Proiect

Hotărârea Guvernului nr.

din \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2014

**Cu privire la aprobarea Programului naţional în domeniul alimentaţiei şi nutriţiei pentru anii 2014-2020 şi Planului de acţiuni pentru anii 2014-2016 privind implementarea Programului naţional**

În temeiul articolelor 6, 7, 9 şi 38 din Legea nr.10-XVI din 3 februarie 2009 privind supravegherea de stat a sănătăţii publice (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2009, nr.67, art.183), a articolelor 9 şi 18 din Legea nr. 78-XV din 18 martie 2004 privind produsele alimentare (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2004, nr.83, art.431), şi Hotărârii Parlamentului nr.82 din 12 aprilie 2012 pentru aprobarea Strategiei naţionale de prevenire şi control al bolilor netransmisibile pe anii 2012-2020 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2012, nr.126-129, art.412) şi în scopul protecţiei sănătăţii populaţiei, Guvernul HOTĂRĂŞTE:

1. Se aprobă:

1) Programul naţional în domeniul alimentaţiei şi nutriţiei pentru anii 2014-2020, conform anexei nr. 1;

2) Planul de acţiuni pentru anii 2014-2016 privind implementarea Programului naţional în domeniul alimentaţiei şi nutriţiei pentru anii 2014-2020, conform anexei nr.2.

2. Se stabileşte că finanţarea acţiunilor incluse în Programul menţionat se va efectua din contul şi în limitele alocaţiilor aprobate anual în bugetul public naţional, precum şi din alte surse, conform legislaţiei în vigoare.

3. Ministerele şi alte autorităţi administrative centrale vor asigura, în limitele competenţelor atribuite, realizarea prezentei hotărâri şi a acţiunilor incluse în Program, raportând anual, până la 1 februarie, Ministerului Sănătăţii, care va generaliza informaţiile şi va prezenta Guvernului, până la 1 martie, raportul integral privind realizarea hotărârii în cauză.

4. Se recomandă autorităţilor administraţiei publice locale:

1) să elaboreze, în baza Programului naţional în domeniul alimentaţiei şi nutriţiei pentru anii 2014-2020, şi să aprobe, în termen de două luni de la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova a prezentei Hotărâri de Guvern, programe teritoriale în domeniul alimentaţiei şi nutriţiei pentru anii 2014-2020;

2) să examineze anual realizarea programelor teritoriale în domeniul alimentaţiei şi nutriţiei şi să întreprindă măsuri pentru îndeplinirea obiectivelor prevăzute.

5. Controlul asupra executării prezentei hotărâri se pune în sarcina Ministerului Sănătăţii.

**Prim-ministru IURIE LEANCĂ**

Contrasemnează:

Ministrul sănătăţii Andrei USATÎI

Ministrul agriculturii

şi industriei alimentare Vasile BUMACOV

Ministrul educaţiei Maia SANDU

Ministrul finanţelor Anatol ARAPU

 Anexa nr.1

la Hotărârea Guvernului nr.

din 2013

**PROGRAMUL NAŢIONAL**

**în domeniul alimentaţiei şi nutriţiei pentru anii 2014-2020**

**I. Identificarea problemei**

*Secţiunea 1. Contextul internaţional şi regional*

1. Povara bolilor cauzate de alimentaţia proastă este înaltă şi continuă să crească. Un număr relativ mic de boli sunt responsabile de o proporţie foarte mare a poverii bolilor. Bolile netransmisibile (în continuare BNT) sunt legate prin factori de risc, determinante care stau la bază şi oportunităţi pentru intervenţii comune: tensiunea arterială înaltă, colesterolul sanguin înalt, dieta nesănătoasă şi inactivitatea fizică, consumul de tutun şi consumul nociv de alcool. Consumul excesiv de grăsimi saturate şi grăsimi *trans* (grăsimi solide formate în procesul chimic de hidrogenare parţială a uleiurilor lichide, în continuaregrăsimi *trans*), zaharuri şi sare, şi consumul redus de fructe şi legume, au devenit factorii de risc principali pentru povara BNT legate de dietă. Grăsimile *trans* cresc nivelul colesterolului de densitate joasă şi reduc nivelul colesterolului de densitate înaltă, crescând astfel, riscul pentru bolile coronariene ale inimii, diabetul de tip 2 şi pentru decesele premature din cauza acestor boli.

2. Bolile cardiovasculare (boala ischemică a cordului şi bolile cerebrovasculare) sunt cauza principală a mortalităţii. Nutriţia şi alimentaţia sunt strâns legate de aceste cauze de deces. De exemplu, obezitatea creşte riscul pentru boala ischemică a cordului, diabetul de tip 2, unele tipuri de cancer, consumul înalt de sare/sodiu creşte riscul pentru bolile cerebrovasculare, iar consumul de fructe şi legume contribuie la prevenirea cancerului.

3. Nutriţia şi alimentaţia proastă afectează nu doar sănătatea, dar şi calitatea vieţii şi speranţa de viaţă.

4. Pentru abordarea factorilor de risc asociaţi cu bolile cronice legate de dietă, Asambleea Mondială a Sănătăţii a adoptat în mai 2004 „Strategia Globală privind Dieta, Activitatea Fizică şi Sănătatea”. Strategia dată accentuează necesitatea limitării consumului de grăsimi saturate, acizi graşi *trans*, sare şi zaharuri şi creşterii consumului de fructe şi legume şi a nivelului de activitate fizică.

