coerența intervențiilor.



Medic de familie din localitatea Olari, jud. Arad, care oferă consultații direct la domiciliul pacienților, aducând servicii medicale aproape de comunitate.

În cadrul focus grupului desfășurat cu medicii de familie, aceștia au evidențiat **o serie de provocări întâmpinate în acordarea asistenței medicale primare în comunitățile în care activează:**

- **Educația insuficientă a populației.** Medicii au subliniat că multe gravide și mame nu se prezintă la controale prenatale sau postnatale, invocând rușinea, lipsa de educație și cutumele locale. În comunități vulnerabile (inclusiv grupuri etnice), există practici tradiționale care pun în pericol sănătatea copilului (ex: refuzul igienei nou-născutului). Educația sanitară, atât pentru fete înainte de sarcină, cât și pentru părinți, este considerată cheia reducerii mortalității infantile.

*„Primul lucru care m-a lovit când am venit în mediul rural a fost nivelul de educație, vizibil prin anumite cutume. De exemplu, una dintre ele era să nu-și îmbăieze copiii până le cade buricul. A trebuit să merg la ele acasă, să le arăt cum se face, să le explic că un copil trebuie îmbăiat de la început. Cred că problema mortalității infantile și a sănătății copilului începe dinainte ca femeia să rămână însărcinată. Am minore însărcinate în lista mea de pacienți.”*

**Medic de familie, sat Bosanci, județul Suceava**



- **Acces deficitar la servicii medicale.** Gravidele și copiii din comunități izolate sau defavorizate economic au acces redus la investigații și consultații de specialitate. Comunele pot avea sate răsfirate pe distanțe de zeci de kilometri. Mulți nu au transport, iar vizitele la cabinet sunt rare. Medicii au semnalat și lipsa legăturii cu maternitățile: află de multe ori de naștere abia după ce mama vine cu copilul la vaccinare sau la control. Lipsa unui sistem integrat de comunicare între cadrele medicale pe diferite nivele de specializare este o problemă apărută recurent în discuțiile cu medicii de familie, justificând inclusiv deficitul de raportare și informare a medicilor cu privire la cazuistica medicală reală a comunității.

*„Sunt 10, 12 sau chiar 15 kilometri de la domiciliul pacientului până la cabinet și nu există transport. Asta e o problemă. Pe de altă parte, ar ajuta mult dacă s-ar mări numărul de consultații la domiciliu, acum limitate la 42 pe lună. Aproape toți facem mult mai multe.”*

**Medic de familie, sat Frumușica, județul Botoșani**



- **Lipsa unor programe de educație sanitară și de vaccinare la nivel național.** În opinia medicilor participanți la focus grup, rata vaccinării a scăzut semnificativ, mai ales după pandemie, sub influența rețelelor sociale sau a grupurilor anti-vaccin. Părinții nu își asumă responsabilitatea și refuză vaccinurile până când apar epidemii. Medicii participanți la focus grup au considerat că este nevoie de campanii naționale clare, pe canale accesibile (TV, social media) și o reglementare mai fermă privind responsabilitatea părinților în vaccinarea copiilor.

## 7.

# Impactul programului în rândul beneficiarelor



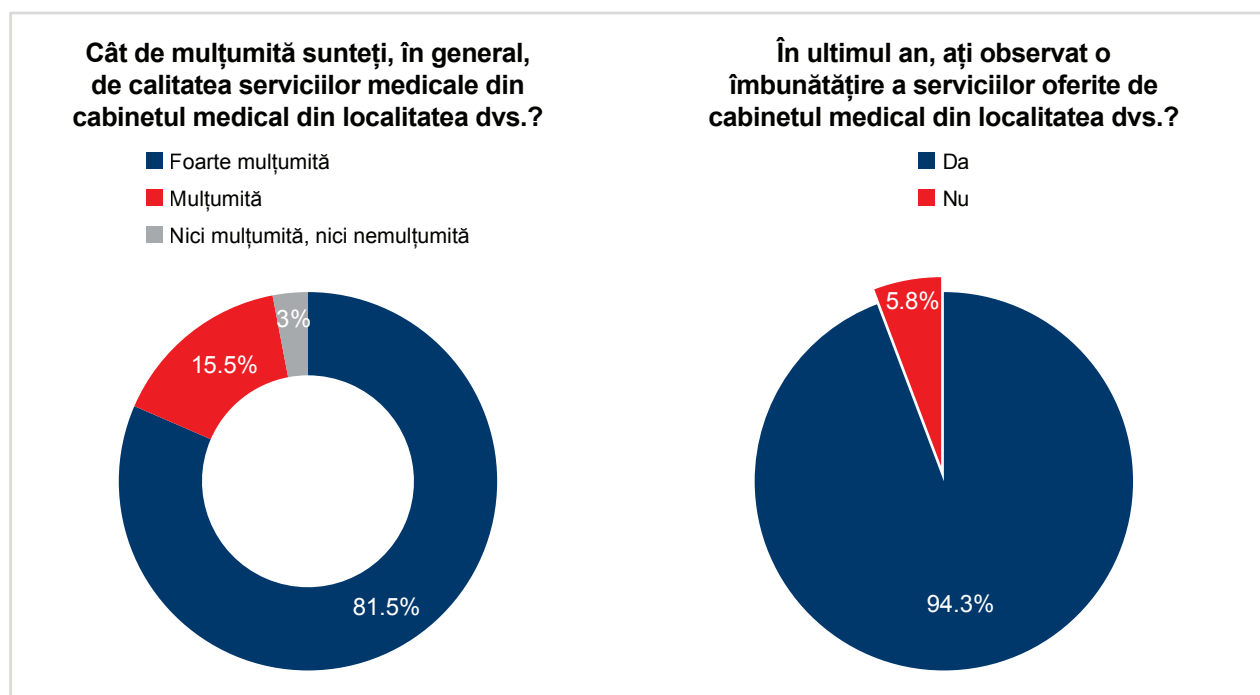
„Sunt foarte mulțumită acum de cabinetul de medicină de familie de la noi din localitate. Are tot ce trebuie. Și doamna doctor este foarte implicată și îmi oferă tot ajutorul de care am nevoie. Pentru că la nașterea unui copil ai nevoie de mai mult ajutor decât credeai. Iar eu fiind la prima sarcină și singură m-am panicat din fiecare lucru, dar doamna doctor m-a liniștit de fiecare dată”

**Mamă, comuna Fărăgău, județul Mureș**

Proiectul generează încredere, satisfacție și recunoaștere socială în rândul femeilor beneficiare – elemente esențiale pentru sustenabilitatea și extinderea inițiativelor de sănătate publică în comunitățile vulnerabile.

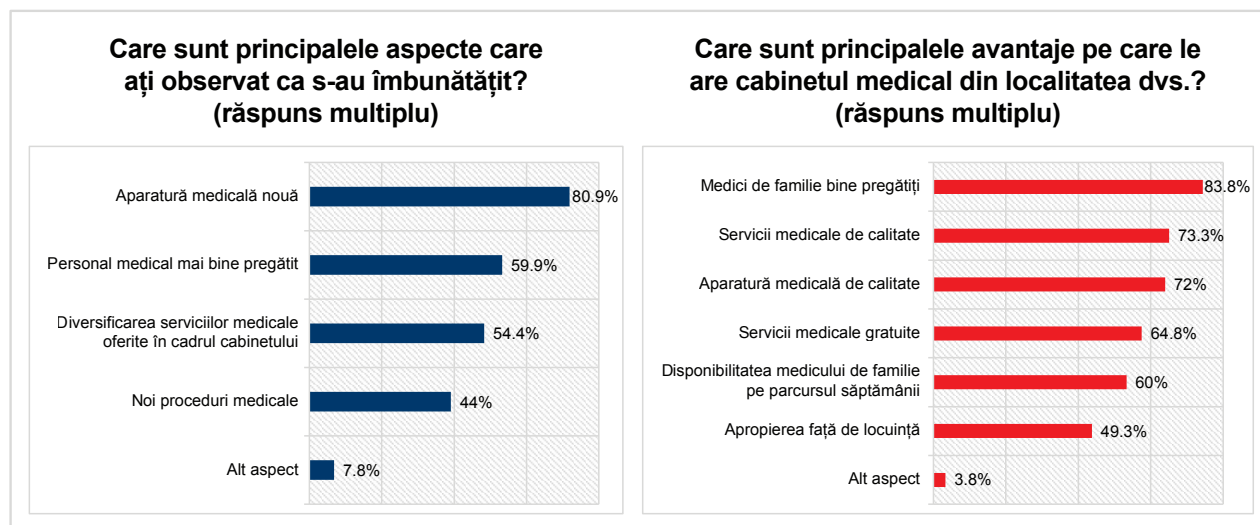
Nivelul de satisfacție este extrem de ridicat: 81,5% dintre respondente se declară „foarte mulțumite”, iar alte 15,5% „mulțumite”. (Fig. 9)

În plus, 94,3% dintre participante consideră investiția în dotarea cabinetelor medicale ca fiind importantă, ceea ce confirmă valoarea adăugată a proiectului la nivel comunitar. Aceste rezultate reflectă eficiența intervenției și faptul că beneficiarele – majoritar tinere, cu resurse limitate și vulnerabile socio-economic percep proiectul nu doar ca pe o formă de sprijin concret și imediat, ci și ca pe o garanție de siguranță și echitate în accesul la servicii medicale.



**Figura 9** - Nivelul de satisfacție a pacienților și percepția lor cu privire la îmbunătățirea serviciilor medicale oferite

Impactul celei de-a doua ediții a proiectului „Primul pas spre sănătate” se reflectă atât în percepția pacienților privind dotarea cabinetelor medicale, cât și în calitatea serviciilor oferite de cabinetele dotate. Cea mai vizibilă îmbunătățire remarcată de mame și gravide o constituie dotarea cu aparatură medicală nouă (81%). Aceasta confirmă direcția centrală a proiectului – creșterea capacității tehnice a cabinetelor – și demonstrează relevanța investițiilor. De asemenea, 59,9% dintre beneficiare apreciază pregătirea mai bună a personalului medical, ceea ce arată importanța componentei de formare profesională. Un alt efect important este diversificarea serviciilor medicale oferite (54,4%), aspect care extinde aria de adresare a cabinetelor și reduce dependența de unități medicale mai îndepărtate. În plus, 44% dintre respondente au remarcat apariția unor noi proceduri medicale, ceea ce semnalează o schimbare calitativă a practicii medicale. (Fig. 10)



**Figura 10 - Percepția pacienților privind dotarea și avantajele cabinetelor medicale de familie**

*„La noi doamna doctor este foarte deschisă și s-a preocupat de cabinet și de pacienți. Sunt foarte mulțumită. Cabinetul este dotat, pus la punct, curat. Serviciile medicale sunt foarte bune. Poate i-ar trebui doamnei doctor un spațiu mai mare la câți pacienți suntem și la vară poate și un aer condiționat. Comunicarea cu doamna doctor este foarte bună. Pot să spun că răspunde mereu la toate solicitările, chiar și în timpul liber, chiar și dacă o suni pe telefonul personal. Nu a refuzat pe nimeni.”*

**Mamă, sat Nereju Mic, județul Vrancea**



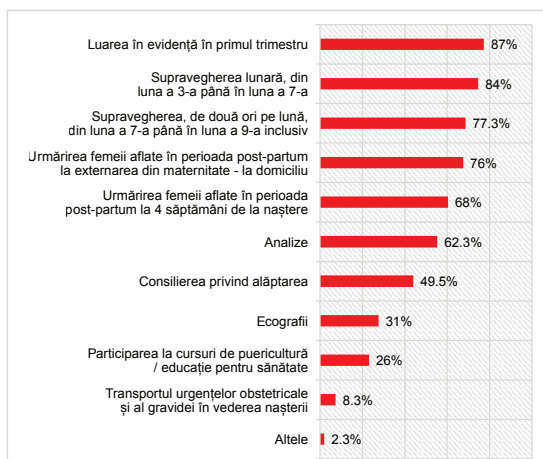
Între beneficiile percepute ale accesului la servicii medicale, competența medicului de familie ocupă primul loc (83,8%), urmată de calitatea generală a serviciilor (73,3%) și de aparatura medicală modernă (72%). Această combinație evidențiază că din perspectiva beneficiarelor, calitatea îngrijirii este determinată de interacțiunea dintre competența profesională, infrastructura tehnică și respectarea standardelor medicale. Alte dimensiuni relevante sunt gratuitatea serviciilor (64,8%), care joacă un rol esențial pentru familiile cu resurse financiare reduse, și disponibilitatea medicului (60%), percepută ca un indicator de accesibilitate. Nu în ultimul rând, proximitatea cabinetului față de locuință (49%) arată că apropierea geografică rămâne un factor cheie în utilizarea serviciilor medicale, în special pentru mamele cu copii mici. (Fig. 10)



