

Stanowisko Nr 4
Zespołu Konsultacyjnego
dotyczącego pakietu rekomendacji
w zakresie zmian w prawie
ze stosowaniem zasad dostępności.

Tytuł projektu: „Dostępność dla pacjentów - monitoring tworzonego i stanowionego prawa”.

Działanie 2.16. Usprawnienie procesu stanowienia prawa

Data spotkania: 26.07.2022

Imię i nazwisko osoby prowadzącej: Stanisław Maćkowiak

Miejsce spotkania: Hotel Groman Sękocin Stary, Al. Krakowska 76.

W spotkaniu uczestniczyło 10 osób

- 10 przedstawicieli Krajowego Forum na rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN.



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



SPIS TREŚCI

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań obowiązujących przy
prowadzeniu żywienia w szpitalach (MZ 1279)

- | | | |
|-----|---|--------|
| I. | Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie | Str. 3 |
| II. | Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego | Str. 8 |

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań obowiązujących przy
prowadzeniu żywienia w szpitalach (MZ 1279)

Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



I. Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie

Projekt rozporządzenia określa wymagania obowiązujące przy prowadzeniu żywienia zbiorowego typu zamkniętego w szpitalach, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych udzielanych przez szpitale świadczeniobiorcy z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Zgodnie z ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia przez zakład żywienia zbiorowego typu zamkniętego rozumie się zakład wykonujący działalność w zakresie zorganizowanego żywienia określonych grup konsumentów, w szczególności w szpitalach, zakładach opiekuńczo-wychowawczych, żłobkach, przedszkolach, szkołach, internatach, zakładach pracy, z wyłączeniem żywienia w samolotach i innych środkach transportu oraz wojskowych polowych punktów żywieniowych.

Za szpital uważa się natomiast zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych udzielanych przez szpitale świadczeniobiorcy z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Szczegółowe wymagania określają:

- 1) kody i nomenklaturę diet szpitalnych, stosowanych w żywieniu pacjentów przebywających w szpitalach,
- 2) rodzaje diet, ich charakterystykę, rekomendowane i przeciwwskazane środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet oraz wartość odżywczą i energetyczną stosowanych diet szpitalnych,
- 3) wzór karty żywienia szpitalnego.



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Żywność jest jednym z podstawowych czynników odpowiedzialnych za zdrowie. Rola żywienia dla pacjenta przebywającego w warunkach szpitalnych jest szczególnie istotna. Odpowiednie żywienie pacjentów w szpitalu stanowi integralną część całego procesu leczenia,

a właściwa ocena stanu odżywienia i wdrażanie odpowiedniego sposobu żywienia jest istotnym elementem zwiększenia szans chorych na wyzdrowienie, poprawę skuteczności zarówno leczenia zachowawczego, jak i chirurgicznego oraz zmniejszenie ryzyka powikłań i skrócenie czasu gojenia się ran pooperacyjnych. Dobrze odżywiony pacjent, szybciej powraca do zdrowia i tym samym może krócej przebywać w szpitalu, co korzystnie wpływa na ogólny stan zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta, a także obniża całkowity koszt leczenia.

Niedożywienie albo niewłaściwie dobrana dieta może negatywnie wpływać na przebieg choroby i rekonwalescencję, wydłużać pobyt chorego w szpitalu, a w konsekwencji zaś zwiększać koszty jego leczenia. Prawidłowe żywienie jest ważną częścią terapii, co więcej może być także wskaźnikiem jakości opieki szpitalnej. Ze względu na istotny charakter właściwego żywienia pacjenta w wielu szpitalach europejskich realizowane są zalecenia dotyczące zwiększania jakości świadczonych usług między innymi poprzez poprawę jakości żywienia oferowanego na terenie placówek leczniczych.

Zgodnie z prawem żywnościowym, tylko żywność bezpieczna dla zdrowia i życia człowieka może znajdować się w obrocie, a odpowiedzialność za bezpieczeństwo żywności na wszystkich etapach produkcji, przetwarzania i dystrybucji ponosi podmiot działający na rynku spożywczym. W przypadku szpitala odpowiedzialność ta spoczywa na dyrektorze, który w świetle przepisów prawa żywnościowego jest podmiotem działającym na rynku spożywczym oraz decyduje jak jest zorganizowane żywienie, tj. czy w obiekcie jest blok żywienia/kuchnia, czy posiłki dla pacjentów dostarcza firma cateringowa. W przypadku prowadzenia żywienia we własnym zakresie dyrektor szpitala (lub osoba upoważniona) jest zobowiązany do przestrzegania przepisów prawa