5. În anul 2006, Comitetul Regional pentru Europa al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (în continuare OMS) la cea de-a 56-a sesiune a adoptat o strategie comprehensivă de prevenire şi control al BNT (Rezoluţia EUR/RC56/R2). Rezoluţia menţionată a fost răspunsul OMS specific regiunii Europene la Strategia Globală de prevenire şi control al BNT adoptată de Asambleea Mondială a Sănătăţii în anul 2000.

6. În anul 2010, Asambleea Mondială a Sănătăţii a adoptat un set de recomandări privind marketingul alimentelor şi al băuturilor nealcoolice copiilor, susţinută ulterior de cadrul de implementare al acestui set.

7. În anul 2006, la conferinţa Ministerială Europeană privind Combaterea Obezităţii printre Copii, care s-a desfăşurat la Istanbul, a fost adoptată Carta Europeană de Combatere a Obezităţii, prin care statele-membre s-au angajat să-şi fortifice eforturile în lupta cu obezitatea şi să plaseze obezitatea ca povară pentru sănătatea publică la un nivel înalt în agenda politică. Carta a identificat o serie de obiective, principii şi un cadru de acţiuni şi a solicitat adoptarea programelor în vederea transpunerii angajamentelor Cărţii în acţiuni specifice şi mecanisme de monitorizare.

8. În anul 2007, cel de-al 57-lea Comitet Regional a adoptat Planul European de Acţiuni în domeniul Alimentaţiei şi Nutriţiei pentru anii 2007-2012 (Rezoluţia EUR/RC/57/R4), identificând un spectru de acţiuni de îmbunătăţire a nutriţiei şi siguranţei alimentelor, care a fost implementat cu participarea mai multor sectoare guvernamentale şi cu implicarea actorilor publici şi privaţi, şi care a chemat, de asemenea, statele-membre să elaboreze, implementeze şi guverneze politici în domeniul nutriţiei şi alimentaţiei.

9. Prima Conferinţă Ministerială Mondială privind stilul de viaţă sănătos şi controlul BNT, care a avut loc în aprilie 2011, a adoptat Declaraţia de la Moscova, adoptată ulterior de Asambleea Mondială a Sănătăţii prin rezoluţia WHA64.11. Această reuniune a luat în consideraţie o serie de „best buys”, inclusiv acţiunile recomandate referitor la consumul de sare şi grăsimi *trans*, limitarea expunerii copiilor la publicitatea produselor cu conţinut înalt de grăsimi saturate, zaharuri şi sare. Evenimentul a fost urmat, în septembrie 2011, de reuniunea de nivel înalt la Naţiunile Unite privind BNT, care a aprobat declaraţia politică a Reuniunii de nivel înalt a Asambleei Generale privind prevenirea şi controlul BNT, adoptată ulterior la sesiunea a 66-a a Asambleei Mondiale a Sănătăţii.

10. În anul 2011, Comitetul Regional pentru Europa al OMS a adoptat Planul de Acţiuni de Implementare a Strategiei Europene de Prevenire şi Control al BNT pentru anii 2012-2020 (Rezoluţia EUR/RC61/R3). Trei din cele cinci intervenţii prioritare ţintesc pe „promovarea consumului sănătos prin politici fiscale şi de marketing”, „eliminarea grăsimilor *trans* din alimente (şi înlocuirea lor cu grăsimi polinesaturate)” şi „reducerea sării”.

11. În septembrie 2012, Comitetul Regional pentru Europa al OMS, pe parcursul sesiunii a 62-a a adoptat cadrul nou al politicii Europene de sănătate, Sănătatea 2020. Sănătatea 2020 este destinată să susţină acţiuni în cadrul guvernului şi al societăţii pentru „îmbunătăţirea semnificativă a sănătăţii şi bunăstării populaţiei, reducerii inegalităţilor în sănătate, fortificării sănătăţii publice şi asigurării unor sisteme de sănătate centrate pe oameni, care sunt universale, echitabile, durabile şi de calitate înaltă”.

12. În iulie 2013, la conferinţa ministerială de la Viena, miniştrii sănătăţii din ţările regiunii Europene a OMS au adoptat Declaraţia de la Viena privind Nutriţia şi Bolile Netransmisibile în contextul Sănătăţii 2020. Declaraţia conţine 5 domenii prioritare de acţiuni:

1) crearea unui mediu alimentar sănătos şi încurajarea activităţii fizice pentru toate grupurile populaţionale;

2) promovarea beneficiului alimentaţiei sănătoase pe parcursul vieţii, în special pentru grupurile vulnerabile;

3) fortificarea sistemelor de sănătate în vederea promovării sănătăţii şi asigurării serviciilor pentru bolile netransmisibile;

4) susţinerea supravegherii, monitorizării, evaluării şi cercetării în domeniul statutului nutriţional şi comportamentului alimentar al populaţiei;

5) fortificarea guvernării, alianţelor şi a reţelelor şi abilitarea comunităţilor să participe în activităţile de promovare a sănătăţii şi prevenire a bolilor.

13. Comisia Europeană a adoptat în anul 2007 Cartea albă privind Strategia Europeană în domeniul nutriţiei, supragreutăţii şi obezităţii şi a problemelor de sănătate legate de acestea COM(2007) 279 final. Scopul cărţii albe este stabilirea unei abordări integrate la nivelul UE care să contribuie la reducerea sănătăţii bolnave din cauza nutriţiei precare, supragreutăţii şi obezităţii. Strategia are la bază iniţiativele Comisiei, în special Platforma UE pentru acţiuni în domeniul dietei, activităţii fizice şi Cărţii verzi „Promovarea dietei sănătoase şi a activităţii fizice: Dimensiunea Europeană de prevenire a supragreutăţii, obezităţii şi bolilor cronice”.