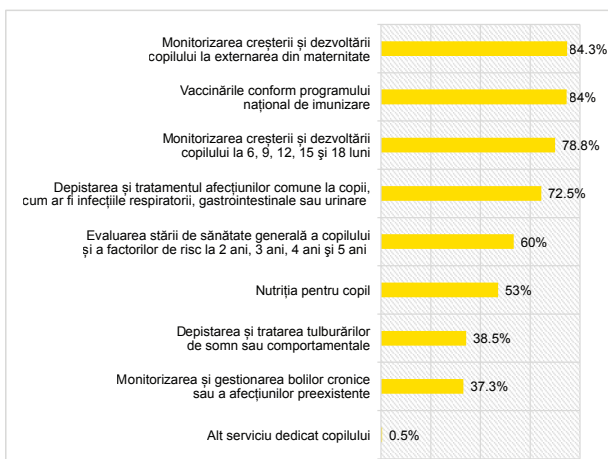
Medic de familie din Vărăști, Giurgiu, folosind aparatură pediatrică pentru a oferi consultații sigure și precise copiilor din comunitate.

Datele din *Figura 11* arată că cea mai mare parte a participantelor au beneficiat de luarea în evidență în primul trimestru de sarcină (87%), ceea ce marchează o conformare importantă la standardele de monitorizare prenatală. De asemenea, supravegherea gravidei a fost constantă și intensă: 84% au avut controale lunare între luna a 3-a și a 7-a, iar 77,3% au beneficiat de controale bilunare în trimestrele finale, perioadă cu risc crescut. Serviciile post-partum au fost, la rândul lor, relevante: 76% au beneficiat de vizite la domiciliu după externarea din maternitate, iar 68% de monitorizare la 4 săptămâni de la naștere. Sprijinul prin analize (62%), consiliere privind alăptarea (50%) și ecografiile (31%) completează tabloul unei îngrijiri complexe. Aspectele precum transportul pentru urgențe obstetricale (8%) apar mai puțin frecvent, semnalând o posibilă lipsă de informare a pacientelor cu privire la serviciile de transport pe care le poate oferi cabinetul medical.

**(servicii adresate gravidelor)**  
**Care sunt principalele servicii medicale de care ați beneficiat în cadrul cabinetului?**  
**(răspuns multiplu)**



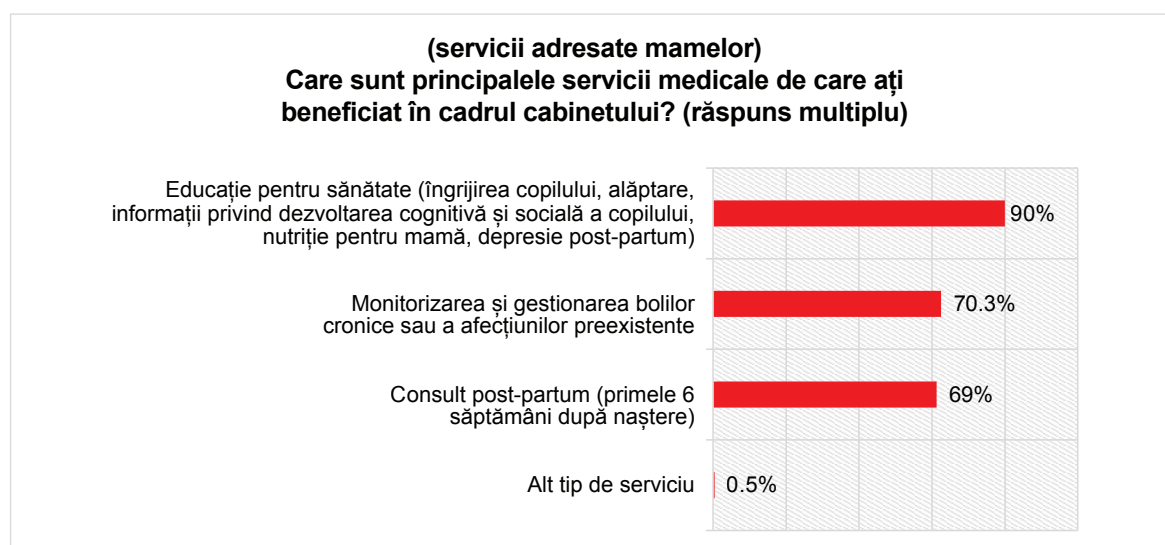
**(servicii adresate copilului)**  
**Care sunt principalele servicii medicale de care ați beneficiat în cadrul cabinetului?**  
**(răspuns multiplu)**



**Figura 11 - Servicii medicale de care au beneficiat gravidele și copiii**

În ceea ce privește sănătatea copiilor, se remarcă un nivel ridicat al monitorizării creșterii și dezvoltării încă de la externarea din maternitate (84,3%), precum al acoperirii vaccinale conform programului național (84%). Monitorizarea periodică a dezvoltării copilului (la 6, 9, 12, 15 și 18 luni) a fost consemnată în proporție de 78,8%, reflectând o bună continuitate a îngrijirii pediatrice. Serviciile medicale au vizat și diagnosticarea și tratarea afecțiunilor comune ale copilăriei (72,5%), aspect esențial pentru reducerea complicațiilor și a spitalizărilor. Într-o proporție mai mică, dar semnificativă, apar și intervenții precum evaluarea generală a sănătății copilului și a factorilor de risc la 2, 3 și 5 ani (60%), nutriția (53%), respectiv abordarea tulburărilor de somn sau comportamentale (39%) și gestionarea bolilor cronice (37%).

Cea mai mare parte dintre mamele și gravidele paciente ale cabinetelor dotate (90%) au beneficiat de servicii de informare și educație pentru sănătate care au vizat teme esențiale precum îngrijirea copilului, alăptarea, dezvoltarea cognitivă și socială a copilului, nutriția mamei și prevenirea/gestionarea depresiei post-partum. Importanța acordată educației pentru sănătate subliniază schimbarea de paradigmă în asistența medicală, de la o abordare exclusiv curativă la una preventivă și de responsabilizare a mamei și comunității. (Fig. 12)



**Figura 12 - Servicii medicale de care au beneficiat mamele în cabinetele dotate**

În proporție de 70,3%, respondentele au beneficiat de servicii care au vizat gestionarea afecțiunilor cronice, fapt deosebit de important în contextul în care sarcina și perioada post-partum pot fi complicate de patologii preexistente. Această componentă reflectă o atenție crescută acordată continuității îngrijirii medicale, evitând fragmentarea serviciilor și facilitând prevenirea complicațiilor pe termen lung.

Un alt efect semnificativ al proiectului este creșterea accesului la consultul post-partum în primele 6 săptămâni după naștere, accesat de 69% dintre beneficiare. Această etapă, uneori insuficient accesată din diverse motive, joacă un rol esențial pentru sănătatea fizică și emoțională a mamei, precum și pentru dezvoltarea unei relații sănătoase mamă-copil. Rezultatul sugerează că proiectul a contribuit la întărirea acestui segment de îngrijire, acoperind o nevoie importantă în perioada postnatală.

Serviciile complementare de sprijin pentru mame și copii completează pachetul de prevenție și monitorizare prezentat anterior și arată o orientare clară a proiectului „Primul pas spre sănătate” către dimensiunea educațională și psiho-socială a sănătății mamei și copilului. Prin aceste servicii, proiectul a reușit să ofere mamei și copiilor o linie de prevenție și monitorizare completă, cu accent pe primele etape critice ale sarcinii și copilăriei, ceea ce constituie un pas major spre consolidarea sănătății mamei și copilului la nivel comunitar.

Majoritatea respondentelor (84%) declară că au beneficiat în totalitate gratuit de serviciile disponibile în cadrul cabinetelor dotate prin proiect, iar un procent suplimentar de 16% menționează că au accesat doar unele dintre acestea gratis. Cele mai frecvent utilizate servicii pentru care beneficiarele au plătit au fost legate de consumabilele pentru ecografiile și analizele medicale efectuate. (Fig. 13)

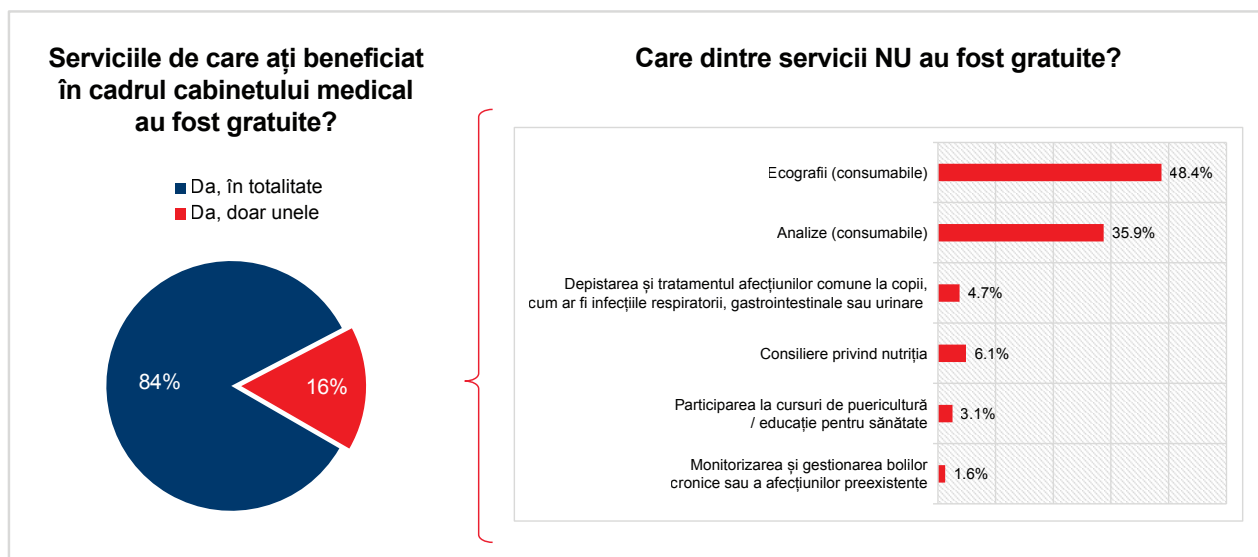


Figura 13 - Servicii de care au beneficiat pacientele și care nu au fost gratuite

Dotarea medicilor de familie în etapa a doua a proiectului „Primul pas spre sănătate” a generat o economie de aproximativ 400 lei per serviciu medical accesat<sup>17</sup> pentru mamele și gravidele din comunitățile sprijinite.

Dotarea cabinetelor cu aparatură a făcut posibil ca o parte semnificativă dintre beneficiare să primească servicii direct la medicul de familie, reducând nevoia de deplasare și de apelare la clinici private sau alte unități medicale contra cost. Spre exemplu, ecografiile și analizele, care înainte erau efectuate aproape exclusiv în alte unități și cu plată, au putut fi realizate local, la costuri reduse sau chiar gratuit. Datele din Figura 14 arată că, atunci când serviciile sunt disponibile la cabinet, proporția celor care au plătit este mult mai mică decât în cazul accesării lor în altă parte, iar costurile medii suportate de paciente sunt considerabil reduse.

