



## DECIZIE

or. Hînce ti

din 25 martie 2015

nr. 02/12

### Cu privire la aprobarea Programului teritorial în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2015-2020

În temeiul art. art. 6, 7, 9 și 38 din Legea nr.10-XVI din 3 februarie 2009 privind supravegherea de stat a Sănătății Publice ( Monitorul oficial al Republicii Moldova, 2009, nr.67,art.183), cu modificările și completările ulterioare, art 9 și 18 din legea nr.78-XV din 18 martie 2004 privind produsele alimentare (Monitorul oficial al Republicii Moldova, 2004 nr.83-87.art 431) cu modificările și completările ulterioare și Hotărârii Parlamentului nr.82 din 12 aprilie 2012 pentru Strategia națională de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii; 2012-2020 (Monitorul oficial al Republicii Moldova,2012,nr126-129,art.412) precum și în scopul protecției sănătății populației, Consiliul raional Hînce ti **DECIDE**:

1. Se aprobă :
  - Programul teritorial în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2015-2020, conform anexei nr. 1;
  - Planul de acțiuni pentru anii 2015-2016 privind implementarea Programului teritorial în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2015-2020, conform anexei nr.2.
2. Planul de acțiuni pentru anii 2017-2020 privind implementarea Programului teritorial în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2015-2020 va fi aprobat printr-o nouă decizie a consiliului raional după aprobarea unei noi hotărâri de Guvern.
3. Se stabilește că finanțarea Programului menționat se va efectua din contul și în limitele alocațiilor aprobate anual în bugetul public precum și din alte surse, conform legislației în vigoare.
4. Direcțiile, instituțiile din subordinea Consiliului raional, precum și autoritățile administrației publice locale de nivelul I vor asigura în limitele competențelor atribuite, realizarea prezentei decizii și a planurilor de acțiuni aprobate, raportând anual până la 15 ianuarie Centrului de Sănătate Publică Hînce ti, care va generaliza informațiile și va prezenta Consiliului raional, până la 01 februarie anual raportul integral privind realizarea deciziei în cauză.
5. Controlul asupra executării prezentei decizii se pune în sarcina vicepreședintelui raionului Hînce ti, dl Anatolie CHETRARU.

Președintele edincăei:

Contrasemnează :

Secretarul-interimar  
al Consiliului Raional Hînce ti

Ion ONCU

Igor BOTNARU

**Programul teritorial  
În domeniul alimentației și nutriției pentru anii  
2015-2020**

**I Identificarea problemei**

1. Povara bolilor cauzate de alimentația proastă este înaltă și continuă să crească. Un număr relativ mic de boli; sunt responsabile de o proporție foarte mare a poverii bolilor. Bolile netransmisibile sunt legate prin factorii de risc determinate care stau la bază și oportunități pentru intervenții comune: tensiunea arterială înaltă, colesterolul sanguin înalt, diete nesănătoase și inactivitatea fizică, consumul de tutun și consumul nociv de alcool. Consumul excesiv de grăsimi saturate și grăsimi solide formate în procesul chimic de hidrogenare parțială a uleiilor lichide în (continuare-grăsimi trans), zahăruri și sare, consumul redus de fructe și legume, au devenit factori de risc principali, pentru povara bolilor netransmisibile legate de dietă. Grăsimile trans cresc nivelul colesterolului de densitate joasă și reduc nivelul colesterolului de densitate înalt astfel crescând riscul pentru bolile coronariene ale inimii, diabetul de tip 2 și pentru decesele premature din cauza acestor boli.

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

3. Nutriția și alimentația proastă afectează nu doar sănătatea, dar și calitatea vieții și speranța de viață.

4. Republica Moldova se confruntă cu povara dublă a malnutriției. Pe de o parte subnutriția și deficiențele nutriționale, caracteristice țărilor în curs de dezvoltare, pe de altă parte supragreutatea și obezitatea, caracteristice țărilor dezvoltate. 6% dintre copii cu vârsta pînă la 5 ani au retard statural, condiționat de insuficiență 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 vîrstă fertilă și peste 40% dintre femeile gravide suferă de anemie. Unul din 3 copii este supus riscului deficienței de iod. Jumătate din populația adultă este supraponderală sau obeză. În vederea reducerii deficiențelor de micronutrienți Guvernul a aprobat și implementează programe naționale de reducere și eliminare a acestor deficiențe.