14. Planul European de acţiuni de fortificare a serviciilor şi capacităţilor de sănătate publică formează pilonii cheie ai cadrului de politici regionale primordiale, Sănătatea 2020.

15. Pentru a accelera progresul referitor la povara dublă a malnutriţiei, politicile nutriţionale trebuie să abordeze guvernarea, astfel precum este descris în cadrul obiectivelor cheie ale Sănătăţii 2020 a OMS. Urmând recomandările privind guvernarea, prevăzute în cadrul European de politici al OMS, Sănătatea 2020, liderii guvernului, factorii de decizie şi factorii cheie interesaţi trebuie să mobilizeze angajamentul politic de reducere a poverii duble a malnutriţiei şi să faciliteze colaborarea intersectorială între instituţiile naţionale şi locale, între experţi, societatea civilă şi sectorul privat.

16. Coordonarea intra- şi intersectorială adecvată este esenţială pentru asigurarea răspunsului multisectorial la malnutriţie. Actualmente, mecanismul de coordonare care să abordeze provocările în domeniul nutriţiei lipseşte, iar coordonarea este inadecvată şi ineficace.

*Secţiunea 2. Contextul naţional*

 17. Republica Moldova se confruntă cu povara dublă a malnutriţiei. Pe de o parte subnutriţia şi deficienţele nutriţionale, caracteristice ţărilor în curs de dezvoltare, pe de alta - supragreutatea şi obezitatea, caracteristice ţărilor dezvoltate. 6% dintre copiii cu vârsta până la 5 ani au retard statural, condiţionat de insuficienţa cronică de energie, iar a cincea parte dintre copii suferă de anemie (Studiul de indicatori multipli în cuiburi, Republica Moldova, 2012). Circa o treime dintre femeile de vârstă fertilă şi peste 40% dintre femeile gravide au anemie. Unul din 3 copii este supus riscului deficienţei de iod. Jumătatea din populaţia adultă este supraponderală sau obeză. În vederea reducerii deficienţelor de micronutrimente Guvernul Republicii Moldova a aprobat şi implementează programe naţionale de reducere şi eliminare a acestor deficienţe.

 18. Circa două treimi din populaţia cu vârsta de peste 40 de ani, aparent sănătoasă, are valorile tensiunii arteriale şi ale colesterolului total mărite. Nutriţia şi alimentaţia proastă şi factorii de risc asociaţi sunt responsabile de pierderea anuală a 50% din anii de viaţă sănătoasă la femei şi 35% - la bărbaţi.

19. Alimentaţia necorespunzătoare şi nivelul redus al activităţii fizice sunt printre principalele 4 cauze ale BNT, precum bolile cardiovasculare, hipertensiunea, diabetul de tip 2, atacul cerebral, unele tipuri de cancer, afecţiunile musculo-scheletale şi unele afecţiuni mintale. Pe termen lung creşterea morbidităţii prin BNT va avea un impact negativ asupra speranţei de viaţă şi va reduce calitatea vieţii. Peste 80% din cazurile anuale de deces înregistrate în Republica Moldova sunt condiţionate de BNT. Bolile cardiovasculare sunt cauza a 55-57% din decesele înregistrate anual, cancerul este cauza a circa 14% din decese, bolile aparatului digestiv sunt cauza a circa 10% din decese.

20. Rata alăptării exclusive a sugarilor până la 6 luni, care este un factor esenţial determinant al stării de sănătate la viaţa de adult, este în descreştere, constituind doar 37% în anul 2012 în comparaţie cu 46% în anul 2005.

21. Doar jumătate dintre copiii cu vârsta până la 7 ani consumă zilnic lapte şi 62% consumă zilnic fructe şi legume (2009), cu diferenţe semnificative între mediul de rezidenţă urban şi rural şi nivelul de venituri al familiei. Fructele şi legumele sunt mai accesibile pentru majoritatea populaţiei doar în sezon. Indicele preţurilor de consum la fructe, a crescut până la 747,1 % în anul 2009 în comparaţie cu anul 1999.

22. Nu există date, care să poată fi folosite pentru estimarea caracterului adecvat al consumului alimentar referitor la toate nutrimentele esenţiale, inclusiv la energie. Datele privind furnizarea de alimente per capita conform datelor statistice ale Organizaţiei pentru Agricultură şi Alimentaţie a Naţiunilor Unite (FAOSTAT), arată că consumul de energie per capita în perioada 1992 - 2010 a variat între 3200 şi 2600 kcal/zi şi are tendinţa de creştere. Acest consum este mai înalt în comparaţie cu necesităţile de consum estimate. Dieta a devenit mai diversă, proporţia de cereale este în descreştere. Furnizarea grupurilor principale de produse alimentare, precum fructele şi legumele, carnea şi subprodusele, laptele şi produsele lactate este mai mică în comparaţie cu ţările vecine, România şi Ucraina.