(întrebare adresată femeilor gravide și mamelor)

Pe perioada sarcinii, care sunt principalele servicii medicale de care ați beneficiat? (răspuns multiplu)

	La cabinetul medicului de familie			Da, în altă parte		
	A beneficiat	A plătit	Cost mediu (lei)	A beneficiat	A plătit	Cost mediu (lei)
Control de specialitate	65%	4%	189	36%	32%	298
Analize de sânge	61%	4%	149	33%	12%	298
Analize de urină	52%	3%	181	31%	9%	69
Examen ecografic	30%	2%	200	50%	35%	262
Examen de sânge - markeri biochimici fetali	28%	4%	247	32%	23%	290
Examen ecografic - morfologia fetală de trimestru 3	27%	3%	398	51%	41%	617
Examen ecografic - morfologia fetală de trimestru 2	26%	3%	413	44%	38%	642
Examen ecografic - morfologia fetală de trimestru 1	25%	4%	295	50%	44%	616
Alte analize medicale (sânge, glicemie etc.) Care?.....	6%	1%	52	2%	1%	425

Figura 14 - Accesarea serviciilor și costurile acestora pentru gravide și mame

17. Calculul estimativ s-a efectuat pornind de la datele colectate la întrebarea Q8 din chestionarul adresat pacientelor prin aplicarea inducției inverse (contrafactice): Dacă nu ar fi făcut respectiva analiză gratuită în cabinetul medicului de familie: „Câte dintre paciente s-ar fi dus în altă parte?”; „Câte ar fi plătit?”; „Care a fi fost suma?”. Prin acest demers a rezultat o sumă medie finală de 401,45 lei/analiză.

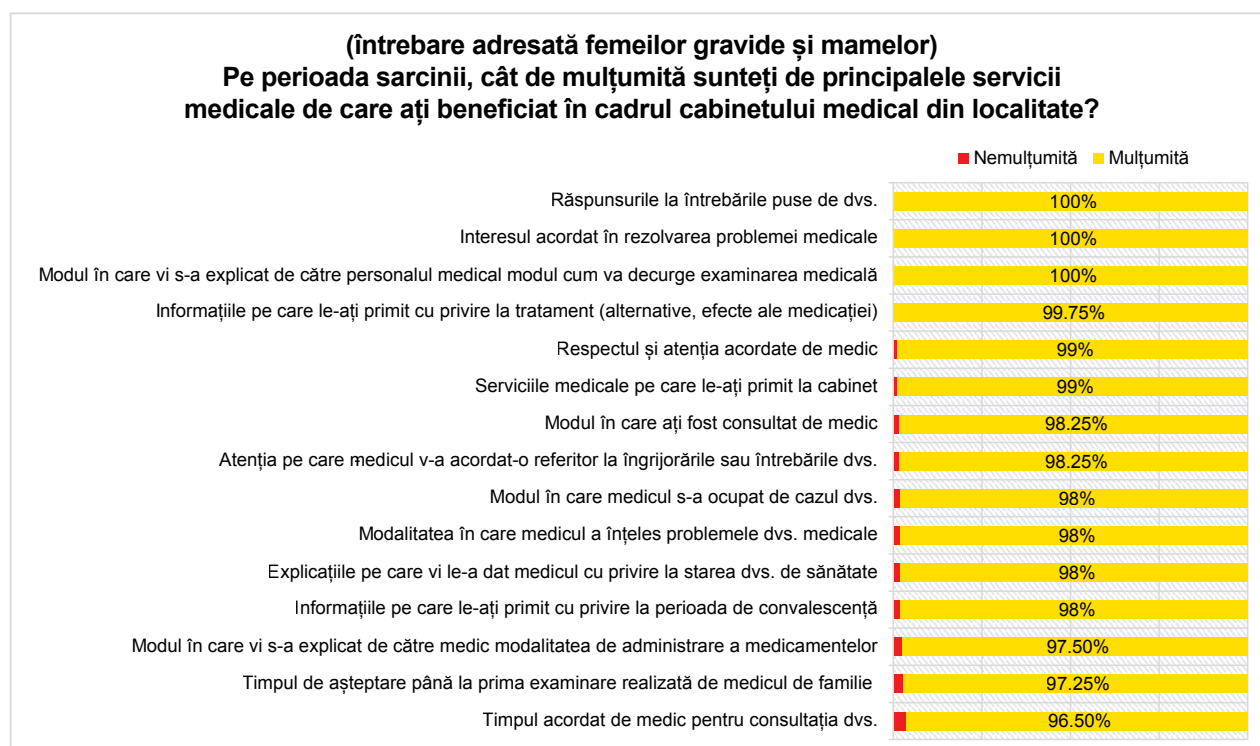
De pildă, pentru ecografiile sau analize, diferența dintre costul suportat în cabinetul de familie și cel din afara lui se traduce printr-o economie de ordinul a câteva sute de lei per persoană. Raportat la venituri modeste (așa cum s-a văzut anterior venitul personal mediu pentru beneficiare este de cca. 1.289 lei), aceste sume reprezintă un sprijin financiar substanțial.



„Accesul la gratuitate nu e întotdeauna ușor. Mai sunt și cazuri de femei care nu au telefon să facă o programare și ajung la noi abia după ce nasc.”

**Medic de familie, sat Bancu, județul Harghita**

Evaluarea subiectivă a impactului proiectului, reflectată prin nivelul de satisfacție al pacienților față de serviciile medicale primite, evidențiază rezultate remarcabile<sup>18</sup>: aproape toate aspectele relației medic–pacient și ale actului medical sunt evaluate pozitiv, multe dintre ele la nivel de 100% satisfacție. (Fig. 15)



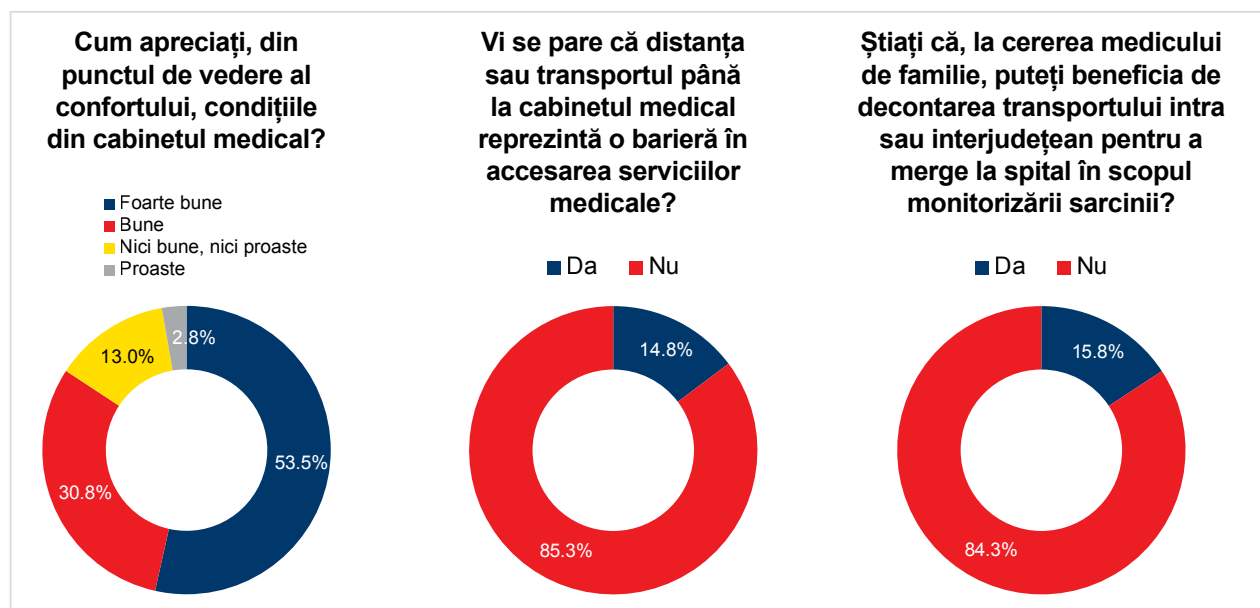
**Figura 15 - Satisfacția pacienților față de serviciile primite pe perioada sarcinii**

Aspecte cu satisfacție maximă (100%) sunt: răspunsurile la întrebările pacienților, interesul acordat în rezolvarea problemelor medicale, modul în care personalul medical a explicat procedurile. Aceste rezultate indică o relație de încredere și respect între pacienți și cadrele medicale, dar și un efort vizibil de comunicare din partea personalului medical din cabinetele dotate. Alte zone care au, de asemenea, satisfacție foarte ridicată sunt: respectul și atenția acordate de medic (99%), calitatea serviciilor medicale primite (99%), explicațiile cu privire la tratament și perioada de convalescență (98%) și modul în care medicul a înțeles problemele pacienților (98%).

Peste jumătate dintre beneficiare (53,5%) se declară „foarte mulțumite” și o treime (30,8%) „mulțumite” de condițiile și confortul oferite de cabinetele medicale dotate. Doar un procent redus (13%) au exprimat o satisfacție moderată, iar nivelul nemulțumirii este aproape inexis-

18. Analiză de frecvență a răspunsurilor la întrebarea Q9 din chestionar.

tent. Aceasta confirmă că proiectul a reușit să răspundă într-o măsură semnificativă nevoilor reale ale gravidelor și mamelor. Pentru aproximativ 15% dintre paciente (una din șapte), transportul până la cabinetul medical reprezintă o barieră în accesarea serviciilor medicale, iar 84% nu cunosc faptul că, în anumite condiții (de exemplu dacă sunt în situații de vulnerabilitate socială) și pe baza unui bilet de trimitere de la medic, pot beneficia de decontarea transportului pentru consultații prenatale în altă localitate. (Fig. 16)



**Figura 16 - Aprecierea condițiilor din cabinetul medical. Bariere de transport**

„În toată Delta sunt doar câteva cabinete de medicină de familie. Localitățile sunt izolate și nu există, sub nicio formă, transport la dispoziția doctorilor. Dacă cineva are un accident dincolo de canalul Sulina, vorbim la telefon, ne facem cu mâna. Nu avem cum să intervenim. La Crișan, ca să vină o ambulanță, durează cel puțin două ore. La Topolog, 45 de minute, dacă ai noroc. La Jurilovca, ceva mai bine, dar tot greu. E nevoie de o regândire completă a sistemului de urgență în astfel de zone.”

**Medic de familie, județul Tulcea**



Proiectul „Primul pas spre sănătate” a avut un impact consistent în rândul gravidelor și mamelor tinere, reflectat atât în creșterea accesului la servicii medicale esențiale, cât și în nivelul foarte ridicat de satisfacție față de calitatea și profesionalismul cadrelor medicale. Dotarea cabinetelor a permis furnizarea de servicii diversificate, reducerea costurilor pentru paciente și apropierea de un standard de îngrijire modern, contribuind astfel la construirea unei relații durabile între paciente și sistemul medical de bază, premisă esențială pentru prevenție și pentru o sănătate comunitară mai bună pe termen lung.

Nevoile de informare ale pacientelor sunt complexe și reflectă o preocupare reală pentru sănătatea proprie și a copiilor lor. Acestea se grupează în trei direcții principale:

#### **a) Sănătatea fizică și nutriția**

Pacientele solicită frecvent informații clare despre investigațiile medicale și monitorizarea sarcinii – analizele obligatorii înainte și după naștere, posibilitatea efectuării gratuite a acestora și accesul la investigații complexe (RMN, CT) în cazul gravidelor.

O altă arie majoră de interes este nutriția și stilul de viață, atât pentru perioada sarcinii și alăptării, cât și pentru primii ani de viață ai copilului. Mamele caută recomandări privind alăptarea, alimentația echilibrată, medicația permisă sau interzisă în timpul alăptării, stimularea lactației și recuperarea după cezariană. În privința copilului mic, întrebările vizează tratamente uzuale pentru colici, erupții dentare, răceli și episoade febrile.



Aparatura pentru monitorizarea copiilor în primii ani permite medicilor de familie din mediul rural să urmărească dezvoltarea și sănătatea celor mici, prevenind afecțiuni și intervenind la timp.