żywnościowego, w tym do prowadzenia stosownej kontroli wewnętrznej dotyczącej m.in. jakości posiłków dla pacjentów. Natomiast w przypadku korzystania z usług firm cateringowych szczegółowe wymagania dotyczące m.in. jakości posiłków powinny być uwzględnione w umowach z tymi firmami. Jakość dostarczanej żywności oraz warunki transportu powinny być sprawdzane przez osoby wyznaczone i upoważnione przez dyrektorów szpitali. Ponadto personel medyczny, który jest odpowiedzialny za leczenie pacjentów, powinien dostosowywać diety do stanu zdrowia pacjentów oraz mieć na uwadze interakcje pomiędzy stosowanymi przez pacjentów lekami a żywnością.

Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2018 r. wykazał znaczące nieprawidłowości w zakresie żywienia pacjentów w szpitalach. Jako najczęściej powtarzające się błędy żywieniowe wymieniano nieprawidłowe zbilansowanie jadłospisów: mały udział produktów będących źródłem pełnowartościowego białka zwierzęcego, zbyt wysoka podaż produktów o niskiej wartości odżywczej i wysokiej zawartości tłuszczu, zaniżona wartość energetyczna diet, nieprawidłowy rozkład energii na poszczególne posiłki, zawyżona zawartość soli. Ponadto, wskazywano na niewystarczające sprecyzowanie wytycznych dotyczących diet oraz niejednoznaczne nazewnictwo diet szpitalnych. Nazwy diet w szpitalach były zróżnicowane, wywodziły się od nazw narządów (np. trzustkowa, wątrobowa), jednostek chorobowych (np. cukrzycowa, atopowa), nazwy ograniczanego lub dostarczanego składnika (np. niskosodowa, bezglutenowa, bez laktozy), czy też od nazwiska twórcy diety (np. dieta Karelia, dieta Schmidta).

Diety stosowane w żywieniu pacjentów przebywających w szpitalach powinny pokrywać ich zapotrzebowanie na energię i wszystkie niezbędne składniki pokarmowe, a jednocześnie wspomagać leczenie i rekonwalescencję. Żywienie osób chorych w szpitalach nie powinno w zasadniczy sposób odbiegać od żywienia osób zdrowych, a stanowić jedynie modyfikację prawidłowego żywienia. Może ono obejmować np. zmiany konsystencji potraw, ich wartości energetycznej, sposobu przygotowania, zawartości w diecie niektórych składników odżywczych lub eliminację produktów i składników

spożywczych powodujących alergię u pacjenta. Powinno ono także uwzględniać aktualną sytuację zdrowotną pacjenta: musi być dostosowane zarówno do określonej choroby, jak i uwzględniać możliwości przyswojenia składników odżywczych ze spożytych produktów. Wszelkie odstępstwa od diety normalnej powinny być możliwie jak najmniejsze i trwać jak najkrócej.

Podstawą do planowania diet stosowanych w żywieniu w szpitalach powinny być aktualne normy żywienia. Należy jednak mieć na uwadze, że normy żywienia zostały opracowane dla osób zdrowych. Przy występowaniu różnych chorób może być konieczne ograniczenie bądź zwiększenie podaży niektórych składników. W związku z powyższym zalecane jest, aby rodzaj stosowanej diety, czas jej trwania oraz zalecane modyfikacje lekarz, o ile jest to możliwe, konsultował z dietetykiem.

Zaproponowano nomenklaturę oraz kody dla niżej wymienionych diet:

- 1) Dieta podstawowa;
- 2) Dieta łatwostrawna;
- 3) Dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu;
- 4) Dieta łatwostrawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego;
- 5) Dieta bogatoresztkowa;
- 6) Dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów;
- 7) Dieta o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych;
- 8) Dieta ubogoenergetyczna;
- 9) Dieta bogatobiałkowa;
- 10) Dieta niskobiałkowa;
- 11) Dieta eliminacyjna;
- 12) Dieta papkowata

- 13) Dieta płynna;
- 14) Dieta płynna wzmocniona;
- 15) Dieta do żywienia przez zgłębnik.

Pacjenci, których stan zdrowia nie wymaga stosowania specjalnych ograniczeń dietetycznych, powinni otrzymywać dietę podstawową. Poprzez odpowiednie modyfikacje diety podstawowej opracowane zostały pozostałe diety, które odznaczają się ograniczeniem lub zwiększeniem zawartości najczęściej jednego, a czasem większej ilości składników odżywczych, doбором odpowiednich technik kulinarnych oraz zmianą konsystencji posiłków. Dla każdej diety opracowano zalecenia dotyczące wartości energetycznej i zawartości makroskładników. Przy planowaniu diet dla chorych hospitalizowanych należy również zapewnić, żeby zawierały one odpowiednią ilość witamin i składników mineralnych.

II. Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego.

Środowiska pacjenckie, reprezentowane przez członków Zespołu Konsultacyjnego, podobnie jak Projektodawca rozporządzenia oczekują, że właściwe zdefiniowanie ogólnych standardów dotyczących żywienia pacjentów w podmiotach leczniczych w Polsce wpłynie korzystnie nie tylko na standard organizacyjny jednostki, ale także lepszą dostępność do skutecznego procesu leczniczego i przede wszystkim zdrowienie pacjentów.

Zdaniem członków Zespołu, w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia słusznie podnosi się, że żywienie jest jednym z podstawowych czynników odpowiedzialnych za zdrowie, zaś rola żywienia dla pacjenta przebywającego w warunkach szpitalnych jest szczególnie istotna. Odpowiednie żywienie pacjentów w szpitalu stanowi integralną część całego procesu leczenia, a właściwa ocena stanu odżywienia i wdrażanie odpowiedniego sposobu żywienia jest istotnym elementem zwiększenia szans chorych na wyzdrowienie, poprawę



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



skuteczności zarówno leczenia zachowawczego, jak i chirurgicznego oraz zmniejszenie ryzyka powikłań i skrócenie czasu gojenia się ran pooperacyjnych.

Decyzja o rodzaju stosowanej diety, czasie jej trwania oraz zalecanych, indywidualnych modyfikacjach ma być poprzedzona oceną stanu odżywienia pacjenta. W projekcie nie został jednak sprecyzowany moment dokonywania takiej oceny. W Informacji o wynikach kontroli – „Żywność pacjentów w szpitalach” przedstawionej przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2018 r. już na wstępie zostało zaznaczone, że niezbędne jest w szczególności rzetelne dokonanie oceny stanu odżywienia pacjentów w momencie ich przyjmowania do szpitala i dostosowanie diety do jednostki chorobowej.

Podobnie zgodnie z Zasadami prawidłowego żywienia chorych w szpitalach, sformułowanymi przez Instytut Żywności i Żywienia, ocena stanu odżywienia, jako reakcji organizmu na określony sposób żywienia wskazującej, czy potrzeby fizjologiczne badanej osoby zostały spełnione w stosunku do zapotrzebowania organizmu na energię i składniki odżywcze, powinna towarzyszyć każdej ocenie stanu zdrowia. Stan odżywienia w sposób istotny wpływa na wyniki terapii, dlatego wczesna identyfikacja osób wykazujących ryzyko stanów patologicznych, w tym różnych stopni niedożywienia lub przekarmienia w postaci otyłości ma kluczowe znaczenie.

1. Wobec powyższego, zdaniem członków Zespołu Konsultacyjnego należy doprecyzować, że decyzja o rodzaju stosowanej diety, czasie jej trwania oraz zalecanych indywidualnych modyfikacjach powinna zostać podjęta już na etapie przyjmowania chorego na oddział szpitalny, w celu identyfikacji ewentualnych nieprawidłowości oraz powinna obejmować również ocenę stanu odżywienia.
2. W szpitalach, ze względu na olbrzymią rolę dietetyka w procesie leczenia zalecane jest by dietetyk był również członkiem zespołu terapeutycznego, powinien współuczestniczyć w obchodach lekarskich, raportach pielęgniarstwa, zebraniach

naukowych. Ponadto należy podkreślić konieczność zaangażowania dietetyka także w przypadku współpracy szpitala z zewnętrzną firmą dostarczającą posiłki. W projekcie powinno zostać również doprecyzowane to, jaką rolę w wyżej opisanym procesie ma odgrywać pozostały personel medyczny (np. pielęgniarki).

3. Przy podejmowaniu decyzji dotyczącej diety szpitalnej zgodnie z projektem mają być uwzględniane także „potrzeby pacjenta”. Jest to pojęcie bardzo szerokie i powinno zostać bezpośrednio powiązane z potrzebami wynikającymi ze stanu zdrowia pacjenta, na przykład poprzez wymienienie konkretnych czynników, które będą brane przy tym pod uwagę.
4. Członkowie Zespołu Konsultacyjnego wskazują, że zgodnie z opublikowanym Stanowiskiem Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka PAN w sprawie stosowania diet wegetariańskich z roku 2019 należy postulować, aby ze względów na bezpieczeństwo zdrowotne szczególnie wrażliwych grup populacyjnych, w żywieniu szpitalnym dopuszczone były do stosowania dwa warianty diety wegetariańskiej: laktoowo-wegetariańska oraz semiwegetariańska. Przy przyjęciu do szpitala pacjenta deklarującego w wywiadzie, stosowanie restrykcyjnych form diety wegetariańskiej takich jak weganizm, frutarianizm, witarianizm; lekarz prowadzący powinien zlecić wykonanie badań biochemicznych krwi w celu zidentyfikowania potencjalnych niedoborów pokarmowych, a w przypadku ich potwierdzenia zlecić suplementowanie diety środkami żywieniowymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz konsultację dietetyka.