Aceste date privind consumul, estimate din disponibilitatea produselor alimentare, sunt importante pentru urmărirea tendinţelor în timp. Pentru înţelegerea caracterului adecvat al dietei, sunt necesare date privind consumul alimentar curent al indivizilor şi grupurilor de populaţie, care actualmente sunt lipsă la nivel naţional. Chiar dacă fişele bilanţului alimentar pot indica disponibilitatea naţională de macronutrimente şi micronutrimente, distribuţia acestor nutrimente în ţară şi între grupurile populaţionale este deseori inegală, rezultând în subnutriţie pe de o parte, şi obezitate, pe de alta.

23. Consumul estimat de energie provenită din lipide, în familiile cu copii variază între 32% şi 33% (anii 2006-2010) cu tendinţa de creştere, depăşind limita maximă de 30% recomandată de OMS. Cota energiei furnizată de glucidele simple constituie 12% (FAOSTAT, 2005-2007), depăşind, de asemenea, limita maximă recomandată de OMS (10%).

24. Grăsimile saturate şi grăsimile *trans*, care au proprietăţi aterogene mult mai pronunţate, sunt utilizate pe larg în industria alimentară.

25. Legislaţia actuală privind etichetarea nu prevede informarea obligatorie a consumatorului despre conţinutul de sare, zahăr, grăsimi saturate şi grăsimi *trans* în produsele alimentare.

26. Promovarea sănătăţii nutriţionale nu este considerată o prioritate. Acţiunile de informare a populaţiei referitor la consumul alimentar sănătos sunt efectuate haotic. Nutriţia nu este parte componentă obligatorie a curriculei de educaţie în instituţiile de învăţământ.

27. Deşi există unele elemente fragmentare de supraveghere a statutului nutriţional, acestea sunt insuficiente. Este necesară stabilirea unui sistem funcţional şi durabil de supraveghere, monitorizare şi evaluare în domeniul sănătăţii nutriţionale, statutului nutriţional şi a determinantelor care le influenţează, precum şi a tendinţelor acestora în timp şi spaţiu. Studiile naţionale, care cuprind indicatori ai statutului nutriţional, sunt dependente de donaţiile externe, nu sunt planificate şi nu includ toţi indicatorii necesari, iar indicatorii existenţi nu pot fi dezagregaţi suficient pentru a aborda chestiunile legate de inegalitate.

28. Bolile netransmisibile, deficienţele nutriţionale şi subnutriţia, consecinţe ale alimentaţiei proaste şi a inactivităţii fizice, continuă să fie văzute ca probleme, de care este responsabil doar sectorul medical, iar cheltuielile pentru tratamentul bolilor cronice legate de dietă şi pentru asistenţa socială persoanelor cu dizabilităţi ca consecinţă a BNT constituie o pondere importantă din bugetul de sănătate şi cel social.

29. Securitatea alimentară este percepută doar ca acces al populaţiei la cantităţi suficiente de energie. Politicile agro-alimentare, inclusiv subvenţionarea în agricultură nu ţine cont de aspectele sănătăţii nutriţionale. Colaborarea intra- şi intersectorială este defectuoasă.

**II. Obiectivele specifice ale Programului**

30. Scopul Programului constă în reducerea poverii morbidităţii şi a dizabilităţii prevenibile şi a mortalităţii premature evitabile din cauza BNT legate de dietă, subnutriţie şi deficienţele nutriţionale.

31. Obiectivele specifice ale Programului sunt următoarele:

1. instituirea, către anul 2016, a unei guvernări adecvate în domeniul sănătăţii nutriţionale şi asigurarea funcţionării durabile a acesteia;
2. creşterea, către anul 2020, a proporţiei alăptării exclusive în primele 6 luni de viaţă până la 60% şi medianei duratei alăptării până la cel puţin 4 luni;
3. reducerea expunerii la factorii de risc determinaţi de inegalitate şi nutriţionali modificabili pentru BNT, subnutriţie şi deficienţele de micronutrimente prin crearea, către anul 2020, a mediului care promovează sănătatea nutriţională în 80% din instituţiile de învăţământ, 70% din spitale şi 30% din locurile de muncă;
4. reducerea, către anul 2020 în comparaţie cu anul 2014:
5. consumului de grăsimi saturate şi de zaharuri adăugate cu 3% şi 5%, respectiv, ca fracţie din consumul total de energie;
6. consumului de acizi graşi *trans* la mai puţin de 1% ca fracţie din consumul total de energie;
7. consumului de sodiu/sare cu 30% (mai puţin de 8 g/zi);
8. zero creştere în prevalenţa obezităţii la copii şi adulţi.

Сonform estimărilor, atingerea obiectivelor menţionate va contribui la reducerea impactului factorilor metabolici de risc pentru BNT, după cum urmează:

1. valorii medii a hipertensiunii arteriale în populaţia adultă cu 2-3 mmHg;
2. valorii medii a colesterolului sanguin total în populaţia adultă cu 5%;
3. valorii medii a glucozei sanguine în populaţia adultă cu 5%;
4. prevalenţei hipertensiunii cu 15% la adulţi;
5. prevalenţei glucozei sanguine înalte cu 15% la adulţi;
6. reorientarea sistemului de sănătate în vederea abordării prevenirii şi controlului BNT legate de dietă, subnutriţiei şi a deficienţelor de micronutrimente prin servicii de asistenţă medicală primară orientate spre populaţie şi acoperire universală;
7. creşterea, până în anul 2020, a nivelului de cunoştinţe al populaţiei în domeniul alimentaţiei sănătoase până la cel puţin 50%;
8. fortificarea supravegherii, monitorizării şi evaluării şi cercetării în domeniul sănătăţii nutriţionale, statutului nutriţional şi a determinantelor care le influenţează, precum şi a tendinţelor lor.