### **b) Sănătatea psihologică și relațiile familiale**

Mamele își exprimă dorința de a avea acces la consiliere psihologică în primele luni după naștere, pentru prevenirea și gestionarea depresiei postnatale. De asemenea, manifestă interes pentru îmbunătățirea relației cu tatăl copilului și pentru menținerea echilibrului familial într-o perioadă marcată de schimbări emoționale majore.

### **c) Educația medicală preventivă și parentală**

Mamele solicită tot mai des informații despre dezvoltarea copilului, etapele de creștere și implicarea tatălui în educație. Preocupările includ și relațiile dintre frați, precum și gestionarea consumului de tehnologie digitală.

În același timp, se remarcă o nevoie accentuată de claritate în privința măsurilor preventive: un calendar al vaccinărilor și controalelor medicale, reguli de igienă, recomandări pentru prevenirea virozelor și stabilirea unui program corect de masă și somn.

De asemenea, multe mame solicită informații privind planificarea familială, în special în perioada post-partum, cu accent pe metode contraceptive non-hormonale și fără medicație.

Per ansamblu, aspectele prezentate anterior arată că pacientele își doresc cabinete de medicină de familie transformate în centre de sănătate comunitară, capabile să ofere servicii integrate, accesibile, moderne și adaptate atât nevoilor medicale, cât și celor educaționale și psihosociale.



*„Ei (pacienții) au foarte mult nevoie de a sta cineva și a-i asculta. Nu neapărat medicamentul, cât mai mult e discuția cu ei. Faptul că trebuie să-i liniștești, să le oferi un confort... emoțional.”*

**Medic de familie, sat Tomești, județul Iași**

## 8. Recomandări

Pe baza analizelor realizate, precum și din perspectivele exprimate de medici și pacienți, se conturează câteva direcții.

### 8.1. Pentru medicii de familie și practicieni

- Din observațiile din teren reiese că integrarea serviciilor educaționale (consiliere în alăptare, nutriție, prevenirea depresiei post-partum) în practica curentă, alături de consultațiile medicale, pot contribui semnificativ la prevenție.
- Medicii au menționat utilitatea telemedicinii și a consultațiilor la domiciliu, acolo unde infrastructura permite, pentru a crește accesibilitatea pacienților izolați geografic.
- Practicienii au semnalat importanța colaborării echipelor multidisciplinare (asistenți medicali comunitari, psihologi, consilieri în sănătate) pentru a răspunde nevoilor complexe ale comunității.
- Din bunele practici, reiese că parteneriate cu școlile pot transmite mesaje de educație pentru sănătate, folosind canalele de comunicare cu cea mai mare credibilitate în comunitate.

### 8.2. Pentru autoritățile publice (Ministerul Sănătății, CNAS, DSP-uri, autorități locale)

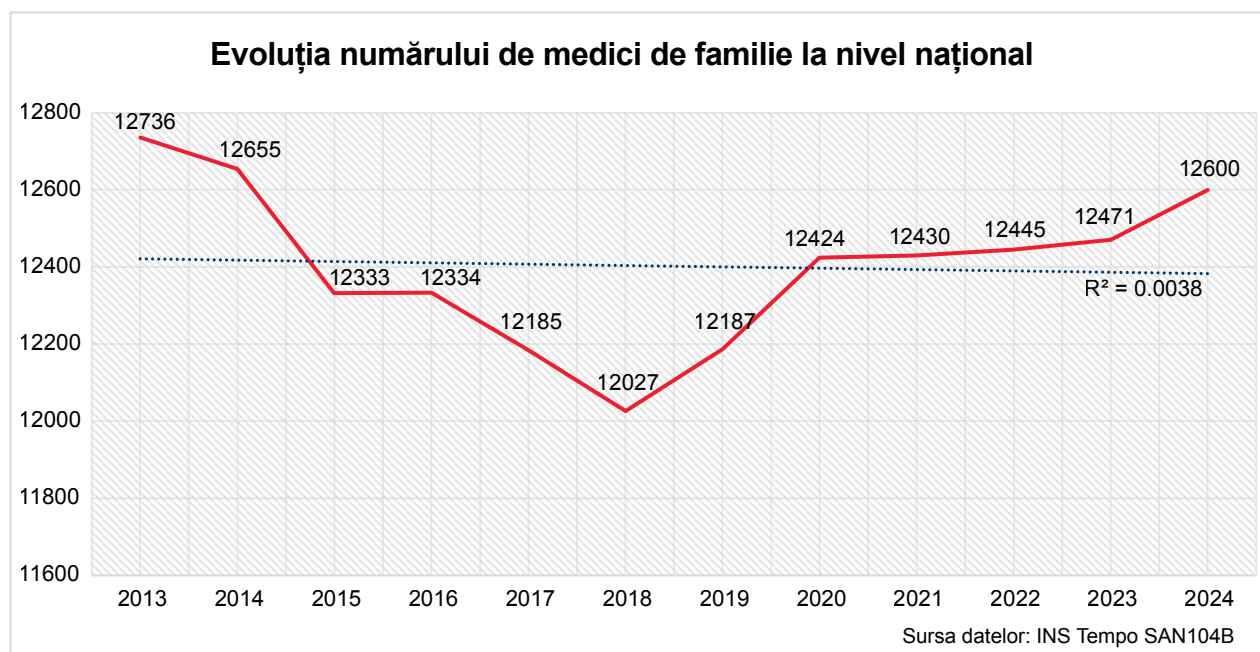
- Medicii din program au semnalat că investițiile contribuie la îmbunătățirea serviciilor medicale în comunități.
- Din feedbackul lor, diversificarea serviciilor decontate (în special pentru prevenție, educație pentru sănătate și consiliere în nutriție și sănătate mintală perinatală) ar putea spori accesul pacienților vulnerabili.
- Practicienii au menționat crearea unor mecanisme de finanțare sustenabile pentru acoperirea costurilor cu consumabilele medicale (ex. ecografii, analize), pentru a evita astfel taxarea suplimentară a pacienților vulnerabili.
- O parte dintre medici au evidențiat importanța digitalizării registrelor medicale și asigurarea interoperabilității între instituții (medici de familie, maternități, DSP, INS) pentru îmbunătățirea raportării și monitorizării mortalității infantile.
- Programe de atragere și retenție a personalului medical în mediile defavorizate (stimulente financiare, împrumuturi cu dobânzi preferențiale, locuințe de serviciu, programe de mobilitate profesională).
- Campanii publice de informare și educație sanitară adaptate mediului rural și grupurilor vulnerabile, cu accent pe prevenție, vaccinare și controale periodice.
- Asigurare transport în comun între localitățile unei comune.

## 9.

# Context: medicina de familie în România

Evoluția numărului de medici de familie la nivel național în perioada 2013-2023 conturează câteva tendințe relevante pentru analiza resurselor umane din sănătate (Fig. 17):

- Scădere accentuată între 2013 și 2018 – în cinci ani numărul medicilor de familie s-a redus de la 12.736 (2013) la 12.027 (2018), ceea ce înseamnă o pierdere de peste 700 de medici. Această tendință negativă reflectă atât migrația profesională, cât și pensionările și lipsa unui flux suficient de noi absolvenți care să compenseze.
- Începând cu 2019, curba înregistrează o creștere constantă, iar în 2023 numărul medicilor de familie ajunge la 12.471. Deși nivelul rămâne sub cel din 2013, tendința de redresare indică măsuri de retenție și atragere parțial eficiente.



**Figura 17 - Evoluția numărului de medici de familie la nivel național**

Distribuția medicilor de familie și a cabinetelor de medicină de familie la nivel de județ în anul 2024, conform datelor INS, evidențiază disparități regionale importante – centrele universitare și marile orașe concentrează resurse medicale semnificative, în timp ce județele mici și cu profil rural rămân deficitare. (Fig. 18)

## Numărul de medici de familie și cabinete de medicină de familie, pe județe, în 2024

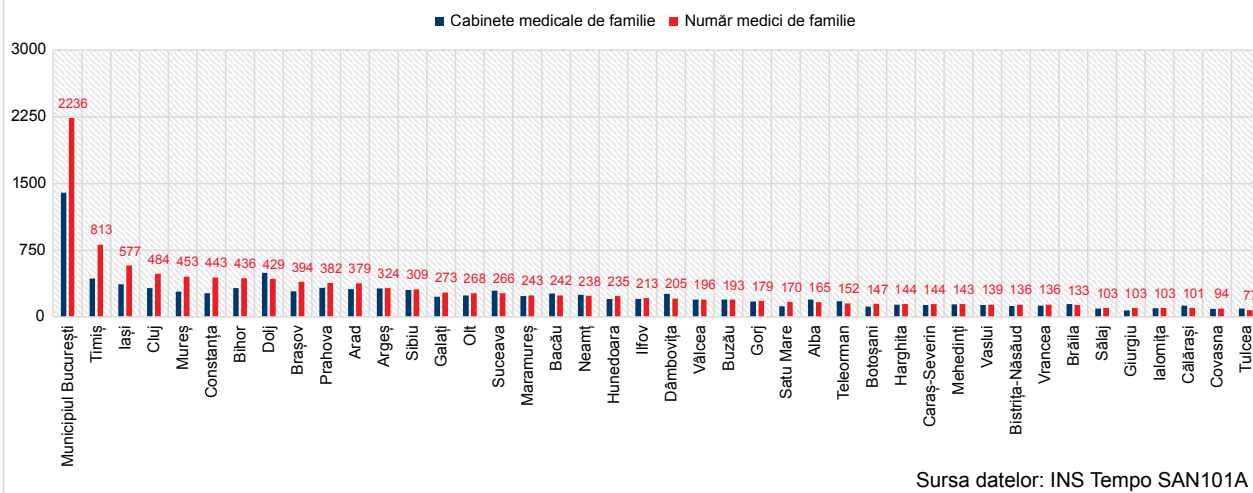


Figura 18 - Numărul de medici de familie și cabinete de medicină de familie per județe

Municipiul București se detașează net, cu 2.236 de medici de familie și peste 1.400 de cabinete, reprezentând cel mai mare centru de concentrare a resursei umane. După București, județele Timiș (813 medici) și Iași (577 medici) ocupă primele locuri, confirmând rolul lor ca poli universitari și centre medicale regionale. La polul opus, județele Tulcea (77 medici), Covasna (94 medici) și Călărași (101 medici) au cele mai reduse resurse de medici de familie, ceea ce sugerează un deficit acut. (Fig. 19)