5. Circa două treimi din populația cu vîrstă de peste 40 de ani, aparent sănătoasă, are valorile tensiunii arteriale și ale colesterolului total mari. Nutriția și alimentația proastă și factorii de risc asociați sunt responsabile de pierderea anuală a 50% din anii de viață sănătoasă la femei și 35% la bărbați.

6. Alimentația nerecunoscută și nivelul redus al activității sînt printre principalele 4 cauze ale bolilor netransmisibile, precum bolile cardiovasculare, hipertensiunea, diabetul de tip 2, atacul cerebral, unele tipuri de cancer, afecțiunile musculoscheletale și unele afecțiuni mintale. Pe termen lung creșterea morbidității prin boli netransmisibile va avea un impact negativ asupra

speran ei de via și va reduce calitatea vie ii.Peste 80% din cazurile anuale de deces înregistrate în Republica Moldova sunt condi ionate de bolile netransmisibile. Bolile cardiovasculare sînt cauza a 55-57% din decesele înregistrate annual, Cancerul este cauza a circa 14% din decese,bolile aparatului digestiv sînt cauza a circa 10% din decese.

7. Rata al pt rii exclusive a sugarilor pîn la 6 luni, care este un factor esen ial determinat al st rii de s n tate la via a de adult, este în descreștere, constadînd doar 37% în anul 2012 în compara ie cu 46% în anul 2005.Fortificarea ac iunilor de implimentare deplin a prevederelor Codului interna ional privind marketingul sustituen ilor laptelui matern, creșterea nivelului de conștientizare a importan ei al pt rii de c tre lucr torii medicali,promovarea alapt rii prin companii de comunicare urmeaz s contribuie la creșterea propor iei copiilor al pta i exclusiv pîn la 6 luni și a duratei alapat rii.

8. Doar jum tate dintre copiii cu vârsta pîn la 7 ani consum zilnic lapte și 62% consum zilnic ructe și legume (2009),cu diferen e semnificative între mediul de reziden urban și rural și nivelul de venituri al familiei. Fructele și legumele sînt mai accesibile pentru majoritatea popula iei doar în sezon.

9. Nu exist date care s poat fi folosite pentru estimarea caracterului adecvat al consumului alimentar refiritor la toate nutrimentele esen iale, inclusive la energie. Dieta a devenit mai divers , propor ia de cereale este în descreștere. Furnizarea grupurilor principale de produse alimentare,precum fructele și legumele,carnea și produsele lactate este cea mai mic în compara ie cu rile vecine,Romînia și Ucraina. Pentru în elegerea caracterului adecvat al dietei,sînt necesare date privind consumul alimentar curent al indivizilor și grupurilor de popula ie,care actualmente sunt lips la nivel na ional. Chiar dac fișele bilan ului alimenatr pot indica disponibilitatea na ional de macronutrimente și micronutriente, distribu ia acestor nutrimente în ar și între grupurile popula ionale este deseori inegal ,rezultînd în subnutri ie pe de o parte, și obezitate,pe de alt parte.

10. Consumul estimat de energie provenit din lipide, în familiile cu copii variaza . Între 32% și 33% (anii 2006-2010) cu tendin a de creștere, dep șind limita maxim de 30% recomandat de OMS.Cota energiei furnizat de glucidele simple constituie 12%,dep șind,de asemenea,limita maxim recomandat de OMS(10%).

11.Gr simile saturate și gr simile *trans*, care au propriet i aterogene mult mai pronun ate,sînt utilizate pe larg în industria alimentara .

12. Legisla ia actual privind etichetare nu prevede informarea obligatorie a Consumatorului despre con inutul de sare,zah r,gr simi saturate și gr simi *trans* în produsele alimentare.

13.Promovarea s n t ii nutri ionale ne este considerat o prioritate.Ac iunile de informare a popula iei refiritor la consumul alimentar s n tos sînt efectuate haotic. Nutri ia nu este component obligatorie a curriculei de educa ie în institu iile de înv mînt.

14. Deși exist unele elemente fragmentare de supraveghere a statutului nutri ional, acestea sînt insuficiente. Este necesar stabilirea unui sistem func ional și durabil de supraveghere, monitorizare și evaluare în domeniul s n t ii nutri ionale.