**III. Acţiunile ce urmează a fi întreprinse**

32. Pentru instituirea, către anul 2016, a unei guvernări adecvate în domeniul sănătăţii nutriţionale şi asigurarea funcţionării durabile a acesteia, se prevăd următoarele direcţii de acţiune:

1) crearea unui consiliu consultativ intersectorial la nivelul administraţiei publice centrale sub preşedinţia viceprim-ministrului pe probleme sociale;

2) organizarea anuală a unei conferinţe în domeniul nutriţiei, la care să fie abordate reuşitele şi problemele legate de sănătatea nutriţională şi implementarea Programului;

3) organizarea pe parcursul anului 2015 a unui seminar naţional privind reducerea consumului de sare;

4) elaborarea recomandărilor privind aporturile zilnice recomandate de energie şi nutrimente în baza recomandărilor OMS;

5) elaborarea recomandărilor naţionale privind alimentaţia în bază de produse alimentare, inclusiv pictoriale, pentru populaţia generală;

6) modificarea şi completarea actelor normative în vigoare în domeniul etichetării produselor alimentare în vederea stabilirii obligativităţii informării nutriţionale a consumatorului, inclusiv despre conţinutul de sodiu/sare, zahăr, grăsimi saturate şi grăsimi *trans*, precum şi obligativităţii plasării informaţiei despre conţinutul ingredientelor menţionate pe suprafaţa anterioară a ambalajului;

7) fortificarea capacităţilor Centrului Naţional de Sănătate Publică şi a Centrelor de Sănătate Publică teritoriale în vederea colaborării intersectoriale, negocierii obiectivelor legate de sănătatea nutriţională şi responsabilizării referitor la impactul nutriţiei asupra sănătăţii;

8) modificarea şi completarea Legii cu privire la publicitate, Legii privind produsele alimentare şi Legii privind supravegherea de stat a sănătăţii publice în vederea restricţionării publicităţii produselor alimentare nesănătoase şi interzicerii implicării copiilor în publicitatea şi promovarea acestora;

9) analiza impactului politicilor publice agricole şi alimentare adoptate asupra sănătăţii (nutriţionale) populaţiei;

10) analiza impactului politicilor publice agricole şi alimentare nou-elaborate asupra sănătăţii populaţiei;

11) modificarea şi completarea curriculei de instruire şi educaţie continuă a medicilor şi asistentelor medicale în vederea includerii aspectelor de nutriţie şi sănătate nutriţională;

12) modificarea şi completarea curriculei de instruire şi educaţie continuă pentru specialităţile pedagogice, inginerie şi tehnologii alimentare în vederea includerii aspectelor de sănătate nutriţională;

13) modificarea şi completarea curriculei de instruire în colegiile şi şcolile profesionale cu profil alimentar în vederea includerii aspectelor de sănătate nutriţională.

33. Creşterea, către anul 2020, a proporţiei alăptării exclusive în primele 6 luni de viaţă până la 60% şi a medianei duratei alăptării până la cel puţin 4 luni, se va efectua prin realizarea următoarelor direcţii de acţiune:

1) asigurarea implementării iniţiativei „Spitalul-prieten al copilului” în toate instituţiile medico-sanitare de profil (maternităţi) şi menţinerea durabilă a acesteia, şi asigurarea naşterii a celor puţin 95% dintre copii în maternităţi acreditate ca „Prieten al copilului”;

2) fortificarea capacităţilor medicilor şi asistentelor medicale în vederea promovării alăptării, complementării corecte şi adecvate şi consilierii mamelor referitor la aceste subiecte;

3) elaborarea şi implementarea campaniilor de comunicare în vederea promovării alăptării, inclusiv la locul de muncă al mamelor;

4) armonizarea deplină a legislaţiei naţionale cu Codul internaţional privind marketingul substituenţilor laptelui matern. Modificarea şi completarea Legii privind produsele alimentare, Legii cu privire la publicitate, Legii cu privire la exercitarea profesiunii de medic şi Codului contravenţional.

34. Reducerea expunerii la factorii de risc pentru BNT determinaţi de inegalitate şi nutriţionali modificabili, subnutriţie şi deficienţele de micronutrimente, crearea, către anul 2020, a mediului care promovează sănătatea nutriţională în 80% din instituţiile de învăţământ, 70% din spitale şi 30% din locurile de muncă se va efectua prin realizarea următoarelor direcţii de acţiune:

1) revizuirea practicilor şi a legislaţiei privind subvenţionarea în agricultură în vederea creşterii subvenţiilor pentru fructe şi legume şi alte produse alimentare sănătoase şi excluderii subvenţiilor pentru produsele alimentare nesănătoase;

2) elaborarea şi implementarea stimulentelor de creştere a producerii şi plasării pe piaţă a fructelor şi legumelor şi de asigurare a accesibilităţii la ele a grupurilor vulnerabile din populaţie;

3) elaborarea şi implementarea programului de asigurare gratuită cu fructe şi legume a copiilor în instituţiile de învăţământ;

4) elaborarea şi implementarea programului de asigurare gratuită cu lapte a copiilor din instituţiile de învăţământ;

5) elaborarea şi aprobarea recomandărilor privind alimentaţia în bază de produse alimentare pentru instituţiile de învăţământ (alimentaţia în instituţiile şcolare şi preşcolare);

6) modificarea şi completarea curriculei şcolare în vederea introducerii nutriţiei, inclusiv în activităţile trans curriculare;

7) modificarea şi completarea Legii privind produsele alimentare prin interzicerea plasării automatelor comerciale în instituţiile de învăţământ;

8) modificarea şi completarea programului de educaţie în instituţiile preşcolare în vederea includerii sănătăţii nutriţionale;

9) organizarea atelierelor de lucru cu profesorii, lucrătorii medicali, personalul responsabil de alimentaţie şi alt personal interesat din şcoli privind alimentaţia sănătoasă;

10) organizarea atelierelor de lucru cu reprezentanţii întreprinderilor de alimentaţie publică privind alimentaţia sănătoasă.