## Rata de acoperire cu medicină de familie, pe județe, în 2024

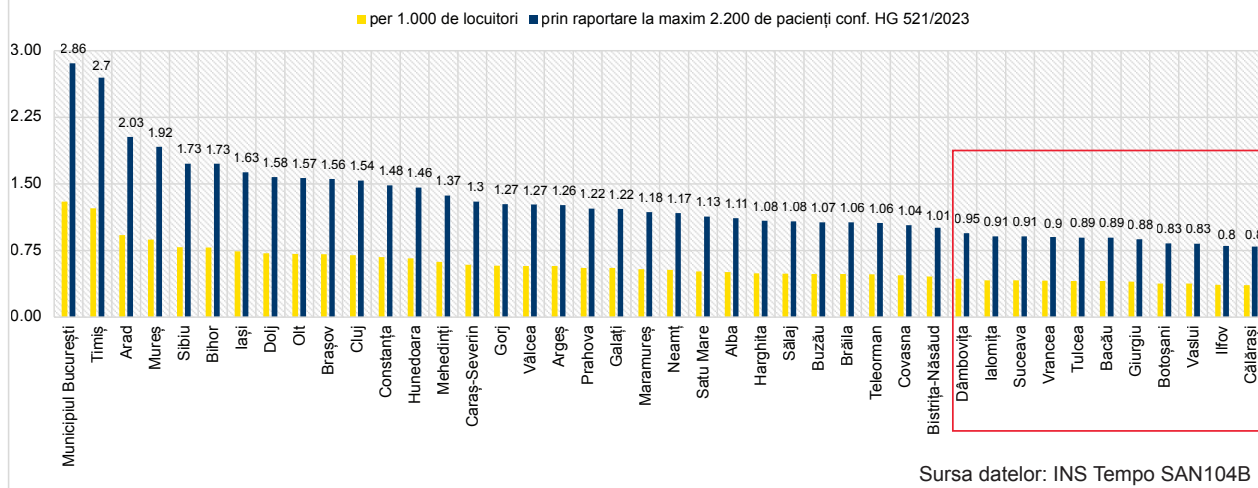


Figura 19 - Rata de acoperire cu medicină de familie per județe



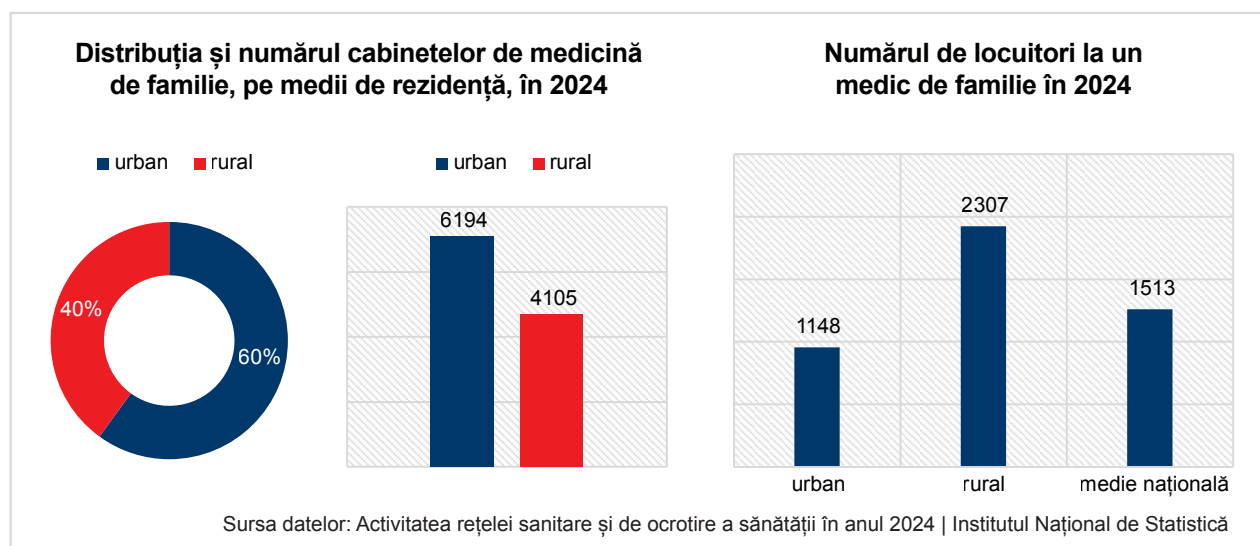
„Aici (la sat).., chiar ai mai multe șanse să faci medicină decât în București, unde tentația de a trimite pacienții la spitale este foarte mare, fiind foarte accesibile. Aici sunt obligată, uneori, să îmi depășesc temerile și să tratez pacienți pe care, dacă eram în București, i-aș fi trimis cu siguranță la spital.”

Medic de familie, sat Vărăști, județul Giurgiu

Municipiul București are cea mai bună acoperire (1,42 medici la 1.000 locuitori; echivalent cu 2,86 raportat la plafonul de 2.200 pacienți/medic). Aceasta reflectă concentrarea de resurse medicale în capitală. Timiș și Arad se plasează pe locurile următoare, cu o acoperire peste media națională, ceea ce arată o distribuție relativ favorabilă a medicilor de familie în aceste județe. O zonă critică este evidențiată în partea dreaptă a graficului (marcată cu roșu), unde se regăsesc județe precum Dâmbovița, Ialomița, Suceava, Vrancea, Tulcea, Bacău, Giurgiu, Botoșani, Vaslui, Ilfov și Călărași – toate cu acoperire subunitară (sub 1 medic/1.000 locuitori și sub 1 raportat la plafonul de 2.200 pacienți).

60% dintre cabinetele de medicină de familie se află în urban (6.194 cabinete), iar 40% în rural (4.105 cabinete). Această proporție reflectă o concentrare a resurselor medicale în orașe, în contextul în care populația rurală reprezintă aproximativ 45% din totalul național. (Fig. 20)

În urban, un medic de familie are în medie 1.148 de pacienți, ceea ce este sub limita maximă de 2.200 și indică o acoperire relativ bună. În rural, situația este mult mai dificilă: un medic deservește în medie 2.307 pacienți, depășind semnificativ plafonul legal maxim.



**Figura 20 - Distribuția și numărul cabinetelor de medicină de familie. Număr de locuitori la un medic**



„În peste 30 de ani, nu a fost niciun caz în care să nu consultăm pacientul în ziua în care a venit, chiar dacă au fost și zile cu 70 de pacienți.”

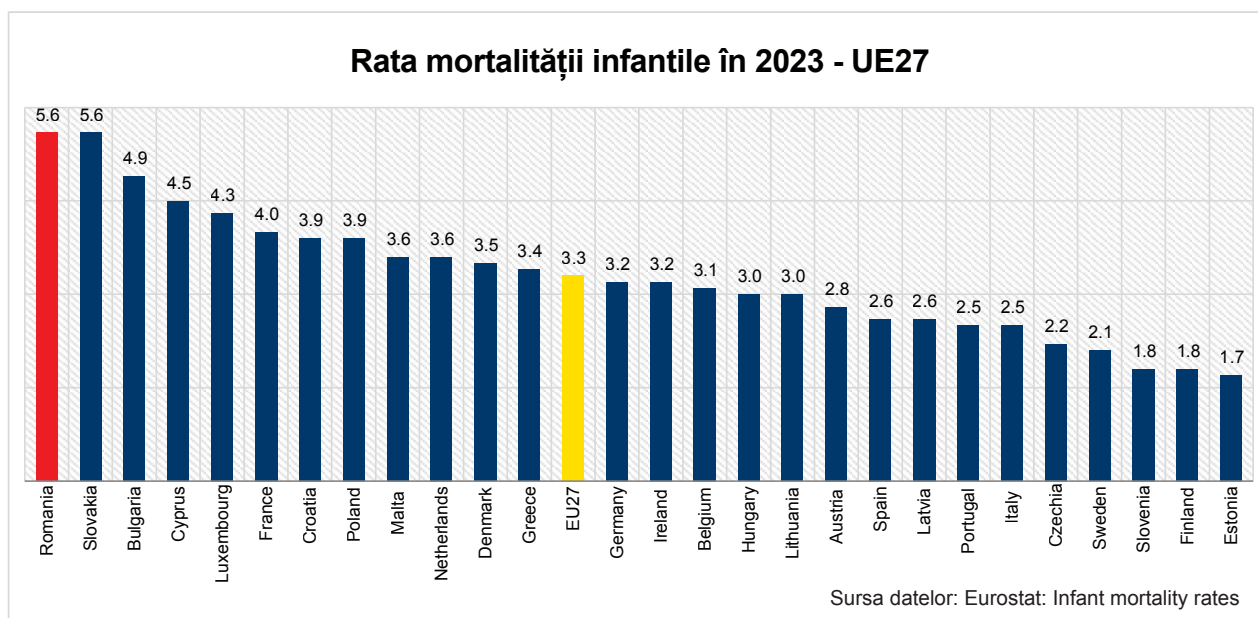
**Medic de familie, sat Bancu, Harghita**

Pentru mulți locuitori din mediul rural, accesul la servicii medicale de bază rămâne o provocare reală, nu doar din cauza numărului insuficient de cabinete, ci și din cauza distanțelor mari între așezări și punctele de îngrijire medicală. În aceste condiții, diagnosticarea întârzie, medicii existenți sunt adesea copleșiți, iar inegalitățile în sănătate se adâncesc. Este esențial ca aceste realități să fie recunoscute și abordate cu sprijin și soluții sustenabile.

# 10.

## Context: mortalitatea infantilă în România

La nivelul anului 2023, datele Eurostat<sup>19</sup> prezentau România cu o rată a mortalității infantile de 5,6‰<sup>20</sup>, pe primul loc în țările UE 27, alături de Slovacia. (Fig. 21)



**Figura 21 - Rata mortalității infantile**

Analiza evoluției ratei mortalității infantile în ultimul deceniu, la nivelul țărilor membre ale UE, arată o tendință ușor descendentă a mediei europene, datorată în special reducerii semnificative a fenomenului în Estonia, Bulgaria, România și Ungaria, unde rata mortalității în 2023 era cu aproximativ 33% mai mică decât în 2014. Pe de altă parte, la nivel european se remarcă țări în care mortalitatea infantilă a înregistrat creșteri alarmante în perioada analizată: Cipru – unde rata s-a dublat, Luxemburg – cu o creștere de peste 50%, și Franța – cu o creștere de 14%. Comparativ cu anul anterior, în 2023 majoritatea țărilor membre (17 din 27) au înregistrat fie stagnare, fie o tendință ascendentă, Cipru, Luxemburg, Grecia, Țările de Jos și Austria situându-se în topul creșterilor.

19. EUROSTAT, Infant mortality rate, adresa:

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo\\_minfind/default/table?lang=en&category=demo.demo\\_mor](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_minfind/default/table?lang=en&category=demo.demo_mor)

20. Pentru aceeași perioadă INS prezintă o rată a mortalității de 5,5‰ (vezi INS Tempo POP 209A)

Anul 2024 marchează pentru România o creștere a numărului de cazuri (950 față de 905 în 2023), și, pe fondul scăderii natalității, un salt semnificativ al ratei mortalității la 6,4‰. (Fig. 22)

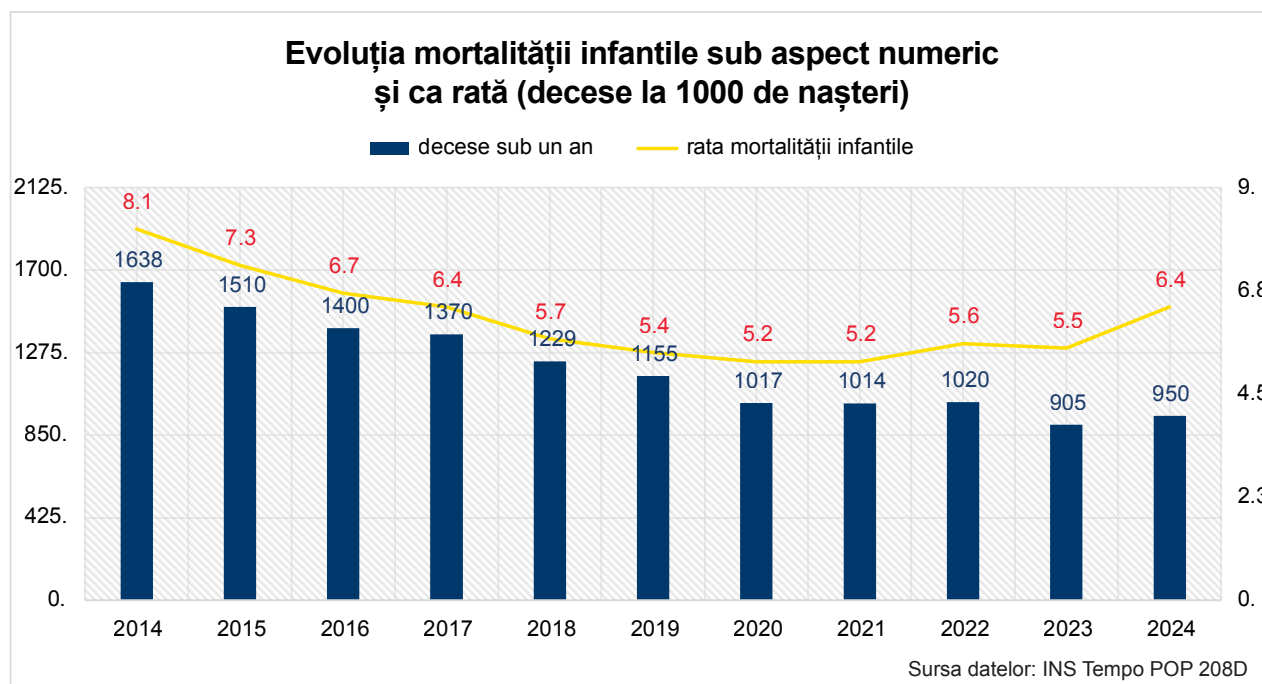


Figura 22 - Evoluția mortalității infantile

Reamintim în acest context două elemente menționate în capitolul de limitări metodologice:

- Nu se poate determina cu exactitate proporția mortalității infantile care provine din mediul rural, respectiv din mediul urban, în cazul familiilor care nu și-au efectuat schimbarea oficială de domiciliu;
- Caracterul voluntar al înscrierii la medicul de familie și mobilitatea pacienților între cabinete, fără notificări oficiale, creează dificultăți autorităților locale și personalului medical în implementarea de măsuri pro-active adaptate nevoilor reale ale populației.