15.Bolile netransmisibile, deficien ele nutri ionale și subnutri ia,consecin e ale alimenta iei proaste și a inactivit ii fizice, continu s fie v zute ca probleme, de care este responsabil doar

sectorul medical, iar cheltuielile pentru tratamentul bolilor cronice legate de dietă și pentru asistența socială persoanelor cu dizabilități ca consecință a bolilor netransmisibile constituie o pondere importantă din bugetul de sănătate și social.

## **II. Obiectivele specifice ale Programului**

16. Scopul Programului teritorial în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2015-2020 (în continuare-Program) constă în reducerea poverii morbidității și a dizabilității prevenibile și a mortalității premature evitabile din cauza bolilor netransmisibile legate de dietă și deficiențele nutriționale.

17. Obiectivele specifice ale prezentului Program sînt:

- 1) Instituirea cître anul 2016, a unei administrații adecvate în domeniul sănătății Nutriționale și asigurarea funcționării durabile a acesteia;
- 2) creșterea, cître anul 2020, a proporției alăptării exclusive în primile 6 luni de viață pînă la 60% și medianeii duratei alăptării pînă la cel puțin 4 luni;
- 3) reducerea expunerii la factorii de risc determinați de inegalitate și nutriționali modificabili pentru bolile netransmisibile, subnutriție și deficiențele de micronutrimente prin crearea, cître anul 2020, a mediului care promovează sănătatea nutrițională în 80% din instituțiile, 70% din spitale și 30% din locurile de muncă;
- 4) reducerea, cître anul 2020 în comparație cu anul 2014;
  - a) a consumului de grăsimi saturate și de zaharuri adăugate cu 3% și 5%, respectiv, ca fracție din consumul total de energie;
  - b) a consumului de acizi grași *trans* la mai puțin de 1% ca fracție din consumul de energie;
  - c) a consumului de sodiu/sare cu 30% (mai puțin de 8g/zi);
  - d) zero creștere în prevalența obezității la copii și adulți. Conform estimărilor, atingerea obiectivelor menționate va contribui la reducerea impactului factorilor metabolici de risc pentru bolile netransmisibile, după cum urmează:
  - e) valorii medii a hipertensiunii arteriale la populația adultă cu 2-3 mm a coloanei de mercur Hg;
  - f) valorii medii a colesterolului sanguin total la populația adultă cu 5%;
  - g) valorii medii a glucozei sanguine la populația adultă cu 5%;
  - h) prevalenței hipertensiunii cu 10% la adulți;
  - i) prevalenței glucozei sanguine înalte cu 15% la adulți;
- 5) reorientarea sistemului de sănătate în vedere abordării prevenirii și controlului Bolilor netransmisibile legate de dietă, subnutriției și a deficiențelor de micronutrimente prin servicii de asistență medicală primară orientate spre populație și acoperire universală;
- 6) creșterea, pînă în 2020, a nivelului de cunoștințe al populației în domeniul alimentației și sănătății pînă la cel puțin 50%;
- 7) fortificarea supravegherii, monitorizării, evaluării și cercetării, în domeniul sănătății nutriționale, statutului nutrițional și a determinantelor care le influențează, precum și tendințele lor.

## **III Acțiunile ce urmează a fi întreprinse.**

18. Pentru instituirea cître anul 2016, a unei administrații adecvate în domeniul sănătății nutriționale și asigurării funcționării durabile a acesteia se prevăd următoarele direcții de acțiune:

- 1) Crearea unui consiliu consultativ intersectorial sub președinția vicepreședintelui raional pe problemele sociale.

Avînduse în vedere spectrul larg al acțiunilor intersectoriale de sănătate publică prevăzute în prezentul Program în planurile de acțiuni. Crearea consiliului consultativ urmărește scopul de a facilita dialogul intersectorial, de a eficientiza implementarea Programului și a planurilor de acțiuni, precum și facilitarea monitorizării și evaluării.