35. Reducerea, către anul 2020 în comparaţie cu anul 2014 а consumului de grăsimi saturate cu 3%, zaharurilor adăugate cu 5%, consumului de acizi graşi *trans* la mai puţin de 1% ca fracţie din consumul total de energie, consumului total de sare cu 30% şi atingerea 0 creşterii obezităţii la copii şi adulţi se va realiza prin implementarea următoarelor direcţii de acţiune:

1) modificarea şi completarea Codului fiscal în vederea introducerii taxelor crescute pentru produsele alimentare cu conţinut înalt de grăsimi saturate şi băuturile nealcoolice şi redirecţionarea unei cote din aceste taxe către Ministerul Sănătăţii în vederea utilizării pentru activităţile de promovare a alimentaţiei sănătoase şi adecvate şi pentru programele de asigurare gratuită a elevilor cu fructe şi legume;

2) modificarea şi completarea Legii privind produsele alimentare şi a Legii privind supravegherea de stat a sănătăţii publice prin introducerea limitelor pentru conţinutul de sare în pâine şi eliminarea grăsimilor *trans* din produsele alimentare;

3) promovarea reformulării produselor alimentare în vederea reducerii conţinutului de sare, zahăr şi grăsimi saturate şi eliminării grăsimilor *trans*;

4) elaborarea şi implementarea campaniilor de informare a populaţiei despre riscurile consumului excesiv de sare pentru sănătate.

36. Reorientarea sistemului de sănătate în vederea abordării prevenirii şi controlului BNT legate de dietă, subnutriţie şi deficienţele de micronutrimente prin servicii de asistenţă medicală orientate spre populaţie şi acoperire universală se va efectua prin realizarea următoarelor direcţii de activitate:

1) modificarea şi completarea curriculei de educaţie şi instruire continuă pentru medici şi asistentele medicale, specialiştii din Serviciul de supraveghere de stat a sănătăţii publice (în continuare SSSSP) în vederea introducerii aspectelor de supraveghere şi promovare a sănătăţii nutriţionale şi activităţii fizice;

2) elaborarea unui Ghid pentru Asistenţa Мedicală Primară (în continuare AMP) privind consilierea în domeniul sănătăţii nutriţionale şi activităţii fizice;

3) fortificarea capacităţilor resurselor umane din AMP şi SSSSP;

4) elaborarea unui program de instruire în domeniul nutriţiei pentru asistentele medicale.

37. Pentru asigurarea creşterii, către anul 2020, a nivelului de cunoştinţe al populaţiei în domeniul alimentaţiei sănătoase până la cel puţin 50%, se preconizează următoarele direcţii de acţiune:

1) elaborarea unei strategii de marketing şi comunicare în domeniul alimentaţiei sănătoase, care să cuprindă reducerea consumului de sare, zahăr şi grăsimi, promovarea consumului de fructe, legume şi cereale integrale, promovarea mediului alimentar sănătos;

2) crearea unui logo al Programului, care să însoţească toate acţiunile implementate în cadrul acestuia şi să le facă mai vizibile;

3) crearea unei pagini web privind nutriţia şi sănătatea nutriţională şi asigurarea funcţionării durabile a acesteia;

4) modificarea şi completarea legislaţiei privind fondul de profilaxie al Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină (în continuare CNAM) în vederea stabilirii posibilităţii utilizării acestuia în scopul realizării obiectivelor Programului;

5) elaborarea unei broşuri destinate populaţiei, саre să explice etichetarea nutriţională;

6) elaborarea, în colaborare cu reţelele de supermarketuri, şi plasarea în supermarketuri a posterelor care promovează consumul de fructe şi legume în contextul dietei echilibrate;

7) elaborarea unui spot publicitar care promovează alimentaţia sănătoasă şi plasarea acestuia la posturile de televiziune cu cea mai mare acoperire;

8) asigurarea informării şi consilierii tinerilor cu privire la alimentaţia sănătoasă prin intermediul Centrelor de Resurse pentru Tineret.

38. Fortificarea supravegherii, monitorizării, evaluării şi cercetării în domeniul sănătăţii nutriţionale, statutului nutriţional şi a determinantelor care le influenţează, precum şi a tendinţelor acestora, se va realiza prin implementarea următoarelor direcţii de acţiune.

1) instituirea unui sistem adecvat de supraveghere, monitorizare şi evaluare, în special prin studii periodice, care să cuprindă sănătatea nutriţională, statutul nutriţional şi determinantele acestora, inclusiv obiceiurile alimentare ale populaţiei, şi asigurarea funcţionării durabile a acestuia;

2) instituirea unui mecanism de monitorizare a conţinutului de sare în produsele alimentare;

3) instituirea unui mecanism de monitorizare, prin studii periodice, a conţinutului de sodiu în urină;

4) preluarea standardelor OMS privind creşterea/dezvoltarea copiilor în calitate de standarde naţionale;

5) participarea în reţelele de supraveghere şi de acţiuni în domeniul sănătăţii nutriţionale stabilite de OMS (iniţiativa privind supravegherea obezităţii la copii – COSI, factorii de risc comportamentali şi biologici şi sănătatea – STEPS, reducerea consumului de sare, reducerea presiunii comerciale asupra copiilor ş.a.);

6) elaborarea tabelelor privind compoziţia alimentelor ca instrument care să contribuie la creşterea deprinderilor populaţiei privind alimentaţia corespunzătoare.

**IV. Etapele şi termenele de implementare**

39. Etapa 2014-2016:

1) va fi instituit Consiliul intersectorial la nivelul administraţiei publice centrale;

2) va fi modificată şi completată baza legislativ-normativă cu scopul promovării alimentaţiei sănătoase, vor fi modificate şi completate programele de instruire şi educaţie;

3) vor fi elaborate programe teritoriale în domeniul alimentaţiei şi nutriţiei în conformitate cu prevederile prezentului Program;

4) vor fi elaborate şi implementate campanii de informare pentru populaţie;

5) va fi efectuată monitorizarea realizării obiectivelor specifice ale Programului;

6) la finele anului 2016 vor fi evaluate rezultatele preventive ale implementării prevederilor prezentului Program.

40. Etapa 2017-2020:

1) majoritatea prevederilor prezentului Program vor fi implementate, ceea ce va permite monitorizarea şi supravegherea sănătăţii nutriţionale a populaţiei în general şi a grupurilor de risc în special, precum şi a acţiunilor direcţionate de reducere a impactului alimentaţiei nesănătoase şi neadecvate asupra sănătăţii populaţiei;

2) crearea unei guvernări adecvate în domeniul sănătăţii nutriţionale, îmbunătăţirea indicatorilor de alăptare, reducerea consumului de sare, zahăr, grăsimi saturate şi grăsimi *trans*, creşterea consumului de fructe şi legume şi lipsa creşterii prevalenţei obezităţii la copii şi adulţi vor constitui argumente obiective de apreciere a eficienţei acţiunilor prevăzute în prezentul Program.

**V. Responsabili pentru implementare**

41. Autorităţile responsabile pentru implementarea fiecărei acţiuni în parte sunt specificate în Planul de acţiuni din anexa nr.2 la prezenta Hotărâre de Guvern.

42. În procesul de implementare a prezentului Program, autorităţile responsabile vor colabora cu alte autorităţi ale administraţiei publice centrale şi locale, Academia de Ştiinţe a Moldovei, organizaţii neguvernamentale, sectorul agro-alimentar, societatea civilă, precum şi cu partenerii internaţionali de dezvoltare.

**VI. Estimarea generală a costurilor**

43. Finanţarea prezentului Program se va efectua din contul şi în limitele bugetului public naţional, precum şi din alte surse financiare, conform legislaţiei în vigoare.

44. Estimarea generală a costurilor pentru implementarea Programului a fost efectuată în baza priorităţilor şi a activităţilor identificate şi formulate. A fost utilizată metodologia cost-beneficiu şi cost-eficacitate, în comun cu preluarea şi adaptarea dovezilor şi experienţei internaţionale în scopul stabilirii costurilor principale pentru implementarea prezentului Program.

45. Costul estimativ al prezentului Program este de 18.300 milioane lei. Costul estimat pentru fiecare an din primii 3 ani de implementare a Programului, în funcţie de categoria de costuri, sursa de finanţare şi valorile cumulative ale costurilor preconizate în conformitate cu activităţile Programului sunt specificate în Planul de acţiuni pentru anii 2014-2016 pentru implementarea programului naţional în domeniul alimentaţiei şi nutriţiei pentru anii 2014-2020 (în continuare Plan de acţiuni) din anexa nr.2 la prezenta Hotărâre de Guvern.

**VII. Rezultatele scontate**

46. Implementarea prezentului Program va contribui, pe termen lung, la reducerea poverii morbidităţii şi dizabilităţii prevenibile, precum şi a mortalităţii premature evitabile din cauza BNT legate de dietă, subnutriţie şi deficienţele nutriţionale.

47. Rezultatele scontate până în anul 2020 sunt următoarele:

1) guvernare adecvată în domeniul sănătăţii nutriţionale;

2) proporţia copiilor alăptaţi exclusiv până la 6 luni de cel puţin 60%;

3) mediana duratei alăptării de cel puţin 4 luni;

4) în 80% dintre instituţiile de învăţământ, 70% din spitale şi 30% din locurile de muncă sunt implementate medii care promovează sănătatea nutriţională;

5) reducerea cu 3% a consumului de grăsimi saturate, cu 5% a consumului de zaharuri adăugate, la mai puţin de 1% a consumului de grăsimi *trans* ca fracţie din consumul de total de energie;

6) reducerea consumului de sare cu 30%;

7) reducerea valorii medii a tensiunii arteriale sistolice cu 2-3 mmHg ;

8) reducerea valorii medii a colesterolului sanguin total cu 5%;

9) reducerea valorii medii a glucozei sanguine cu 5%;

10) reducerea prevalenţei hipertensiunii arteriale în populaţia adultă cu 15%;

11) reducerea prevalenţei glucozei sanguine înalte în populaţia adultă cu 15%;

12) zero creştere a prevalenţei obezităţii la copii şi la adulţi.

**VIII. Indicatorii de progres şi performanţă**

48. Pentru evaluarea gradului de atingere a rezultatelor, se vor utiliza următorii indicatori:

1) proporţia copiilor cu vârsta până la 6 luni alăptaţi exclusiv;

2) durata medie a alăptării exclusive;

3) introducerea la timp a complementului;

4) cota instituţiilor de învăţământ, spitalelor şi locurilor de muncă în care a fost implementat mediul nutriţional sănătos;

5) consumul mediu de fructe şi legume pe zi în populaţia generală;

6) ponderea persoanelor care consumă 5 porţii şi mai mult de fructe şi legume pe zi;

7) valoarea medie a tensiunii arteriale sistolice în populaţia adultă;

8) valoarea medie a colesterolului sanguin total în populaţia adultă;

9) valoarea medie a glucozei sanguine în populaţia adultă;

10) prevalenţa hipertensiunii arteriale în populaţia adultă;

11) prevalenţa glucozei sanguine înalte în populaţia adultă;

12) ponderea copiilor cu supragreutate şi obezitate;

13) ponderea persoanelor adulte cu supragreutate şi obezitate;

14) ponderea populaţiei care cunoaşte principiile alimentaţiei sănătoase;

15) numărul produselor alimentare reformulate în vederea reducerii conţinutului de sare, zaharuri adăugate şi grăsimi;

16) numărul produselor alimentare reformulate în vederea excluderii grăsimilor *trans*;

17) incidenţa prin diabet de tip 2;

18) numărul de rapoarte de monitorizare realizate.

**IX. Riscuri de implementare**

49. În realizarea prezentului Program pot fi identificate următoarele constrângeri şi măsuri de reducere a acestora:

1) rezistenţa industriei alimentare în vederea restricţionării marketingului produselor alimentare pentru copii, reformulării produselor alimentare în vederea reducerii conţinutului de sare, zaharuri adăugate şi grăsimi, eliminării grăsimilor *trans*, care pot fi depăşite prin acţiuni de sensibilizare şi informare;

2) desconsiderarea locului nutriţiei şi alimentaţiei în povara bolilor, calitatea vieţii şi speranţa de viaţă, care pot fi depăşite prin creşterea nivelului de informare a factorilor de decizie şi a voinţei politice de schimbare;

3) resurse limitate în bugetul de stat, dar care pot fi utilizate raţional prin sporirea eficienţei tehnice şi alocării resurselor financiare destinate realizării Programului, precum şi prin atragerea unor resurse suplimentare de la donatorii externi.

**X. Proceduri de raportare şi evaluare**

50. În procesul de implementare a prezentului Program va fi efectuată monitorizarea permanentă a realizării acţiunilor şi a rezultatelor obţinute pentru a opera, în caz de necesitate, modificări în politicile promovate şi în acţiunile întreprinse.

51. Scopul monitorizării constă în corelarea obiectivelor şi a acţiunilor din Planul de acţiuni pentru implementarea prezentului Program cu rezultatele aşteptate ale Programului, pentru ca, ulterior, să fie efectuată o evaluare cât mai corectă a modului de realizare a Programului şi a impactului acestuia asupra sănătăţii populaţiei.

52. În particular, procesul de monitorizare şi evaluare va contribui la analiza situaţiei curente şi a tendinţelor în realizarea obiectivelor Programului, la analiza realizării Planului de acţiuni şi evaluarea corectă a rezultatelor finale obţinute.

53. Coordonarea Programului va fi efectuată de Consiliul intersectorial, care urmează să fie instituit conform Planului de acţiuni. Monitorizarea şi evaluarea rezultatelor implementării Programului va fi efectuată de către Ministerul Sănătăţii în colaborare cu celelalte părţi interesate, specificate în Planul de acţiuni.

54. Procedurile de monitorizare vor prevedea supravegherea constantă, care va fi efectuată de SSSSP în colaborare cu celelalte servicii din sistemul sănătăţii, şi cercetarea prin studii, care va fi efectuată periodic.

55. În cadrul procesului de monitorizare vor fi elaborate rapoarte de progres, care vor include informaţii despre implementarea acţiunilor prevăzute în Planul de acţiuni. Aceste rapoarte vor fi elaborate de Ministerul Sănătăţii, în colaborare cu Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare, Ministerul Educaţiei şi alte autorităţi interesate, anual, şi vor conţine informaţia privind situaţia implementării acţiunilor prevăzute în Planul de acţiuni. La sfârşitul fiecărui an de implementare, Ministerul Sănătăţii, în colaborare cu Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare, Ministerul Educaţiei, CNAM şi alte sectoare interesate va elabora raportul de evaluare a Programului, care va conţine informaţia despre rezultatele obţinute, conform obiectivelor stabilite în Program, şi care va fi prezentat Guvernului în luna martie a fiecărui an.

56. La mijlocul termenului de realizare a Programului se va efectua evaluarea intermediară, iar la sfârşitul implementării Programului – evaluarea finală. Evaluarea intermediară se va realiza în anul 2016, când se va analiza gradul de progres în atingerea rezultatelor preconizate şi impactul programului asupra sănătăţii populaţiei. Ca urmare a concluziilor raportului de evaluare, în caz de necesitate, se vor propune ajustări ale obiectivelor şi/sau ale rezultatelor preconizate, precum şi identificarea, în funcţie de situaţie, a unor acţiuni noi.

57. La finele anului 2020 va fi elaborat raportul final privind eficienţa implementării acţiunilor prevăzute şi realizarea obiectivelor Programului.