Rata mortalității infantile la nivel național variază de la 3,3‰ (București) până la valori peste 10‰ în Suceava, Mureș, Ialomița, Botoșani și Satu Mare. (Fig. 23)

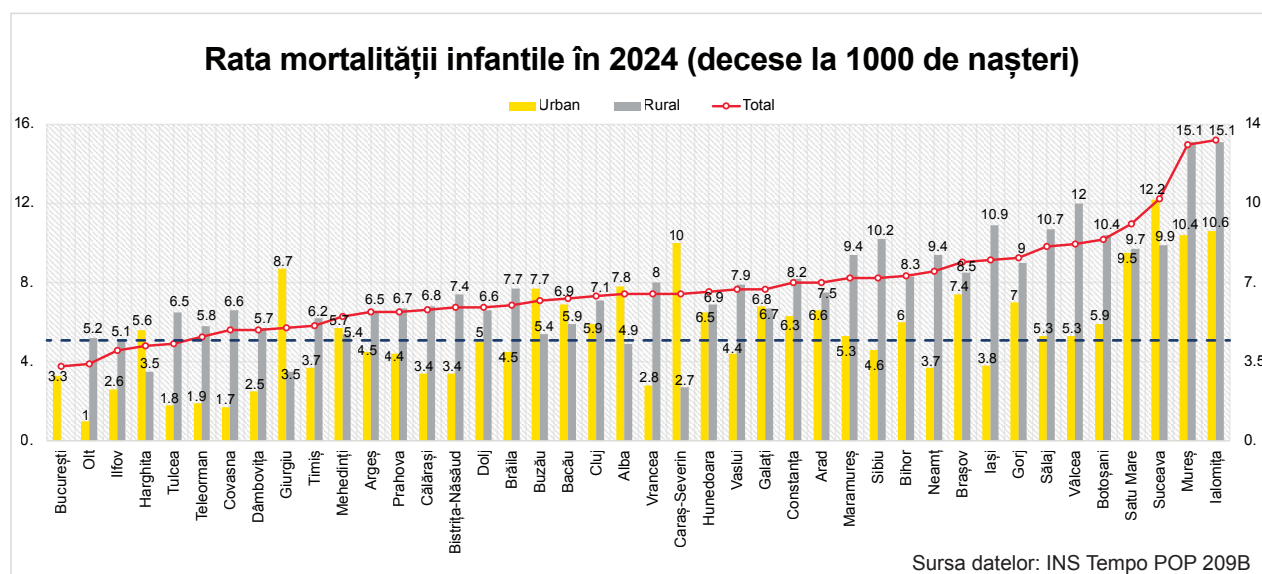
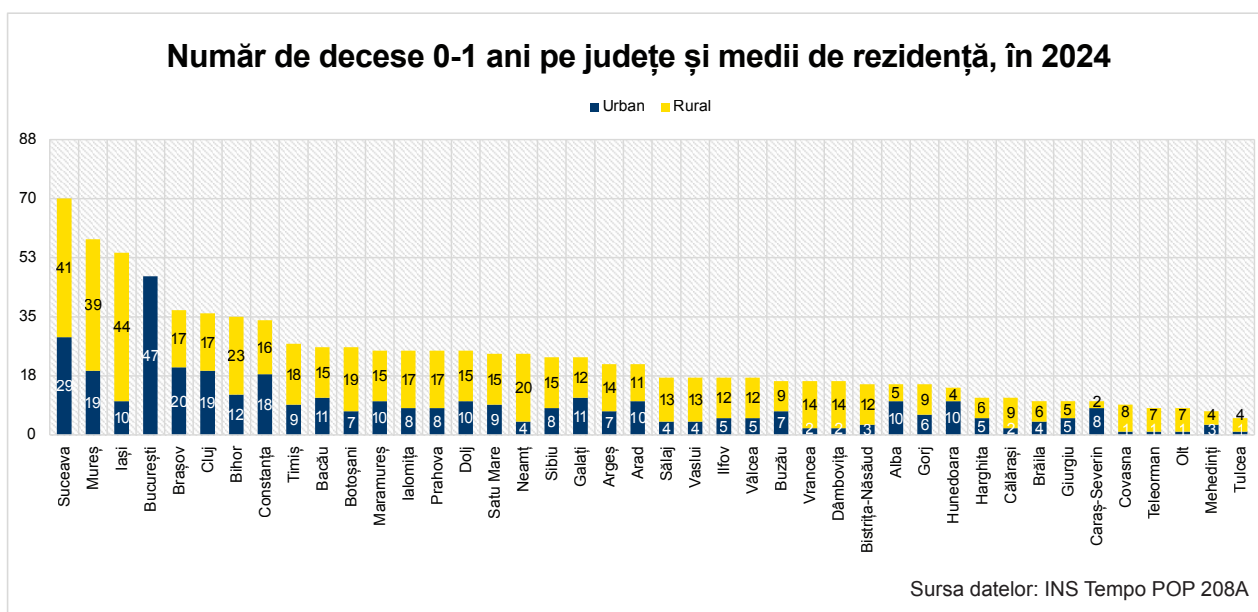


Figura 23 - Rata mortalității infantile la nivel județean în 2024

Această variație evidențiază diferențe mari în accesul la servicii medicale, condiții socio-economice și nivel de educație sanitară. În aproape toate județele, rata mortalității infantile este semnificativ mai ridicată în mediul rural comparativ cu urban. În județele Olt, Tulcea, Teleorman, Covasna, Dâmbovița, Călărași, Bistrița-Năsăud, Vrancea, Sibiu, Neamț, Iași, Sălaj și Vâlcea, rata mortalității infantile în mediul rural este de peste două ori mai mare decât cea din mediul urban. De asemenea, media județeană a mortalității infantile înregistrată în anul 2024 depășește media națională în majoritatea acestor județe (indicată prin linia albastră punctată din grafic).

La nivel național, în 2024 au fost înregistrate 950 de decese la copii sub un an. (Fig. 24) 60% dintre aceste decese sunt înregistrate în mediul rural (575 cazuri) și 40% în mediul urban (375 cazuri). Județele cu cele mai multe decese infantile în 2024 sunt: Suceava (70 cazuri), Mureș (58) și Iași (54). Aceste valori ridicate pot fi explicate prin problemele structurale din sistemul de sănătate pentru mamă și copil, dar și prin rata mare de migrație internă din aceste județe, aspect care readuce în discuție raportarea în funcție de ultimul domiciliu al mamei. În majoritatea acestor județe, numărul de decese este mai mare în mediul rural:

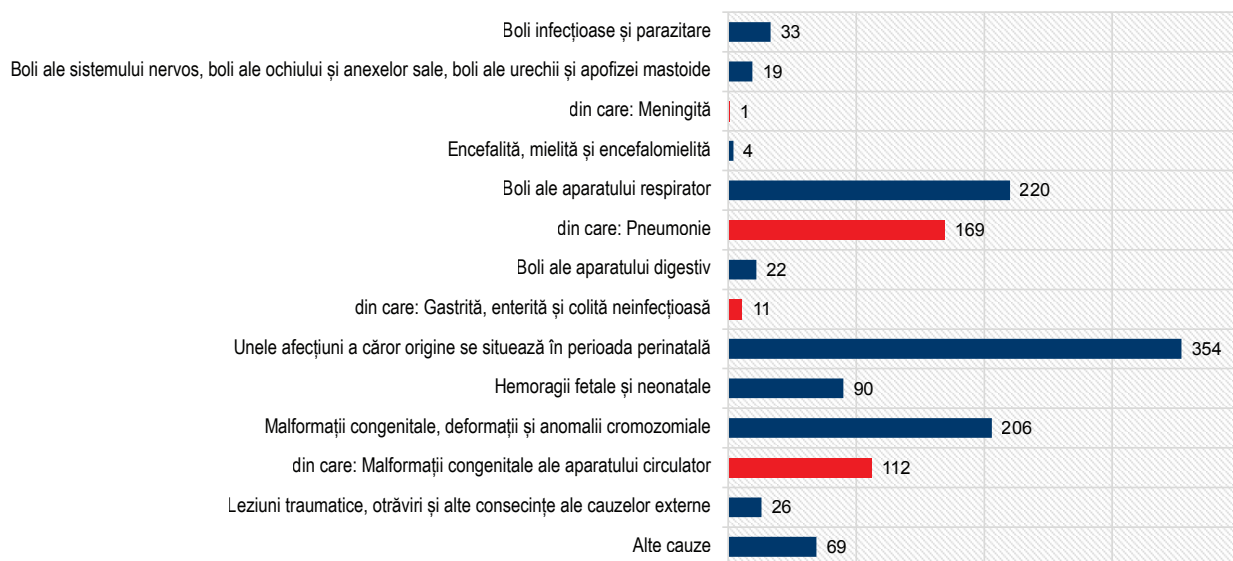
- Suceava: 41 în rural vs. 29 urban
- Mureș: 39 rural vs. 19 urban
- Iași: 44 rural vs. 10 urban



**Figura 24 - Numărul de decese în intervalul 0-1 ani pe medii de rezidență și județe în 2024**

Mortalitatea infantilă în România este determinată în principal de factori medicali prevenibili sau gestionabili: complicații perinatale prevenibile prin îngrijire prenatală de calitate și monitorizare sarcină; pneumonii și infecții prevenibile prin vaccinare, acces rapid la tratament, educație medicală și malformații congenitale diagnosticate precoce și intervenții chirurgicale specializate. Cazurile legate de leziuni și intoxicații (26 decese) reflectă factori sociali și de siguranță la domiciliu, mai puțin legați de sistemul medical, dar importanți pentru politici de prevenție. (Fig. 25)