Postanowienia projektowanego aktu prawnego nie gwarantują dostępności do posiłków wegańskich dla pacjentów w ramach żywienia zbiorowego typu zamkniętego prowadzonego w szpitalach. Taka sytuacja, zdaniem członków Zespołu, powinna ulec zmianie na etapie dalszych prac legislacyjnych.



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



5. Projekt rozporządzenia pomija również aspekty finansowe, choćby poprzez brak określenia stawek żywieniowych – podczas gdy takie stawki są określone choćby w wojsku, czy w więziennictwie. Projektodawca nie przewidział jakichkolwiek dodatkowych środków na realizację założonych celów, co potwierdza przedstawiona ocena skutków regulacji. Tymczasem poprawa efektywności żywienia szpitalnego, także pod kątem efektów zdrowotnych, nie może być osiągnięta bez pewnych nakładów finansowych – w szczególności w warunkach wysokiej inflacji.
6. Należy wskazać metody finansowania poprawy żywienia w szpitalach. Aktualne problemy z jakością diety szpitalnej wynikają przede wszystkim ze zbyt niskich środków przeznaczonych na żywienie. Wyodrębnienie tych kwot na odpowiednim poziomie pozwoliłoby na monitorowanie jakości żywienia adekwatnej do zainwestowania środków. Zadłużone szpitale oszczędzają na żywieniu, a przez to występują gorsze efekty terapeutyczne leczenia i rehospitalizacje, co zwiększa koszty leczenia.
7. Jako jedną z najważniejszych zmian należy też postulować konieczność odróżnienia od siebie w niniejszym Projekcie dwóch pojęć – żywienia zbiorowego od leczenia żywieniowego w szpitalu. Jedynie pierwsze z nich, tj. zbiorowe żywienie szpitalne, a więc posiłki podawane pacjentom jako konieczny element hospitalizacji, powinno być regulowane przez niniejsze rozporządzenie. Wynikające z ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia żywienie zbiorowe w szpitalu nie ma, jak twierdzą eksperci, celu leczniczego, a cel o charakterze socjalnym. Definiowane jest zatem jako świadczenie towarzyszące będące elementem świadczenia opieki zdrowotnej, a nie jako świadczenie zdrowotne. Posiłki podawane pacjentom podczas hospitalizacji powinny być dostosowane

do ich stanu zdrowia, jednak same w sobie nie mają właściwości leczniczych.

Natomiast leczenie żywieniowe, stanowiące indywidualnie dobrane świadczenie opieki zdrowotnej skierowane na poprawę stanu zdrowia konkretnego pacjenta i regulowane przez obowiązujące już przepisy, powinno znaleźć się poza zakresem niniejszego Projektu. Tak rozumiane leczenie żywieniowe jest bowiem świadczeniem zdrowotnym, regulowanym m.in. przez rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i zarządzenia Prezesa NFZ.

Brak wyraźnego rozróżnienia w Projekcie rozporządzenia tych dwóch pojęć może prowadzić do wielu nieprzewidzianych, negatywnych skutków oraz daleko idących konsekwencji prawnych. Przykładowo, jeśli odżywianie stanowiłoby świadczenie zdrowotne, to osoba przygotowująca lub podająca posiłek mogłaby zostać uznana za osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych, a miejsce przyjmowania posiłków mogłoby zostać uznane za miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, co zapewne nie było intencją Projektodawcy.

8. Projekt rozporządzenia nie przewiduje również żadnych sankcji karnych dla szpitali, które będą realizować żywienie pacjentów w sposób niezgodny z wymaganiami rozporządzenia. Zespół Konsultacyjny jest zdania, że takie sankcje powinny zostać wprowadzone, aby zwiększyć motywację do właściwego wdrożenia zapisów rozporządzenia, a tym samym zwiększyć dostępność pacjentów do skutecznego leczenia w szpitalach.

Stanowisko Zespołu konsultacyjnego moderował i opracował:

Stanisław Maćkowiak

Ekspert Projektu



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