- 2) **Organizarea pe parcursul anului 2015 a atelierilor de lucru privind reducerea consumului de sare cu lucrătorii medicali și persoanele responsabile de alimentație în școli, grădinițe, întreprinderi de alimentație publică.**
  - 3) Fortificarea capacităților Centrului de Sănătate Publică în domeniul colaborării intersectoriale.
  - 4) Analiza impactului politicilor publice agricole și alimentare asupra sănătății nutriționale.
20. Creșterea, către anul 2020, a proporției alăptării exclusive în primele 6 luni de viață până la 60% și a mediei duratei alăptării până la cel puțin 4 luni; se va efectua prin realizarea următoarelor direcții de acțiune:
- 1) Asigurarea implementării inițiativei „Spitalul-prieten al copilului” în toate instituțiile medico-sanitare de profil (maternități) și menținerea durabilității acestora și asigurarea nașterii a cel puțin 95% dintre copii în maternități acreditate ca „Prieten al copilului”
  - 2) Fortificarea capacităților medicilor și asistentelor medicale în vederea promovării alăptării, completării corecte și adecvate și consilierii mamelor referitor la aceste subiecte.
21. Reducerea expunerii la factorii de risc pentru bolile netransmisibile determinate de Inegalitate și factorii de risc nutrițional modificabili de subnutriție și deficiențe de micronutrient. Crearea, către anul 2020 a mediului care promovează sănătatea nutrițională în 80% din instituțiile de învățământ, 70% din spitale, și 30% la locurile de muncă se va efectua prin realizarea următoarelor direcții de acțiune:
- 1) Revizuirea practicilor privind subvenționarea în agricultură în vederea creșterii subvențiilor pentru fructe și legume și alte produse alimentare sănătoase și excluderii subvențiilor pentru produsele alimentare nesănătoase.
  - 2) Elaborarea și implementarea stimulentei de creștere a producției și plasării pe piața a fructelor și legumelor și de asigurare a accesibilității la ele a grupurilor vulnerabile din populație (grădinițe, școli, aziluri pentru bătrâni etc).
  - 3) Elaborarea și implementarea programului de asigurare gratuită cu fructe și legume a copiilor din instituțiile de învățământ.
  - 4) Elaborarea și implementarea programului de asigurare gratuită cu lapte a copiilor din instituțiile de învățământ.
  - 5) Organizarea atelierilor de lucru cu profesorii, lucrătorii medicali, personalul responsabil de alimentație și alt personal interesat din școli privind alimentația sănătoasă.
  - 6) Organizarea atelierilor de lucru cu reprezentanții întreprinderilor de alimentație publică privind alimentația sănătoasă.
22. Reducerea, către anul 2020, în comparație cu anul 2014, a consumului de grăsimi saturate cu 3% zaharurilor adăugate cu 3%, consumului de acizi grași trans la cel puțin 1% ca fracțiune din consumul total de energie, consumul total de sare cu 30%.
- Atingerea descreșterii obezității la copii și adulți se va rezolva prin implementarea următoarelor direcții de acțiune:**
- 1) promovarea reformării produselor alimentare în vederea reducerii conținutului de sare, zahăr și grăsimi saturate și eliminării grăsimilor trans.
  - 2) Organizarea și desfășurarea campaniei de informare a populației despre riscurile consumului excesiv de sare pentru sănătate.
23. Reorientarea sistemului de sănătate în vederea abordării prevenirii și controlului bolilor netransmisibile legate de dietă, subnutriție și deficiențele de micronutrient prin servicii de asistență medicală orientate spre populație și acoperire universală se efectua prin realizarea următoarelor direcții de activitate:

1)Fortificarea capacităților resurselor Primar și serviciul de supraveghere de stat  
A S n t ii Publice.

24. Pentru asigurarea creșterii nivelului de cunoștințe al populației c tre,anul 2020, în domeniul alimentației s n toate pîn la cel pu in 50%,se preconizează următoarele direcții de acțiune;

- 1)Elaborarea în comun cu rețelele supermarketuerei a posterilor care promovează Consumul de fructe și legume.
- 2)asigurarea informării și consilierii tinerilor privind alimentația s n toasă .

#### **IV Etapele și termenele de implementare**

25. Etapa 2015-2016:

- 1) va fi instituit Consiliul intersectorial la nivelul administrației raionale.
- 2) vor fi elaborate și implementate companii de informare pentru populație.
- 3) va fi efectuată monitorizarea realizării obiectivelor specifice ale Programului.
- 4) la finele anului 2016 vor fi evaluate rezultatele prevenite ale implementării prevederilor prezentului Program.

26. Etapa 2017-2020;

- 1) Majoritatea prevederilor prezentului Program vor fi implementate ceea ce va permite Monitorizarea și supravegherea s n t ii nutriționale a populației și a grupurilor de risc în special,precum și a acțiunilor direcționate de reducere a impactului alimentației nes n toate și neadecvate asupra s n t ii populației;
- 2) Crearea unei guvernări adecvate în domeniul s n t ii nutriționale îmbunătățirea Indicatorilor de alptare ,reducerea consumului de sare,grăsimi saturate și grăsimi trans, creșterea consumului de fructe și legume,și lipsa creșterii prevalenței obezității la copii și adulți vor constitui argumente obiective de apărare a eficienței acțiunilor prevăzute în prezentul Program.

#### **V.Responsabil pentru implementare**

27. Autoritățile responsabile pentru implementarea fiecărei acțiuni în parte,prevăzute pentru implementarea în perioada 2015-2016 sînt specificate în Planul de acțiuni din Anexa nr. 2 la prezenta Hotărîre, iar cele responsabile de implementare acțiunilor ce urmează a fi implementate în perioada 2017-2020 vor fi în planul de acțiuni,care va fi aprobat conform prevederilor se la pct.2 din prezenta decizie.

28. În procesul de implementare a prezentului program, autoritățile responsabile vor colabora cu alte autorități publice locale, sectorul agroalimentar, societatea civilă .

#### **VI. Estimarea generală a costurilor**

29. Finanțarea prezentului Program se va efectua din contul și în limitele bugetului public,precum și din alte surse financiare,conform legislației în vigoare.

30. Estimarea generală a costurilor pentru implementarea Programului a fost efectuată în baza priorităților și a activităților identificate și formulate. A fost utilizată metodologia cost – beneficiu și cost-eficacitate, în comun cu preluarea și adaptarea dovezilor și experienței internaționale. Beneficiu și cost-eficacitate, în comun cu prelucrarea și adaptarea dovezilor și experienței internaționale în scopul costurilor principale pentru implementarea prezentului Program.

31. Costul estimat pentru fiecare an din primii 2 ani de implementare a Programului, în funcție de categoria de costuri,sursa de finanțare și valorile cumulative ale costurilor preconizate în conformitate cu activitățile Programului sînt specificate în Planul de acțiuni pentru anii 2015-

2016 privind implementarea Programului național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020 (în continuare Plan de acțiuni) din anexa nr.2 la al prezentului Hotărârii.

### VII. Rezultatele scontate.

32. Implementarea prezentului Program va contribui, pe termen lung, la reducerea poverii morbidității și dizabilități prevenibile, precum și mortalității premature evitabile din cauza bolilor netransmisibile legate de dietă, subnutriție și deficiențele nutriționale.

33. Rezultatele scontate până la anul 2020 sînt următoarele:

- 1) guvernare adecvată în domeniul sănătății nutriționale;
- 2) proporția copiilor alăptați exclusiv până la 6 luni de cel puțin în 60%;
- 3) mediana duratei alăptării de cel puțin în 4 luni;
- 4) în 80% din instituțiile de învățământ, 70% din spitale și 30% la locurile de muncă sunt implementate medii care promovează sănătatea nutrițională;
- 5) reducerea cu 3% a consumului de grăsimi saturate, cu 5% a consumului de zaharuri adăugate, la maximum de 1% a consumului de grăsimi *trans* ca fracție din consumul total de energie;
- 6) reducerea consumului de sare cu 30%;
- 7) reducerea valorii medii a tensiunii arteriale sistolice cu 2-3mmHg;
- 8) reducerea valorii medii a colesterolului sanguin total cu 5%;
- 9) reducerea valorii medii a glucozei sanguine cu 5%;
- 10) reducerea prevalenței hipertensiunii arteriale la populația adultă cu 15%;
- 11) reducerea prevalenței glucozei sanguine înalte la populația adultă cu 15%;
- 12) zero creștere a prevalenței obezității la copii și adulți.

### VIII. Indicatorii de progrese și performanță.

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

- 1) proporția copiilor cu vîrstă până la 6 luni alăptați exclusiv;
- 2) durata medie a alăptării exclusive;
- 3) **introducerea la timp a complementului;**
- 4) cota instituțiilor de învățământ, spitalelor și locurilor de muncă în care a fost implementat mediul nutrițional sănătos;
- 5) consumul de fructe și legume pe zi de către populația generală;
- 6) ponderea persoanelor care consumă 5porții și mai mult de fructe și legume pe zi;
- 7) valoarea medie a tensiunii arteriale sistolice la populația adultă;
- 8) valoarea medie a colesterolului sanguin total la populația adultă;
- 9) valoarea medie a glucozei sanguine la populația adultă;
- 10) prevalența hipertensiunii arteriale la populația adultă;
- 11) prevalența glucozei sanguine înalte la populația adultă;
- 12) ponderea copiilor cu suprapondere și obezitate;
- 13) ponderea persoanelor adulte cu suprapondere și obezitate;
- 14) ponderea populației care cunoaște principiile alimentației sănătoase;
- 15) numărul produselor alimentare reformulate în vederea reducerii conținutului de sare, zaharuri și grăsimi;
- 16) numărul produselor alimentare reformulate în vederea excluderii grăsimilor *trans*;
- 17) incidența prin diabet de tip 2;
- 18) numărul de rapoarte de monitorizare realizate.

### IX. Riscuri de implementare.

35. În realizarea prezentului Program pot fi identificate următoarele constrîngeri și măsuri de reducere a acestora:

- 1) Rezistența agenților economici din industria alimentară în vederea restricționării marketingului produselor alimentare pentru copii, reformularii produselor alimentare în vederea reducerii conținutului de sare, zahăruri adugate și grăsimi, eliminării grăsimilor *trans*, care pot fi depășite prin acțiuni de sensibilizare și informare;
- 2) Desconsiderarea locului nutriției și alimentației în povara bolilor, calitatea vieții și Speranța de viață, care pot fi depășite prin creșterea nivelului de informare a factorilor de decizie și a voinței politice de schimbare;
- 3) Resurse limitate în bugete, dar care pot fi utilizate rațional prin sporirea eficienței tehnice și alocării resurselor financiare destinate realizării Programului, precum și Prin atragerea unor resurse suplimentare de la donatori

### **X. Riscuri de rapoarte și evaluare**

36. În procesul de implementare a prezentului Program va fi efectuată monitorizarea permanentă a realizării acțiunilor și a rezultatelor obținute pentru a opera, în caz de necesitate, modificări în politicile promovate în acțiunile întreprinse.

37. Scopul monitorizării constă în corelarea obiectivelor și a acțiunilor din planul de acțiuni pentru implementarea prezentului Program cu rezultatele așteptate ale programului pentru ca, ulterior, să fie efectuată o evaluare cât mai corectă a modului de realizare a programului și a impactului acestuia asupra sănătății populației.

38. În particular, procesul de monitorizare și evaluare va contribui la analiza situației curente și a tendințelor în realizarea obiectivelor Programului, la analiza realizării Planului de acțiuni și evaluare corectă a rezultatelor, finale obținute.

39. Coordonarea Programului va fi efectuată de Consiliul intersectorial, care urmează să fie instituit conform Planului de acțiuni. Monitorizarea și evaluarea rezultatelor implementării Programului va fi efectuată de către Centrul de Sănătate Publică în colaborare cu celelalte părți interesate, specificate în Planul de acțiuni.

40. Procedurile de monitorizare vor prevedea supravegherea constantă, care va fi efectuată de serviciul de supraveghere de stat a Sănătății Publice în colaborare cu celelalte servicii din sistemul sănătății, și cercetarea prin studii, care va fi efectuată periodic.

41. La mijlocul termenului de realizare a Programului se va efectua evaluarea intermediară, iar la sfârșitul implementării Programului-evaluare finală. Evaluarea Intermediară se va realiza în 2016, când se va analiza gradul de progres în atingerea rezultatelor preconizate și impactul Programului asupra sănătății populației. Ca urmare a concluziilor raportului de evaluare, în caz de necesitate, se vor propune ajustări ale obiectivelor și/sau ale rezultatelor preconizate, precum și identificarea, în funcție de situație, a unor noi acțiuni.

42. La finele anului 2020 va fi elaborat raportul final privind eficiența implementării acțiunilor prevăzute și realizarea obiectivelor Programului.

**Secretar-interimar  
al Consiliului raional Hîncești**

**Igor BOTNARU**