## Decese la copii sub 1 an, pe cauze, în 2024

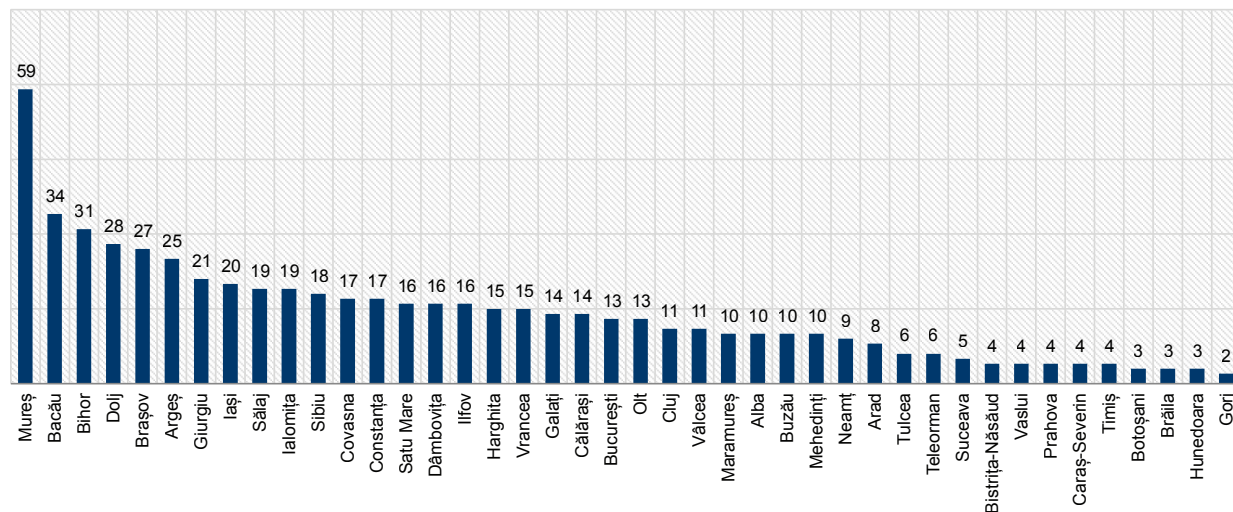


Sursa datelor: INS Tempo POP 208H

**Figura 25 - Cauzele deceselor la copii sub un an, România, 2024**

În anul 2024, la nivel național s-au născut 594 copii cu mame a căror vârstă era sub 15 ani împliniți, în condițiile în care relațiile intime cu minore sub 14 ani sunt pedepsite conform Codului Penal. (Fig. 26)

## Născuți vii, cu vârsta mamei sub 15 ani, pe județe



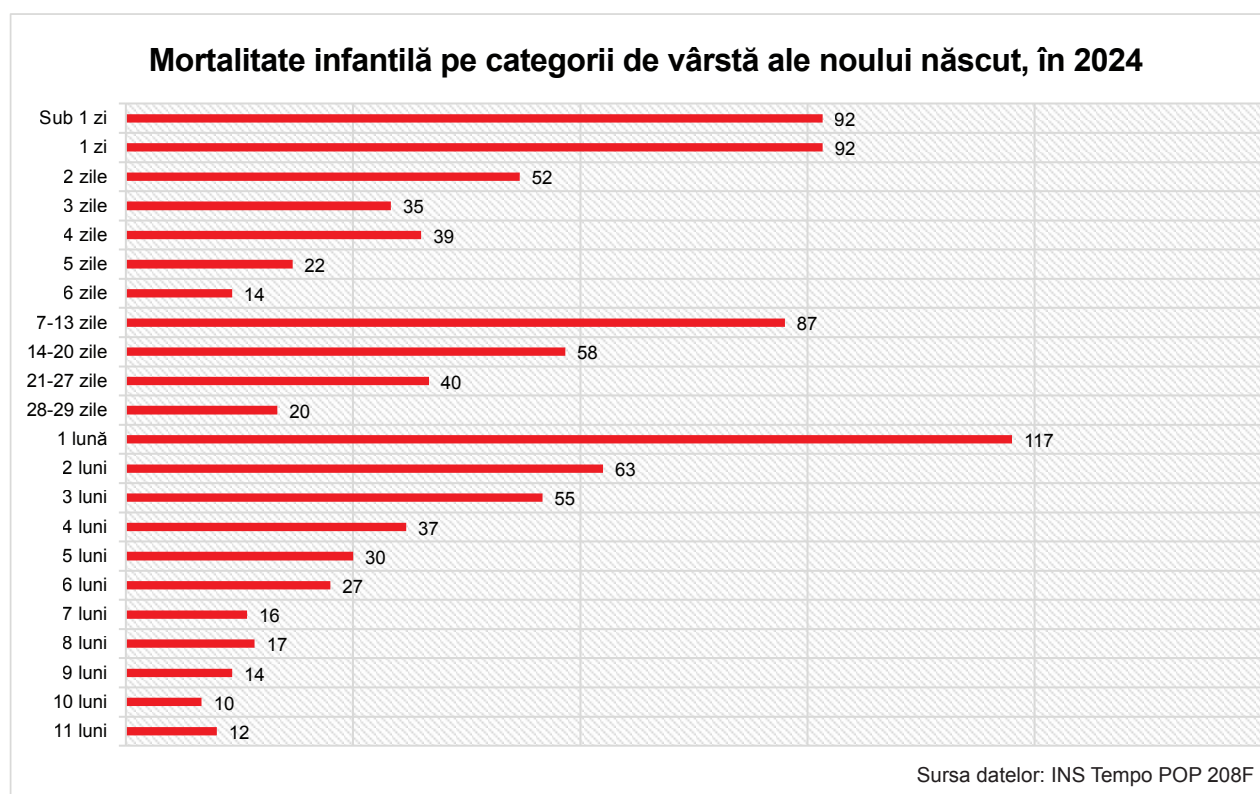
Sursa datelor: INS Tempo 201B

**Figura 26 - Născuți vii cu vârsta mamei sub 15 ani în România, 2024**

Distribuția la nivel județean arată că cele mai mari valori se înregistrează în Mureș (59), urmat de Bacău (34) și Bihor (31). Aceste județe au aproape dublu sau triplu față de media națională. Urmează un grup consistent de județe cu valori între 20–25 (Dolj, Brașov, Argeș, Giurgiu, Iași). Mureșul se remarcă negativ, cu un nivel de aproape 10% din totalul nașterilor sub 15 ani din țară, de trei ori mai mult decât media județeană la nivel național, ceea ce sugerează factori locali specifici.

Graficul evidențiază că fenomenul nașterilor la mame sub 15 ani este puternic concentrat în câteva județe (Mureș, Bacău, Bihor, Dolj, Brașov). Ca indicator al vulnerabilității sociale și educaționale, această distribuție este un semnal pentru autorități că politicile de sănătate reproductivă și protecție a copilului trebuie adaptate unor particularități sociale locale.

În ceea ce privește mortalitatea infantilă, cele mai multe decese apar în primele 24 de ore: 92 cazuri sub 1 zi, respectiv 92 cazuri la 1 zi. Aproape un sfert din mortalitatea neonatală precoce are loc practic în primele două zile de viață. După primele două zile, numărul scade, dar rămâne ridicat: 52 cazuri la 2 zile, 35 la 3 zile, 39 la 4 zile, 22 la 5 zile, 14 la 6 zile. Totalul pentru prima săptămână de viață (0–6 zile/mortalitate neonatală precoce) este 346 cazuri, adică 37% din total. Perioada neonatală tardivă (7–27 zile) indică un număr încă ridicat de decese, între 7–13 zile (87) și 14–20 zile (58), deși tendința e descrescătoare. După vârsta de o lună, numărul scade vizibil. (Fig. 27)



**Figura 27 - Mortalitate infantilă pe categorii de vârstă ale noului născut**

Peste jumătate din decesele infantile se concentrează în prima lună de viață (în special în primele zile - „mortalitate neonatală precoce”). Aceasta reflectă în principal: complicații perinatale (prematuritate, greutate mică la naștere), malformații congenitale severe, acces inegal la îngrijiri obstetricale și neonatale. Mortalitatea postneonatală (după 1 lună) este asociată mai mult cu infecții, afecțiuni respiratorii, condiții socio-economice precare. Cea mai critică perioadă pentru supraviețuirea copilului este imediat după naștere și în prima lună de viață, ceea ce subliniază importanța calității serviciilor medicale prenatale, a îngrijirii la naștere și a asistenței neonatale. După prima lună, riscul de deces scade considerabil, dar persistă la copiii proveniți din medii vulnerabile sau cu probleme medicale cronice.

Global Nutrition Report<sup>21</sup> arată că România este „pe cale să atingă unul dintre obiectivele internaționale privind nutriția mamei, sugarului și copilului mic (MIYCN). Nu s-au înregistrat

21. <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/europe/eastern-europe/romania/>

progrese în ceea ce privește atingerea obiectivului de reducere a anemiei în rândul femeilor de vârstă reproductivă, 22,7% dintre femeile cu vârste cuprinse între 15 și 49 de ani fiind afectate în prezent. Între timp, nu s-au înregistrat progrese nici în ceea ce privește atingerea obiectivului privind greutatea mică la naștere, 8,2% dintre sugari având o greutate mică la naștere. Raportul arată că „nu există date suficiente pentru a evalua progresul înregistrat de România în ceea ce privește atingerea obiectivului privind alăptarea exclusivă; cu toate acestea, cele mai recente date privind prevalența arată că 15,8% dintre sugarii cu vârste cuprinse între 0 și 5 luni sunt alăptați exclusiv la sân. România a făcut unele progrese în ceea ce privește atingerea obiectivului privind retardul de creștere, dar 12,8% dintre copiii sub 5 ani sunt încă afectați, ceea ce este mai mare decât media Europei (4,5%).” De asemenea, raportul precizează că nu există date suficiente pentru a evalua progresul înregistrat de România în ceea ce privește atingerea obiectivului privind emacierea<sup>22</sup>. Cu toate acestea, cele mai recente date privind prevalența, arată că 3,5% dintre copiii sub 5 ani sunt afectați. Prevalența copiilor supraponderali sub 5 ani este de 8,3%, iar România se află într-un punct în care poate preveni creșterea acestui procent, dacă sunt continuate și consolidate măsurile de prevenție și educație nutrițională.

De asemenea, raportul precizează că „România a înregistrat progrese limitate în atingerea obiectivelor privind bolile netransmisibile (BNT) legate de dietă. 23,7% dintre femeile adulte (cu vârsta de 18 ani și peste) și 26,3% dintre bărbații adulți trăiesc cu obezitate. Prevalența obezității în România este mai mică decât media regională de 25,3% pentru femei, dar este mai mare decât media regională de 24,9% pentru bărbați. În același timp, se estimează că diabetul afectează 7% dintre femeile adulte și 8,5% dintre bărbații adulți.”

Global Hunger Index<sup>23</sup> arată că România are un nivel general scăzut al foametei, dar malnutriția infantilă (stunting și wasting) rămâne o problemă de sănătate publică ce necesită politici direcționate spre grupurile sociale defavorizate. La nivel general, România se încadrează în categoria „low” (<5 puncte GHI), fiind una dintre cele 22 de țări din lume cu un scor sub 5. Prin urmare, în termeni comparativi internaționali, nivelul foametei este scăzut. (Fig. 28)

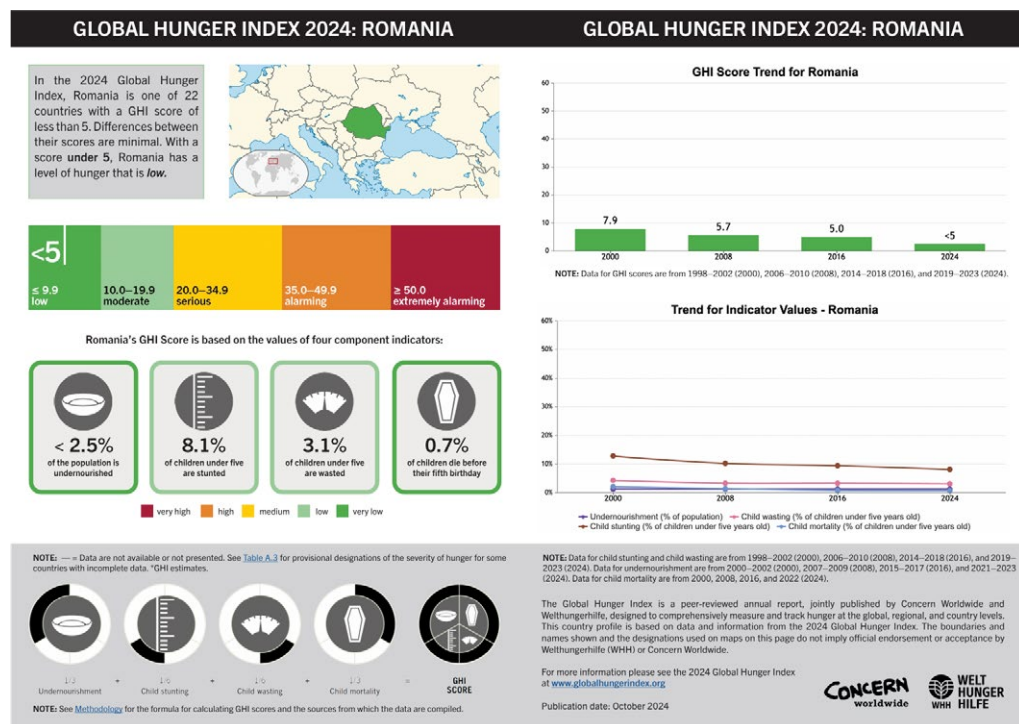


Figura 28 - Global Hunger Index: Sinteza România, 2024

22. <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/europe/eastern-europe/romania/>

23. <https://www.globalhungerindex.org/ranking.html>

- La nivelul indicatorilor care compun scorul GHI, infograficul evidențiază:
- Subnutriție generală (undernourishment): foarte scăzută, <2,5% din populație;
- Întârziere în creștere (stunting) la copii <5 ani: 8,1%, adică peste dublul mediei europene (~4%), ceea ce indică efecte ale malnutriției cronice;
- Emaciare (wasting) la copii <5 ani: 3,1%, ceea ce arată un nivel de malnutriție acută, dar relativ scăzut comparativ cu alte regiuni;
- Mortalitate sub 5 ani: 0,7%, foarte scăzută.
- Scorul GHI pentru România a scăzut constant. Cu toate acestea, subnutriția (% din populație) a rămas sub 5% constant. Stunting-ul a înregistrat o ușoară scădere, dar persistă la valori mai mari decât în alte țări europene. Wasting-ul s-a menținut relativ stabil, fără variații mari.
- Rata de stunting (8,1%) rămâne ridicată pentru o țară UE, ceea ce sugerează inegalități socio-economice și deficiențe în nutriția copiilor din unele comunități vulnerabile (ex. rural, familii cu venituri reduse). Acest fapt arată că deși imaginea generală este pozitivă, există „insule de vulnerabilitate” unde copiii continuă să sufere de malnutriție cronică.

<b>Echipament medical</b>
Ecograf portabil
Electrocardiograf
Defibrilator semiautomat
Holter tensiune arterială
Pulsoximetru
Doppler vascular
Doppler fetal
Analizor colesterol, glicemie și hemoglobină (cu 2 seturi de consumabile incluse)
Geantă medicală
Trusă completă mică chirurgie
Optotip iluminat pediatric
Optotip iluminat adulți
Cântar pentru adulți omologat
Oftalmoscop
Cântar pentru nou-născuți
Masă ginecologică
Dulap instrumente
Canapea examinare
Masa consult sugari
Canapea examinare pentru copii

# Anexa 2

# Index de figuri

Figura 1 - Structura demografică a medicilor de familie intervievați	8
Figura 2 - Structura demografică a pacienților participante la sondaj	9
Figura 3 - Caracteristici socio-ocupationale ale pacienților participante la sondaj	10
Figura 4 - Percepția medicilor de familie cu privire la creșterea disponibilității serviciilor medicale în urma dotării	13
Figura 5 - Principalele servicii medicale pentru mamă și copil dezvoltate de cabinetele de medicină de familie dotate	14
Figura 6 - Percepția privind nivelul de satisfacție al pacienților și principalele provocări în relație cu aceștia	16
Figura 7 - Percepția medicilor privind nevoile de servicii în rândul pacienților	17
Figura 8 - Percepția privind contribuția proiectului la reducerea mortalității infantile și oportunitățile de consolidare a asistenței medicale primare	17
Figura 9 - Nivelul de satisfacție al pacienților și percepția lor cu privire la îmbunătățirea serviciilor medicale oferite	20
Figura 10 - Percepția pacienților privind dotarea și avantajele cabinetelor medicale de familie	21
Figura 11 - Servicii medicale de care au beneficiat gravidele și copiii	22
Figura 12 - Servicii medicale de care au beneficiat mamele în cabinetele dotate	23
Figura 13 - Servicii de care au beneficiat pacientele și care nu au fost gratuite	24
Figura 14 - Accesarea serviciilor și costurile acestora pentru gravide și mame	24
Figura 15 - Satisfacția pacienților față de serviciile primite pe perioada sarcinii	25
Figura 16 - Aprecierea condițiilor din cabinetul medical. Bariere de transport	26
Figura 17 - Evoluția numărului de medici de familie la nivel național	29
Figura 18 - Numărul de medici de familie și cabinete de medicină de familie per județe	30
Figura 19 - Rata de acoperire cu medicină de familie per județe	30
Figura 20 - Distribuția și numărul cabinetelor de medicină de familie. Număr de locuitori la un medic	31
Figura 21 - Rata mortalității infantile	32
Figura 22 - Evoluția mortalității infantile	33
Figura 23 - Rata mortalității infantile la nivel județean în 2024	33
Figura 24 - Numărul de decese în intervalul 0-1 ani pe medii de rezidență și județe în 2024	34
Figura 25 - Cauzele deceselor la copii sub un an, România, 2024	35
Figura 26 - Născuți vii cu vârsta mamei sub 15 ani în România, 2024	35
Figura 27 - Mortalitate infantilă pe categorii de vârstă ale noului născut	36
Figura 28 - Global Hunger Index; Sinteză România, 2024	37

# Anexa 3

# Explicații suplimentare

Nota din text	Pagina notei	Textul corespunzător	Explicații suplimentare / Detalii
6	Pagina 5	23.900 de mame cu copii cu până la 5 ani din comunități vulnerabile și marginalizate au beneficiat de servicii medicale specializate în cabinetele de medicină de familie, în ambele ediții ale programului, cu <b>o creștere de 64%<sup>6</sup> a numărului de paciente față de debutul programului.</b>	<p>În 2025, după cea de-a doua ediție a programului „Primul pas spre sănătate”, în toate cele 100 de cabinete participante s-au înregistrat cu 64% mai multe consultații acordate mamelor cu copii de 0-5 ani față de 2024 (anul de debut al proiectului). În termeni concreți, este vorba despre un plus de 14.405 paciente.</p> <p>Conform datelor Eurostat (variabila hlth_sha11_hp), cheltuielile totale pentru sănătate în România, în 2023, au fost de 18.518,25 milioane euro. Raportat la populația României declarată de Eurostat - 19.054.548 locuitori (variabila demo_pjan) - rezultă o medie de aproximativ 972 euro/an/locuitor, respectiv circa 81 euro/lună.</p> <p>Pentru cele 14.405 paciente care „au câștigat gratuit” cel puțin o lună în plus de „sănătate”, prin consult și prevenție, această valoare echivalează cu un beneficiu estimat la <math>81 \times 14.405 = 1.166.805</math> euro, calcul realizat pentru ambele ediții ale programului.</p>
7	Pagina 5	30.380 de copii cu vârsta până la 5 ani au fost consultați și au primit servicii medicale de specialitate în cabinetele de medicină de familie dotate în cele două etape ale proiectului, cu <b>o creștere de 86%<sup>7</sup> față de debutul programului.</b>	<p>În 2025, după cea de-a doua ediție a programului „Primul pas spre sănătate”, în toate cele 100 de cabinete participante s-au înregistrat cu 86% mai multe consultații acordate copiilor cu vârsta între 0 și 5 ani, comparativ cu 2024 (anul de debut al proiectului). În termeni concreți, este vorba despre 21.959 de copii. Raportat la costurile medii de 81 euro/an (conform calculului anterior), această creștere echivalează cu un beneficiu estimat la <math>81 \times 21.959 = 1.778.711</math> euro, calcul realizat pentru ambele ediții ale programului.</p>
8	Pagina 5	În medie, fiecare copil a beneficiat de <b>2,9 consultații pe an<sup>8</sup></b> , cu 56% mai mult decât media națională.	<p>Conform comunicatului trimestrial publicat de CNAS în 2025 (disponibil la adresa <a href="https://cnas.ro/wp-content/uploads/2025/09/Anexa-1-trim-2025.pdf">https://cnas.ro/wp-content/uploads/2025/09/Anexa-1-trim-2025.pdf</a>), pentru semestrul al II-lea a fost raportat un număr de 29.474.148 consultații și servicii medicale primare (decontate per serviciu sau per capita), aferente unui număr de 16.120.883 asigurați. Rezultă astfel o medie de 1,8 consultații per asigurat în medicina primară. În comparație, în cabinetele noastre s-au înregistrat 86.836 de consultații pentru 30.381 de copii, ceea ce corespunde unei medii de 2,9 consultații per copil, cu 56% peste media națională.</p>
10	Pagina 6 și pagina 11	Numărul gravidelor cu afecțiuni cronice care s-au prezentat la medicul de familie a fost de 2,6 ori mai mare decât anterior (161%) <sup>10</sup> .	<p>În cele 60 de cabinete dotate în cadrul celei de-a doua ediții a programului „Primul pas spre sanătate”, au fost înregistrate 90 de gravide în 2024 (înainte de dotare) și 98 de gravide în primele cinci luni ale anului 2025, ceea ce permite o estimare de aproximativ 235 de gravide pentru întregul an, conform unei proiecții realizate prin regula de trei simplă. Prin urmare, pentru 2025 se anticipează o creștere de peste două ori față de anul anterior (+161%).</p>
15	Pagina 11	Creștere cu 57% <sup>15</sup> a numărului de mame cu copii de până la 5 ani care s-au prezentat la cabinetul medicului de familie.	<p>Este vorba despre creșterea înregistrată înainte și după dotare, care reprezintă efectul net al intervenției. Aceasta a putut fi calculată doar pentru cele 60 de cabinete incluse în cea de-a doua ediție a programului „Primul pas spre sănătate”.</p>
16	Pagina 11	Creștere cu 76% <sup>16</sup> a numărului de copii cu vârste între 0 și 5 ani care s-au prezentat la cabinetul medicului de familie.	<p>Efectul net este de 921.051 euro/an (suma inclusă în efectul brut de 1,7 milioane calculat la pagina 5, explicația 7). Concret, este vorba despre 11.371 copii în plus în cabinetele dotate x 81 euro/an.</p>

# Anexa 4

# Indicatorii utilizați în analiza de impact

Programul „Primul pas spre sănătate”	Ediția 1.0 (2023-2024)	Ediția 2.0 (2024-2025)	Ediția 1.0 (2023-2024)	Total
Perioade de raportare	2025 (ian-mai)	2025 (ian-mai)	2024 (ian-dec)	
<b>Indicator</b>				
Număr total de gravide	1.135	1.177	1.460	3.772
Număr total de gravide minore	149	147	295	590
Număr de mame minore	388	218	324	930
Număr total de mame cu copii până la un an	1.382	1.623	1.871	4.876
Număr total de mame cu copii 1-2 ani	1.773	2.352	2.416	6.541
Număr total de mame cu copii 2-5 ani	3.106	5.129	4.308	12.543
Număr total de copii până la un an	1.402	1.920	1.744	5.066
Număr total de copii 1-2 ani	2.599	2.835	3.240	8.673
Număr total de copii 2-5 ani	4.817	6.233	5.591	16.641
<b>Tipologia serviciilor de asistență medicală primară</b>				
Număr de consultații efectuate și decontate de CNAS pentru gravide	2.328	11.058	5.532	18.918
Număr de consultații efectuate și decontate de CNAS pentru femei aflate în perioada post-partum	813	2.346	4.438	7.597
Număr de consultații efectuate pentru nou-născuți (0-1 an)	4.223	5.746	8.793	18.762
Număr de consultații efectuate pentru copii 1-2 ani	4.948	7.626	13.944	26.519
Număr de consultații pentru copii 2-5 ani	7.212	12.865	21.479	41.555
Număr de ecografii efectuate pentru gravide	863	334	839	2.035
Număr de ecografii efectuate pentru femei aflate în perioada post-partum	548	136	302	986
Număr de ecografii efectuate pentru copii 0-2 ani	401	107	222	730

# Raport de impact al programului

---



## Primul pas spre sănătate

---

Cel mai mare program național de susținere  
a sănătății timpurii prin intermediul  
medicinii de familie în mediul rural

Implementat de:



Finanțat de:

