

Warszawa, 8 kwietnia 2022 r.

**STANOWISKO W RAMACH KONSULTACJI PUBLICZNYCH PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA
ZDROWIA W SPRAWIE OKREŚLENIA WYMAGAŃ OBOWIĄZUJĄCYCH PRZY PROWADZENIU
ŻYWIENIA W SZPITALACH WYPRACOWANE PRZEZ:**

Prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk

POLSKIE TOWARZYSTWO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO, DOJELITOWEGO I METABOLIZMU

Dr hab. n. med. Przemysław Matras, profesor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

POLSKIE TOWARZYSTWO ŻYWIENIA KLINICZNEGO

Dr hab. n. med. Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz, profesor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

POLSKIE TOWARZYSTWO ŻYWIENIA KLINICZNEGO DZIECI

Szanowny Panie Ministrze,

w związku ze skierowaniem do konsultacji publicznych projektu rozporządzenia w sprawie określenia wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia w szpitalach (dalej jako „Projekt rozporządzenia”), pragniemy przedstawić niniejsze stanowisko wypracowane wspólnie przez 3 towarzystwa naukowe zajmujące się w Polsce leczeniem żywieniowym.

W naszej ocenie inicjatywa uregulowania standardu odżywiania pacjentów w szpitalach jest jak najbardziej potrzebna i słuszna, dlatego bardzo pozytywnie odbieramy i popieramy chęć dokonania zmian prawnych w tym zakresie. Niemniej, Projekt rozporządzenia w obecnej postaci budzi wiele naszych wątpliwości i uwag, w szczególności wydaje się nie odróżniać żywienia zbiorowego pacjentów od nakierowanego na indywidualny cel zdrowotny leczenia żywieniowego, które standaryzujemy i propagujemy w Polsce od wielu lat.

Obawiamy się, że obecnie zaproponowane brzmienie przepisów nie przyczyni się do osiągnięcia zakładanych celów wejścia w życie projektowanych zmian, tj. poprawy jakości odżywiania w szpitalach, lecz może doprowadzić do wielu wątpliwości interpretacyjnych, przez co niepotrzebnie skomplikować zarówno prowadzenie żywienia zbiorowego jak i leczenia żywieniowego. Z tego powodu przesyłamy nasze komentarze i rekomendacje, a także zapewnienie o gotowości wsparcia merytorycznego.

Mamy nadzieję, że przedstawione przez nas uwagi zostaną rozważone przez projektodawcę w ramach dalszych prac legislacyjnych oraz przyczynią się do nadania Projektowi rozporządzenia ostatecznego kształtu, który zapewniac będzie lepszą jakość żywienia pacjentów w placówkach szpitalnych.

Z wyrazami szacunku,

Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego
ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin
NIP: 7010311194, Regon: 143411896
tel. 81 724 48 29, tel./fax 81 724 48 34

PREZES
Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego
Przemysław Matras
Dr hab. n. med. Przemysław Matras - prof. UM

Polskie Towarzystwo Żywienia
Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu
Stanisław Kłęk
Prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk
Prezes Towarzystwa

PREZES ZARZĄDU
A. Szlagatys
dr hab. n. med. Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz

DANE KONTAKTOWE:

Prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk, Prezes POLSKIEGO TOWARZYSTWA ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO, DOJELITOWEGO I METABOLIZMU

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Krakowie, ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków

Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Lecznictwa, Kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej

stanislaw.klek@onkologia.krakow.pl; tel.: 12 63 48 166, 12 63 48 316

Dr hab. n. med. Przemysław Matras, profesor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Prezes POLSKIEGO TOWARZYSTWA ŻYWIENIA KLINICZNEGO

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywieniowego

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych

przemyslaw.matras@spsk4.lublin.pl; tel.: 81 724 44 03, 601 555 157

Dr hab. n. med. Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz, profesor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Prezes POLSKIEGO TOWARZYSTWA ŻYWIENIA KLINICZNEGO DZIECI

Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci

Nowe Ogrody 1-6, 80-803, Gdańsk

Kierownik Kliniki

agnieszka.szlagatys-sidorkiewicz@gumed.edu.pl; tel. 58 764 04 41, 58 764 04 40

1. PODSUMOWANIE

Projekt rozporządzenia stwarza cenną szansę uregulowania na poziomie przepisów obowiązującego prawa standardu zbiorowego odżywiania hospitalizowanych pacjentów. Obecnie jest to obszar niepodlegający szczegółowej regulacji, przez co jakość odżywiania jest bardzo różna w zależności od placówki, a dotychczasowe doświadczenia i kontrole wskazują na liczne nieprawidłowości. O ile więc przyjęcie zmian prawnych w tym zakresie jest uzasadnione i pożądane, przedstawiony do konsultacji publicznych w obecnym kształcie Projekt rozporządzenia budzi liczne wątpliwości i zastrzeżenia dotyczące zaprezentowanych w nim rozwiązań.

Wśród kluczowych zmian, które należałoby w nim uwzględnić, wskazać należy na:

1) Potrzebę odróżnienia żywienia zbiorowego od leczenia żywieniowego w szpitalu

- W naszej ocenie jest to kluczowe dla całego Projektu rozporządzenia zagadnienie, bowiem prezentowane obecnie w uzasadnieniu projektu oraz w ocenie skutków regulacji utożsamianie tych zagadnień może prowadzić do wypaczenia zakładanych rezultatów zmian prawnych oraz daleko idących konsekwencji prawnych, które jak zakładamy, nie były zamiarem projektodawcy.
- Zakładane w projekcie uznanie wszelkiego żywienia pacjentów za świadczenia zdrowotne skutkuje m.in. podleganiem przez osoby zaangażowane w ten proces pod bardziej rygorystyczne zasady odpowiedzialności oraz obowiązkiem sprawozdawczym posiłków pacjentów jako zdarzeń medycznych. Nie jest też merytorycznie uzasadnione.

2) Potrzebę zachowania zbieżności z obowiązującymi regulacjami i standardami

- Część z zaproponowanych rozwiązań jest w naszej ocenie niespójna lub wręcz niezgodna z obowiązującymi już powszechnie przepisami prawa oraz standardami przyjętymi w dietetyce.
- W szczególności rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zawiera wymogi dotyczące przesiewowej oceny stanu odżywienia, które miejscami są mniej restrykcyjne i jednocześnie bardziej szczegółowe niż te przewidziane w Projekcie rozporządzenia. Rekomendowane jest zatem wyraźne odróżnienie żywienia zbiorowego od regulowanego przez nie leczenia żywieniowego.
- Projekt rozporządzenia wprowadza też kartę żywienia szpitalnego, której treść zdaje się przesądzać, że powinna być prowadzona w postaci papierowej, podczas gdy obowiązującą zasadą jest prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

3) Potrzebę dopracowania zaprezentowanego katalogu diet szpitalnych

- W naszej ocenie dieta nr 15, czyli dieta do żywienia przez zgłębnik lub przetokę zawiera liczne nieprawidłowości, ale przede wszystkim jest niezgodna ze standardami żywienia dojelitowego i powinna zostać usunięta z wykazu diet. Żywienie dojelitowe przez sztuczny dostęp powinno być prowadzone wyłącznie odpowiednią do tego typu podaży dietą przemysłową i jako takie stanowi świadczenie gwarantowane m.in. w lecnictwie szpitalnym finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Zaprezentowana analiza zawiera także szereg szczegółowych uwag do treści normatywnej Projektu rozporządzenia, uzasadnienia, oceny skutków regulacji oraz załączników. Projekt rozporządzenia w

obecnej postaci zawiera w naszej ocenie sprzeczności z niektórymi zasadami prawa medycznego oraz nieoptymalne dla pacjentów i placówek medycznych rozwiązania, które nie bronią się w świetle przedstawionego uzasadnienia. Także ocena skutków regulacji ma charakter stosunkowo powierzchowny, który nie uwzględnia wszystkich możliwych konsekwencji projektowanych przepisów.

2. WPROWADZENIE - POTRZEBA ZMIAN W ZAKRESIE ŻYWIENIA PACJENTÓW

Potrzeba zmian w zakresie uregulowania standardu jakości żywienia oraz wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia w szpitalach jest sygnalizowana w Polsce od lat. Już w 2009 r. żywienie w szpitalach publicznych negatywnie oceniła Najwyższa Izba Kontroli¹. Raport z przywołanej kontroli wykazał nieprawidłowości w zakresie jakości posiłków, sposobu ich przygotowania oraz dystrybucji. Niejednokrotnie w tej sprawie głos zabierał Rzecznik Praw Obywatelskich, do którego służyły informacje od pacjentów wskazujące na niewłaściwą jakość żywienia, apelując do Ministra Zdrowia o uregulowanie kwestii żywienia w szpitalach². W sprawie nie pozostał też obojętny Rzecznik Praw Pacjenta, który m.in. wystąpił do Głównego Inspektora Sanitarnego z prośbą o przeprowadzenie kontroli żywności oraz jakości żywienia w podmiotach leczniczych³. Dlatego też **przyjęcie regulacji prawnej w tym zakresie jest w pełni uzasadnione i zasługuje na szczególne poparcie**. Projekt rozporządzenia stwarza możliwość rozwiązania jednego z ważnych, systemowych problemów, który obniża jakość szerokokorozumianej opieki szpitalnej i przekłada się negatywny odbiór ze strony pacjentów procesu hospitalizacji.

O ile więc w pełni rozumiemy potrzebę przyjęcia regulacji prawnej w tej materii, w naszej ocenie, **w zaproponowanej obecnie przez projektodawcę formie Projekt rozporządzenia nie powinien wejść w życie**. Poniżej przedstawiamy szczegółową argumentację, która wskazuje zidentyfikowane przez nas problemy oraz proponowane rozwiązania, co do których wyrażamy przekonanie, że w znacznie większym stopniu przełożą się na zwiększenie jakości odżywiania pacjentów.

W naszej ocenie kluczowe dla całego Projektu rozporządzenia jest rozróżnienie dwóch odmiennych od siebie pojęć, tzn. zbiorowego żywienia szpitalnego od leczenia żywieniowego. **Projekt rozporządzenia swoim zakresem obejmować powinien jedynie pierwsze z nich, tj. zbiorowe żywienie szpitalne, a więc standardowe posiłki podawane pacjentom jako konieczny element hospitalizacji** (czyli świadczenie towarzyszące w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), ale pozbawiony sam w sobie celu leczniczego. Poza zakresem projektowanych przepisów powinno znaleźć się leczenie żywieniowe, które stanowi indywidualnie dobrane świadczenie opieki zdrowotnej skierowane na poprawę stanu zdrowia konkretnego pacjenta (a które regulowane jest także przez obowiązujące już przepisy⁴). **Jest to szczególnie istotne, bowiem jeżeli zgodnie z oceną wyrażoną w ocenie skutków regulacji żywienie pacjentów stanowi świadczenie zdrowotne, będzie to rodziło szereg poważnych konsekwencji systemowych**, potencjalnie przynosząc wręcz kuriozalne skutki (jak się bowiem wydaje, należałoby przyjąć, że skoro odżywianie stanowi świadczenie zdrowotne,

¹ „Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych” (NIK Delegatura w Krakowie, Nr ewid. 9/2009/P08141/LKR, marzec 2009 r.).

² Pismo z sierpnia 2018 r. (V.7010.68.2016.AA), pismo z dnia 23 stycznia 2007 r. (RPO-545486-X/06) oraz pismo z dnia 6 maja 2009 r. (RPO-580595-X/08).

³ Pismo z dnia 18 listopada 2015 r. (RzPP-ZPR.422.10.2015.AMAL, RzPP-ZZP.420.95.2015.AS).

⁴ Por. § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

osoba żywiąca pacjenta udziela mu świadczeń zdrowotnych, co wiąże się np. z potrzebą poszanowania praw pacjenta, ryzykiem błędu medycznego i związanej z tym odpowiedzialności).

Mając na uwadze przyjęcie regulacji zapewniającej możliwie najlepszy standard odżywiania, w dalszej części stanowiska przedstawiamy nasze komentarze odnoszące się do Projektu rozporządzenia zarówno na poziomie treści normatywnej, jak i treści uzasadnienia oraz oceny skutków regulacji. Z uwagi na charakter uwag prezentujemy je z podziałem na uwagi o charakterze ogólnym oraz szczegółowym, odnoszącym się do konkretnych zapisów w Projekcie rozporządzenia. Jesteśmy przy tym głęboko przekonani o potrzebie zmiany Projektu rozporządzenia, a przedstawione przez nas uwagi, komentarze i propozycje mają na celu zadbanie o interes pacjentów i wysoką jakość polskiego systemu ochrony zdrowia.

3. UWAGI OGÓLNE

3.1 Potrzeba odróżnienia żywienia zbiorowego od leczenia żywieniowego.

Projekt rozporządzenia w warstwie normatywnej nie odróżnia od siebie żywienia zbiorowego pacjentów od indywidualnego leczenia żywieniowego, tymczasem ocena skutków regulacji wskazuje, że: *„należy podkreślić, że zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) żywienie pacjentów w szpitalach jest świadczeniem zdrowotnym i powinno być dostosowane do stanu zdrowia pacjenta”*.

Po pierwsze, ocena ta jest nieuzasadniona. Przywołany przepis wskazuje, że stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Przepis ten odnosi się do świadczeń „innych niż szpitalne”, a zatem z założenia nie jest zgodny z przedmiotem regulacji. Co więcej, **zapewnienie wyżywienia jest w nim wyraźnie odróżnione od udzielania świadczeń zdrowotnych** spójnikiem „oraz”, a zatem nie powinno być traktowane jako element świadczenia zdrowotnego.

W naszej ocenie brak wyraźnego rozróżnienia w Projekcie rozporządzenia tych dwóch kluczowych pojęć, a wręcz ich wyraźnie sugerowane zrównanie – bez wyraźnego uzasadnienia - w ramach projektowanej regulacji może prowadzić do wielu nieprzewidzianych, negatywnych skutków oraz daleko idących konsekwencji prawnych. Dla lepszego zilustrowania problemu poniżej prezentujemy kluczowe różnice pomiędzy tymi pojęciami.

3.1.1 Żywienie zbiorowe

Z ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia wynika, że zakład **żywienia zbiorowego** typu zamkniętego to zakład wykonujący działalność w zakresie zorganizowanego żywienia określonych grup konsumentów, w szczególności w szpitalach⁵. Żywienie zbiorowe w szpitalu to zatem zorganizowane żywienie pewnych grup konsumentów, którzy w warunkach hospitalizacji występują zarazem w roli pacjentów. Wynikające z ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia **żywienie zbiorowe w szpitalu**

⁵ art. 3 ust. 3 pkt. 56 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, Dz.U. 2006 Nr 171 poz. 1225.

nie ma celu leczniczego, a cel o charakterze socjalnym, zapewnia pacjentom niezbędne wyżywienie w sytuacji ograniczonej możliwości przemieszczania się i uzyskania go z innych źródeł.

Warto przy tym podkreślić, że projekt rozporządzenia został wydany jedynie w oparciu o delegację wynikającą z przywołanej ustawy, tj. art. 72 ust. 6 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, czyli przepis odnoszący się do przechowywania próbek potraw. **Celem ustawodawcy nie było więc przyjmowanie w oparciu o tę delegację przepisów wykonawczych, które regulowałyby udzielanie świadczeń zdrowotnych.**

O ile nie ulega wątpliwości, że sposób odżywiania ma wpływ na ogólną kondycję i zdrowie człowieka, o tyle dieta kuchenna, stosowana w ramach żywienia zbiorowego w szpitalach nie jest leczeniem, nie ma celu zachowania, poprawy czy przywrócenia zdrowia pacjenta. **Przypisywanie jej takiego celu w Projekcie rozporządzenia można odebrać jako zbyt daleko idące uproszczenie, które może prowadzić do pomylenia diety kuchennej z leczeniem żywieniowym,** które stanowi indywidualnie dobrane do potrzeb konkretnego pacjenta postępowanie medyczne, które ma w istotny sposób wspierać proces leczenia i przełożyć się na osiągnięcie konkretnych wyników zdrowotnych.

Taki charakter żywienia zbiorowego w szpitalu wynika także z przepisów obowiązującego prawa medycznego - z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁶ wynika, że **świadczenie towarzyszące** to zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. **Zbiorowe żywienie pacjentów definiowane jest zatem jako świadczenie towarzyszące będące elementem świadczenia opieki zdrowotnej, a nie jako świadczenie zdrowotne,** które zgodnie z definicją jest działaniem służącym profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innym działaniem medycznym wynikającym z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

Oddzielenie w ustawie świadczeń towarzyszących od świadczeń zdrowotnych wyraźnie wskazuje na konieczność odróżnienia żywienia zbiorowego w szpitalach od leczenia żywieniowego, które jest m.in. oddzielnie finansowane przez NFZ m.in. w ramach procedur medycznych o kodach ICD-9 (99.87, 99.152, 99.153)⁷.

3.1.2 Leczenie żywieniowe

Leczenie żywieniowe to termin oznaczający postępowanie medyczne nakierowane na cel zdrowotny, które może zastępować lub modyfikować posiłki przyjmowane w ramach żywienia zbiorowego. Jest to postępowanie obejmujące ocenę stanu odżywienia, ocenę zapotrzebowania na substancje odżywcze, zlecenie i podawanie odpowiednich dawek energii, białka, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody w postaci zwykłych produktów odżywczych, płynnych diet doustnych lub sztucznego odżywiania, monitorowanie stanu klinicznego i zapewnienie optymalnego wykorzystania wybranej drogi karmienia. Jest ono integralną częścią terapii. Polega na podaży drogą pozajelitową lub dojelitową (lub oboma jednocześnie) substratów energetycznych i azotu w ilościach pokrywających aktualne potrzeby chorych, którzy nie mogą odżywiać się normalnie lub odżywiają się w sposób

⁶ art. 5 pkt. 38 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U.2004 nr 210 poz.2135.

⁷ Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9. Kod 99.87 oznacza – żywienie dojelitowe, kod 99.152 oznacza – częściowe żywienie pozajelitowe, kod 99.153 oznacza – całkowite żywienie pozajelitowe.

niedostateczny⁸. Warto zauważyć, że regulacje prawne posługują się wręcz pojęciem **żywności specjalnego przeznaczenia medycznego**, które oznacza żywność specjalnie przetworzoną lub żywność o specjalnym składzie **przeznaczoną do dietetycznego odżywiania pacjentów**, w tym niemowląt, **stosowaną pod nadzorem lekarza**; jest ona przeznaczona do wyłącznego lub częściowego żywienia pacjentów z ograniczoną, upośledzoną lub zaburzoną zdolnością przyjmowania, trawienia, wchłaniania, metabolizowania lub wydalania zwykłej żywności lub niektórych składników odżywczych zawartych w tej żywności lub jej metabolitach, lub pacjentów z innymi uzasadnionymi medycznie wymaganiami żywieniowymi, w przypadku których dietetyczne odżywianie nie może zostać osiągnięte jedynie przez zmianę normalnej diety.⁹

Podobne rozróżnienie występuje w orzecznictwie – np. sąd w postępowaniu podmiotu medycznego przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia, który nałożył na podmiot karę za niezasadnie przyznane środki. Podczas postępowania NFZ zajął stanowisko, że *„Żywienie dojelitowe i pozajelitowe odbywa się przy użyciu kompletnej diety przemysłowej, która jest kwalifikowana jako lek. **Tymczasem dieta zmiksowana kuchenna nie jest lekiem**. Współczynnik korygujący powyżej 1,0 można stosować wyłącznie za żywienie dojelitowe z zastosowaniem kompletnej diety przemysłowej. W pozostałych przypadkach natomiast świadczenia rozliczane są stawką podstawową”¹⁰.*

Tak rozumiane leczenie żywieniowe jest świadczeniem zdrowotnym, regulowanym m.in. przez zarządzenia Prezesa NFZ¹¹. W odróżnieniu więc od żywienia zbiorowego, leczenie żywieniowe ma wyraźne uzasadnienie w stanie zdrowia pacjenta i nakierowane jest na poprawę zdrowia pacjenta. Odbywa się pod nadzorem lekarza, który odpowiada całościowo za proces powrotu pacjenta do zdrowia.

3.1.3 Możliwe konsekwencje i rekomendacje

Powyższa charakterystyka miała wykazać kluczowe różnice między żywieniem zbiorowym a leczeniem żywieniowym, których projektodawca nie ujął w uzasadnieniu oraz w ocenie skutków regulacji, **sprowadzając żywienie zbiorowe pacjentów do leczenia żywieniowego, czyli świadczenia zdrowotnego, z czym wiążą się istotne konsekwencje prawne**. Zrównanie żywienia zbiorowego do świadczenia zdrowotnego byłoby niezgodne z systemowym rozumieniem świadczenia zdrowotnego w prawie medycznym, prowadziłyby do szeregu istotnych wątpliwości interpretacyjnych, które z uwagi na potencjalne konsekwencje mogłyby doprowadzić do paraliżu procesu żywienia zbiorowego w placówkach medycznych, np.:

- skoro odżywianie stanowiłoby świadczenie zdrowotne, **osoba przygotowująca lub podająca posiłek mogłaby zostać uznana za osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych**. Oznacza to, że można by jej np. próbować przypisać odpowiedzialność za niewłaściwe udzielenie świadczenia (błąd medyczny).

⁸ „Leczenie żywieniowe Nutritional Treatment” Stanisław Kłęk, Aleksandra Kapała w: Hematologia 2018, tom 9, nr 4.

⁹ T. Cederholm et al., *ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition*, Clinical Nutrition 36 (2017) 49-64.

¹⁰ Wyrok SA w Krakowie z dnia 8 kwietnia 2016 r. (I ACa 1830/15).

¹¹ Por. § 6 zarządzenia nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

- skoro odżywianie stanowiłoby świadczenie zdrowotne, **miejsce przyjmowania posiłków mogłoby zostać uznane za miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych**, co wiązałoby się potencjalnie z potrzebą spełnienia dodatkowych warunków lokalowych oraz ograniczeniem w prowadzeniu monitoringu takiego miejsca.
- Prawa pacjenta – skoro odżywianie stanowiłoby świadczenie zdrowotne, **należałoby objąć je prawami pacjenta** wynikającymi z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹². Od pacjenta należałoby zatem odbierać świadomą zgodę na odżywianie, a cały proces należałoby objąć tajemnicą medyczną.
- Raportowanie do tzw. systemu P1 – na podmiotach leczniczych spoczywa obowiązek raportowania zdarzeń medycznych do tzw. systemu P1. Zdarzenie medyczne jest to świadczenie zdrowotne, czyli działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia. **Uznając żywienie zbiorowe za świadczenie zdrowotne należałoby owo świadczenie raportować do systemu P1**, podając informacje takie jak: dane usługodawcy, dane usługobiorcy, identyfikacja świadczenia zdrowotnego, dane miejsca udzielenia świadczenia, dane pracownika medycznego udzielającego świadczenia, informacje dot. dokumentacji medycznej sporządzonej w związku z udzielonym świadczeniem (w tym przypadku karta żywienia?), inne dane identyfikujące świadczenie.

Rekomendacja: mając na uwadze powyższe, rekomendujemy **uzupełnienie Projektu rozporządzenia o przepis, który jasno i wyraźnie wyłączy z zakresu regulacji żywienie lecznicze**. Np. *„rozporządzenie określa zasady żywienia zbiorowego w rozumieniu ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia prowadzonego w szpitalach. Żywienie zbiorowe prowadzone w szpitalach stanowi świadczenie towarzyszące w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”*.

3.2 Potrzeba zachowania zbieżności z obecnie obowiązującymi regulacjami

Projekt rozporządzenia nie odnosi się jednocześnie do innych, obecnie już obowiązujących regulacji prawnych dotyczących odżywiania pacjentów, co rodzi wątpliwości pod kątem ewentualnych kolizji. Poniżej prezentujemy kluczowe w naszej ocenie niezgodności z obecnymi regulacjami:

3.2.1 Ograniczenie osób uprawnionych do oceny stanu odżywienia do lekarza.

Proponowany zapis Projektu rozporządzenia: „§ 3. 1. **Lekarz**, po dokonaniu oceny stanu odżywienia pacjenta oraz uwzględniając jego potrzeby decyduje o rodzaju stosowanej diety, czasie jej trwania oraz zalecanych indywidualnych modyfikacjach” nie pozostaje zbieżny z obowiązującym rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹³. Przywołane rozporządzenie w § 6 ust. 1 stanowi, że **„świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej poddaje wszystkich świadczeniobiorców przyjmowanych do leczenia, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, przesiewowej ocenie stanu odżywienia (SGA lub NRS 2002 – u dorosłych, na siatkach wzrastania u dzieci i młodzieży), zgodnie z zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia**

¹² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417.

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Pozajelitowego i Dojelitowego lub, w przypadku dzieci, zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci". W przywołanym przepisie nie przewidziano ograniczenia co do osób, które mogą dokonać oceny stanu odżywienia pacjenta. W praktyce oceny dokonuje nie tylko lekarz, ale też np. pielęgniarka lub dietetyk.

Projektodawca w żaden sposób nie uzasadnił zawężenia katalogu osób uprawnionych do dokonywania oceny jedynie do lekarza. Ograniczenie to pozostaje niezrozumiałe w obliczu obecnych problemów systemowych z dostępnością lekarzy oraz zjawiskiem przeciążenia ich obowiązkami. Z ustaleń NIK wynika, że część zadań lekarzy wprowadza się często za pomocą aktów prawnych, które nie dotyczą funkcjonowania systemu ochrony zdrowia¹⁴. W nawiązaniu do tych wyników, nałożenie na lekarza dodatkowych obowiązków – w drodze przepisów wykonawczych do ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, takich jak przeprowadzenie oceny stanu odżywienia bez możliwości delegowania tego zadania na pozostały personel medyczny wydaje się być działaniem nieuzasadnionym. Lekarz w istocie nie jest też specjalistą od analizowania i układania diet, może nie dysponować odpowiednim przygotowaniem merytorycznym. Skuteczniejszy w tym procesie byłby z pewnością dietetyk, który jest w tym kierunku specjalnie wykwalifikowany. Powierzenie oceny dietetykowi nie wydaje się też stwarzać dodatkowego zagrożenia dla zdrowia pacjenta, jako że w warunkach szpitalnych pozostaje on pod stałą obserwacją personelu medycznego.

Rekomendacja:

- Przy wcześniejszym odróżnieniu żywienia zbiorowego od świadczeń zdrowotnych, można wskazać, że **w pozostałym zakresie leczenie żywieniowe prowadzone jest zgodnie z obowiązującymi regulacjami**, w szczególności zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁵.
- Zmiana osoby dokonującej oceny stanu odżywienia - z lekarza na bardziej pojemne pojęcie **osoby wykonującej zawód medyczny**, którą może być m.in. pielęgniarka lub dietetyk¹⁶.

3.2.2 Zrezygnowanie z diety numer 15 (załącznik nr 2 do Projektu rozporządzenia)

Dieta numer 15 w naszej ocenie w obecnej postaci jest nieakceptowalna i należy zrezygnować z uwzględnienia jej w załączniku do Projektu rozporządzenia. **Pacjent, który potrzebuje żywienia przez zgłębnik jest pacjentem kwalifikującym się do leczenia żywieniowego** – które finansowane jest przez Fundusz jako świadczenie zdrowotne¹⁷. Mając na uwadze postulowane przez nas wcześniej odróżnienie regulowanego Projektem rozporządzenia żywienia zbiorowego od żywienia w celu leczniczym, dieta ta nie powinna być przedmiotem regulacji.

Nadto, dieta numer 13 oraz 14 zostały szeroko opisane (zgodnie z tym, jak żywienie powinno wyglądać) natomiast w zaleceniach dietetycznych pojawia się adnotacja: „*dieta spożywana jest drogą doustną, a gdy żywienie doustne jest niemożliwe, pożywienie podawane jest przez sondę*”. Analogicznie do diety numer 15 jest to niezgodne z zasadami wynikającymi ze „Standardów żywienia pozajelitowego

¹⁴ Raport Najwyższej Izby Kontroli KZD.430.001.2021 Nr ewid. 26/2021/P/20/054/KZD.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

¹⁶ Zwracamy uwagę na procedowany obecnie projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych, która przesądza o włączenie dietetyków do tej kategorii osób.

¹⁷ Zarządzenie nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

i żywienia dojelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego lub, w przypadku dzieci, niezgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci. Jeżeli pacjent nie jest w stanie odżywiać się doustnie i musi być żywiony przez sztuczny dostęp (zgłębnik/sondę) to temu służy żywienie medyczne – procedura żywienia dojelitowego finansowana przez NFZ w szpitalach. Żywienie dojelitowe jest prowadzone w szpitalu m.in. w oparciu o rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁸, które odnosi się do standardów wskazujących na konieczność stosowania diet przemysłowych. Opisywanie diety nr 13, 14 czy 15 jako do podaży przez zgłębnik jest nieprawidłowe.

Rekomendacja:

- Zrezygnowanie z diety nr 15 jako elementu załącznika nr 2 do Projektu Rozporządzenia.
- Modyfikacja diety nr 13 oraz diety nr 14 poprzez zrezygnowanie z możliwości podawania pożywienia inną drogą niż doustna.

3.2.3 Karta żywienia szpitalnego (załącznik nr 3)

Projekt rozporządzenia zawiera wzór karty żywienia szpitalnego, nie zawiera przy tym jednak żadnych zasad prowadzenia tej karty, nie jest jasne, kto ma odpowiadać za jej wytworzenie i prowadzenie. Uwagi do samej karty zostaną zaprezentowane w dalszej części stanowiska, natomiast w tym miejscu chcemy zaznaczyć, że Projektodawca nie określił w jakiej postaci ta karta żywienia ma być prowadzona. Układ jej treści wyraźnie sugeruje postać pisemną. Tymczasem, rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej¹⁹ w §1: „dokumentacja medyczna, zwana dalej „dokumentacją”, jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, zwany dalej „podmiotem”, w postaci elektronicznej” wprowadziło **obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej**. Do jej prowadzenia zobowiązane są wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą. Dokumentacja papierowa jest dopuszczalna wyłącznie wtedy, jeśli przepis przywołanego rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. **Zatem prowadzenie karty żywienia szpitalnego, której wzór stanowi załącznik nr 3 do Projektu rozporządzenia, w postaci papierowej stoi w sprzeczności z obowiązującymi regulacjami dotyczącymi formy dokumentacji medycznej.**

Rekomendacja:

- Ustalenie **jasnych zasad dotyczących prowadzenia karty żywienia szpitalnego** oraz wyraźne dookreślenie w jakiej formie karta żywienia ma być prowadzona – zgodnie z obowiązującymi zasadami powinna być prowadzona w postaci elektronicznej.

3.3 Potrzeba doprecyzowania zakresu podmiotowego Projektu

Projekt rozporządzenia w naszej ocenie wymaga konkretyzacji podmiotowej, która prowadzić będzie do zawężenia i spójności systemowej. Z samego tytułu rozporządzenia: „w sprawie określenia wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia **w szpitalach**” wnioskować można, że podmiotowo mowa o **wszystkich szpitalach**, placówkach zarówno publicznych, jak i prywatnych.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego poz. 1520

¹⁹ Rozporządzenie z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej¹⁹ (Dz.U. 2020 r. poz. 666)

Następnie jednak projektodawca w §1 ust. 1 dokonuje **wyłączenia jedynie przedmiotowego**: „§ 1. 1. Rozporządzenie określa wymagania obowiązujące przy prowadzeniu żywienia zbiorowego typu zamkniętego w szpitalach, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, 1773 i 2120), z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych udzielanych przez szpitale świadczeniobiorcy z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin”.

Dostrzec tu można pewien brak spójności, tym bardziej, że ocena skutków regulacji wskazuje, że nadzorem nad żywieniem pacjentów w szpitalach zajmować będzie się NFZ, co może sugerować, że kontrola obejmować będzie jedynie odżywianie w ramach świadczeń udzielanych w ramach umów z Funduszem.

Rekomendacja:

- wyraźne doprecyzowanie zakresu zastosowania Projektu rozporządzenia. Może ono nastąpić poprzez wskazanie na świadczenia towarzyszące w rozumieniu art. 5 pkt. 38 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli *zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej* – a więc świadczenia realizowane w ramach umów z NFZ.

4. UWAGI SZCZEGÓŁOWE

4.1 Uwagi do treści normatywnej

Przepis	Komentarz	Rekomendacje
§ 1. Ust. 1. Rozporządzenie określa wymagania obowiązujące przy prowadzeniu żywienia zbiorowego typu zamkniętego w szpitalach, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, 1773 i 2120), z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych udzielanych przez szpitale świadczeniobiorcy z zamiarem ich zakończenia w	Projektodawca z zakresu podmiotowego wyłącza gwarantowane świadczenia jednodniowe, natomiast rozporządzenie odnosi się do wszystkich świadczeń, a więc także tych komercyjnych. W związku z powyższym, bezasadne jest wyłączenie jedynie świadczeń gwarantowanych.	Konkretyzacja zakresu Projektu rozporządzenia poprzez np. ograniczenie do świadczeń towarzyszących realizowanych w ramach umów z NFZ.

okresie nieprzekraczającym 24 godzin ²⁰ .		
§ 1. ust. 2 pkt. 3 - wzór karty żywienia szpitalnego, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.	Projektodawca nie wskazał, kto jest odpowiedzialny za prowadzenie karty żywienia oraz w jaki sposób ma być prowadzona. Nie jest jasne w jaki sposób osoba odpowiedzialna za prowadzenie karty ma odznaczać na niej ułamkowe części spożytego przez pacjenta posiłku – np. co to znaczy połowa lub 2/3 spożytego posiłku? W jaki sposób ma być to mierzone? Z obecnie zaproponowanej formy można wywieść, że ilość spożytego posiłku ma być przez lekarza oceniana „na oko”, co w naszej ocenie jest nieproporcjonalnym rozwiązaniem i w żaden sposób nie spełnia celu rozporządzenia. Oprócz tego, powstaje podstawowe pytanie: w jaki sposób zaproponowana karta koresponduje z rozporządzeniem z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej (Dz.U. 2020 r. poz. 666) i obowiązkiem prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci cyfrowej?	Określenie jasnych zasad dotyczących karty żywienia szpitalnego poprzez wskazanie kto jest odpowiedzialny za prowadzenie karty żywienia oraz określenie, w jakiej formie karta żywienia ma być prowadzona – zgodnie z obowiązującymi przepisami powinna być prowadzona w formie elektronicznej. Zasadne jest także uproszczenie karty poprzez pozostawienie jedynie kluczowych informacji.
§ 2. Wymagania, o których mowa w § 1, uwzględniają aktualną wiedzę i normy żywienia zalecane dla populacji Rzeczypospolitej Polskiej	Zaprojektowany punkt nie definiuje „aktualnej wiedzy i norm żywieniowych”, nie wskazuje też na jakich źródłach opiera się Projekt rozporządzenia. Przepis nie przesądza o tym, że wymagania zawarte w Projekcie rzeczywiście uwzględniają aktualną wiedzę i normy żywienia.	W naszej ocenie większą gwarancję może zapewnić uzupełnienie przepisu o: <ul style="list-style-type: none"> • procedury okresowej weryfikacji, czy wymogi wynikające z Projektu rozporządzenia bronią się w świetle aktualnej wiedzy • wyraźne wplecenie jej w standard

²⁰ Projektowany zapis omawiany był już wyżej, jednak dla zachowania kompletności ponawiamy jego analizę w tym miejscu.

	<p>Projekt w swojej obecnej formie odnosi się również do leczenia żywieniowego – choć to pojęcie jest w uzasadnieniu oraz OSR utożsamiane z pojęciem żywienia zbiorowego. Biorąc to pod uwagę, Projekt powinien opierać się na Standardach leczenia żywieniowego Towarzystwa Polspen, na które powołuje się Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>	<p>postępowania, np. uwzględnienie jako punkt odniesienia przy indywidualnej ocenie stanu odżywienia, możliwie przy wskazaniu źródeł tej wiedzy.</p>
<p><i>§ 3. ust. 1. Lekarz, po dokonaniu oceny stanu odżywienia pacjenta oraz uwzględniając jego potrzeby decyduje o rodzaju stosowanej diety, czasie jej trwania oraz zalecanych indywidualnych modyfikacjach.</i></p> <p><i>Ust. 2. Dokonanie czynności, o których mowa w ust. 1, może być poprzedzone konsultacją z dietetykiem.</i></p>	<p>Nieuzasadnione pozostaje dla nas wprowadzenie ograniczenia dotyczącego osób uprawnionych do przeprowadzenia oceny stanu odżywienia pacjentów. Biorąc pod uwagę fakt, że w istocie oceny dokonują nie tylko lekarze ale też np. pielęgniarki, to projektowany zapis istotnie różni się z procedurami stosowanych w rzeczywistości. Jak to zostało już uzasadnione w uwagach ogólnych, projektowany zapis kłóci się z przyjętymi standardami wynikającymi z rozporządzenia koszykowego²¹.</p> <p>W naszej ocenie osobami, które powinny się tym zajmować na każdym etapie są dietetycy, czyli osoby specjalnie w tym celu wykwalifikowane, posiadające kompetencje pozwalające na ocenić poziom odżywienia pacjenta. Oprócz dietetyków, jako podmioty odpowiedzialne za ocenę w Projekcie należałoby wskazać pielęgniarki lub posłużyć się pojęciem osoby wykonującej zawód medyczny.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zmiana osoby upoważnionej do dokonania oceny stanu odżywienia pacjenta – z lekarza na osobę wykonującą zawód medyczny. Zapewni to świadczeniodawcą większą swobodę w doborze personelu dokonującego oceny. • Udział dietetyka, co najmniej jako konsultanta, powinien być przy tym obowiązkowy, w przeciwnym razie może wykształtować się praktyka, w ramach której w różnych szpitalach występować będzie różna jakość oceny. • Osoba dokonująca oceny powinna rekomendować pacjentowi optymalną dietę, ale decyzja w sprawie jej zastosowania powinna

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, poz. 1520.

	<p>Nadto, Projekt co prawda przewiduje możliwość skorzystania przez lekarza z porady dietetyka niemniej jest to jedynie fakultatywna opcja, która w naszej ocenie powinna być obowiązkowa, z uwagi na fakt, że to dietetyk jest osobą szczególnie wykwalifikowaną w zakresie układania odpowiednich diet i zna się na tym lepiej niż lekarz czy pielęgniarka, którzy są specjalistami w innych dziedzinach.</p> <p>Jedną z podstawowych zasad prawa medycznego jest zasada poszanowania autonomii pacjenta. Decyzje go dotyczące powinny opierać się na jego świadomej zgodzie, a nie być paternalistycznie narzucane przez personel medyczny. Uznając, że żywienie zbiorowe nie stanowi świadczenia zdrowotnego, nie będzie objęte prawami pacjenta. Niemniej w świetle przywołanej zasady, wybór diety powinien ostatecznie należeć do pacjenta.</p>	<p>należć do pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego/opiekuna)</p>
<p><i>§ 3. ust. 3. Decyzja, o której mowa w ust. 1, może uwzględniać wymogi religijne i kulturowe pacjenta, o ile:</i></p> <p><i>1) nie sprzeciwiają się temu względy zdrowotne pacjenta;</i></p> <p><i>2) szpital dysponuje możliwościami organizacyjnymi i finansowymi.</i></p>	<p>Jak zostało to zauważone powyżej, decyzja w zakresie diety powinna należeć do pacjentów. Wówczas projektowane rozwiązanie okaże się zbędne.</p> <p>Obecna konstrukcja przepisu jest niezgodna z zasadą minimalizacji danych osobowych wynikającą z art. 5 RODO, bowiem wymusza dzielenie się przez pacjenta danymi, które nie mają żadnego uzasadnienia w procesie hospitalizacji (kluczowa jest zgoda pacjenta na daną czynność, a nie jej uzasadnienie, które może wynikać ze względów religijnych).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Osoba dokonująca oceny powinna rekomendować pacjentowi optymalną dietę, ale decyzja w sprawie jej zastosowania powinna należeć do pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego/opiekuna). Przewidziane wyjątki nie znajdą wówczas zastosowania. Skoro wymagana jest zgoda pacjenta na leczenie,

	<p>Co więcej, obecna konstrukcja godzi w podstawowe prawa człowieka, uprawniając do narzucania odżywiania w sytuacji, gdy jest ono niezgodne z religią lub przekonaniem pacjenta, o ile nie wystąpi jedna z dwóch nieprecyzyjnych przesłanek. Wątpliwa wydaje się także prezentowana aksjologia, która upoważnia do przełamania wymogów religijnych i kulturowych m.in. możliwościami finansowymi szpitala. W naszej ocenie przesłanka „możliwości organizacyjnych i finansowych” szpitala w szczególności nie powinna mieć tu zastosowania, jest szkodliwa i prowadzić może do wielu nadużyć.</p>	<p>tym bardziej towarzysząca mu dieta powinna być przedmiotem decyzji pacjenta.</p>
--	---	---

4.2 Uwagi do uzasadnienia i oceny skutków regulacji

W tabeli poniżej prezentujemy uwagi w zakresie **uzasadnienia do Projektu rozporządzenia**:

Fragment	Uwaga	Rekomendacje
<p><i>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</i></p>	<p>W przytoczonym fragmencie Projektodawca wskazuje na istotny udział żywienia pacjenta w procesie leczenia, co sugeruje, że ma ono właściwości lecznicze. Może to przemawiać za kwalifikacją żywienia zbiorowego jako świadczenia zdrowotnego, co jak wskazywaliśmy wcześniej, nie jest uzasadnione.</p> <p>Przedstawiony fragment wydaje się stanowić zbyt daleko idące uproszczenie, nie zostały przedstawione żadne dane, aby żywienie zbiorowe pacjentów wskazywało na przedmiotowe korzystne działanie. W naszej ocenie brak dostępnych jest</p>	<p>Należy rozróżnić pojęcie żywienia zbiorowego pacjentów od wdrożenia leczenia żywieniowego, które jest zgodne ze standardami Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu. Zbiorowe żywienie szpitalne nie ma celu leczniczego, nie przekłada się wprost na poprawę wyników medycznych czy skrócenie czasu hospitalizacji. Wobec powyższego, w naszej ocenie projektowana zmiana</p>

<p><i>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.</i></p>	<p>obecnie publikacji lub badań, które jednoznacznie wskazywałyby, iż zmiana diety szpitalnej w przypadku żywienia zbiorowego przekładała się bezpośrednio np. na okres hospitalizacji pacjenta. O ile związek odżywiania ze zdrowiem jest jasny, o tyle przedstawiona teza wydaje się być zbyt dalekosiężna. Uzasadnienie może budzić więc zbyt daleko idące oczekiwania co do skutków zmian prawnych, które nie są oparte o aktualną wiedzę medyczną i żywieniową.</p>	<p>prawna może nie przynieść oczekiwanych rezultatów.</p>
<p><i>Prawidłowe żywienie jest ważną częścią terapii, co więcej może być także wskaźnikiem jakości opieki szpitalnej.</i></p>	<p>W nawiązaniu do poprzedniej uwagi, podkreślamy, iż należy odróżnić standardowe żywienie zbiorowe pacjentów od leczenia żywieniowego. Dieta szpitalna jest częścią codziennej opieki. Projektodawca zdaje się też pomijać procedowany obecnie projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta.</p>	<p>Projektowane przepisy w żaden sposób nie definiują przedmiotowego „wskaźnika jakości” oraz nie odnoszą się do procedowanej obecnie ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta. Rekomendujemy opracowanie wskaźnika jakości opieki szpitalnej na poziomie przywołanej ustawy, który mógłby obejmować żywienie szpitalne.</p>
<p><i>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.</i></p>	<p>We wskazanym fragmencie Projektodawca nie wskazuje dalszych szczegółów oraz nie określa sposobu, w jaki przekłada się to na kształt projektowanych przepisów.</p>	<p>W naszej ocenie zasadne jest dookreślenie szczegółowych danych dot. europejskich standardów żywienia pacjenta w szpitalach i ich wpływu na projektowane przepisy. Ułatwi to ocenę, jak standard krajowy wypada w porównaniu ze standardem stosowanym w innych krajach.</p>
<p><i>W związku z powyższym zalecane jest, aby rodzaj</i></p>	<p>Uzasadnienie nie jest spójne w pełni z treścią regulacji w Projekcie</p>	<p>W naszej ocenie ocena stanu odżywienia nie musi być</p>

<i>stosowanej diety, czas jej trwania oraz zalecane modyfikacje lekarz, o ile jest to możliwe, konsultował z dietetykiem.</i>	rozporządzenia. W uzasadnieniu wskazane jest wyraźnie zalecenie konsultacji („o ile jest to możliwe”) jako zasadę postępowania dla lekarzy, podczas gdy przepisy pozostawiają pełną fakultatywność takiego działania.	dokonywana przez lekarza. Zasadne jest obligatoryjne konsultowanie przez lekarzy żywienia z dietetykiem.
<i>Większość chorych przebywających w szpitalach odznacza się małą aktywnością fizyczną.</i>	Przedstawione stwierdzenie nie jest w pełni jasne. Nie wytłumaczono też, jak ocena ta przekłada się na projektowane przepisy.	Należy zdefiniować, czym jest mała aktywność pacjentów i czy ma ona wpływ np. na nawyki żywieniowe pacjentów w przypadku krótkotrwałego pobytu pacjentów w szpitalu.
<i>Przykładowe rozwiązania krajów UE w zakresie żywienia pacjentów w szpitalach zostały przedstawione w tabeli poniżej.</i>	Wspomniana tabela zawiera wyliczenie dokumentów, brak jednak jest informacji, jak przedmiotowe przykłady przekładają się na kształt krajowych regulacji.	Rekomendujemy opracowanie uzasadnienia, w jaki sposób wskazane przykłady rozwiązań w krajach UE wpływają na projektowane regulacje krajowe.
<i>Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.</i>	W naszej ocenie Projekt rozporządzenia może mieć wpływ potencjalnie na przedmiotowe podmioty. Należy pamiętać, iż do wskazanych podmiotów należy chociażby część dostawców czy firmy cateringowe.	Należy zmodyfikować przedmiotowy fragment i wskazać wpływ projektowanych przepisów na mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.

W tabeli poniżej prezentujemy uwagi w zakresie **oceny skutków regulacji**:

Punkt	Uwaga	Rekomendacje
1	<ul style="list-style-type: none"> W punkcie 1 oceny skutków regulacji w naszej ocenie Projektodawca nie zdefiniował problemu do rozwiązania. Nie wynika z niego, czy problemem jest brak standardów odżywiania, niska jakość posiłków, niedostosowanie żywienia do potrzeb pacjentów. 	<ul style="list-style-type: none"> W naszej ocenie należy ponownie zdefiniować problem do rozwiązania projektowaną regulacją. Jednym z zagadnień powinno być odróżnienie żywienia

	<ul style="list-style-type: none"> • Ponadto Projektodawca powołuje się na art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wskazując iż <i>żywnie pacjentów w szpitalach jest świadczeniem zdrowotnym i powinno być dostosowane do stanu zdrowia pacjenta</i>. W naszej ocenie wskazany przepis nie definiuje jednoznacznie, że żywienie pacjentów jest świadczeniem zdrowotnym – należy przede wszystkim podkreślić, iż art. 9 ust. 1 pkt 1 nie dotyczy leczenia szpitalnego²². Natomiast zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wskazane w art. 5 ust. 38 żywienie w szpitalu jest świadczeniem towarzyszącym, nie jest natomiast świadczeniem zdrowotnym²³. • O ile standardy żywienia zbiorowego pacjentów w szpitalach nie są uregulowane, tak przesiewowa ocena stanu odżywienia jest obowiązkowa u wszystkich pacjentów przyjmowanych do szpitala na hospitalizację na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego²⁴. 	<p>zbiorowego w szpitalu od leczenia żywieniowego.</p> <p>Niezasadne jest także zrównanie żywienia pacjentów do świadczenia zdrowotnego, co zostało szczegółowo przedstawione w części ogólnej uwag.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doprecyzowania wymaga także stwierdzenie o braku regulacji prawnych w przedmiotowej materii.
--	---	---

²² Treść art. 9. pkt 1. ust. 1 ustawy o działalności leczniczej brzmi: *Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na: 1) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.*

²³ Treść art. 5 ust. 38 obwieszczenia brzmi: *38) świadczenie towarzyszące - zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego.*

²⁴ Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. art. 6 ust. 1 *Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej poddaje wszystkich świadczeniobiorców przyjmowanych do leczenia, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, przesiewowej ocenie stanu odżywienia (SGA lub NRS 2002 – u dorosłych, na siatkach wzrastania u dzieci i młodzieży), zgodnie z zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego lub, w przypadku dzieci, zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci.*

2	<p>W nawiązaniu do uwagi do punktu 1 oceny regulacji i brakiem wyraźnie i jednoznacznie zdefiniowanych problemów, w naszej ocenie pojawiają się wątpliwości interpretacyjne, jak Projekt ma je rozwiązać. Wskazany oczekiwany rezultat jest przy tym bardzo ogólny i nie znajduje uzasadnienia w badaniach.</p>	<p>Należy określić jednoznacznie i wyraźnie problemy, które projektowany akty prawny ma rozwiązywać oraz oczekiwany rezultat wejścia w życie projektowanej zmiany. Teza o wzroście „skuteczności procesu leczenia i dalszego zdrowienia pacjentów” nie znajduje obecnie uzasadnienia (w zakresie żywienia zbiorowego pacjentów).</p>
3	<p>Wskazane w punkcie 3 przykłady z innych krajów nie pokazują, w jaki sposób przekładają się one na kształt krajowych regulacji.</p>	<p>Proponujemy uzupełnić punkt 3 o uzasadnienie, jak przykłady z innych krajów wpływają na kształtowanie przepisów krajowych.</p>
4	<p>Katalog w punkcie 4 nie uwzględnia wszystkich grup podmiotów, w szczególności pacjentów szpitali oraz dostawców żywności dla ochrony zdrowia.</p> <p>Nie jest również jasno zdefiniowany wpływ Projektu na Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ nie odpowiada za procedury stosowane przez szpitale, nie kontroluje też jakości żywienia, lecz zgodność z wymogami z umowy podmiotu leczniczego z NFZ. Nie posiada on też ani procedur ani narzędzi do przeprowadzania kontroli związanych z żywnością zbiorową pacjentów.</p> <p>Ponadto wśród świadczeniodawców wskazano jedynie placówki posiadające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, natomiast z treści projektowanych przepisów nie wynika takie zawężenie.</p>	<p>Uwzględnienie wszystkich grup podmiotów, na których sytuacje może wpłynąć projekt, w szczególności pacjentów i dostawców żywności, a także dookreślenie zakładanego wpływu.</p> <p>Należy określić relację projektowanych przepisów z zasadami działania Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wskazać podmiot odpowiedzialny za kontrolowanie realizacji przepisów Projektu.</p> <p>Ponadto zasadne jest uspoźnienie katalogu świadczeniodawców w ocenie skutków regulacji z przepisami Projektu.</p>
6	<p>W zakresie punktu 6, w naszej ocenie brak jest dokładnej analizy wpływu Projektu na sektor finansów publicznych. Większość szpitali to podmioty publiczne, więc zwiększone koszty ich funkcjonowania wpłyną na finanse publiczne. Wzrośnie ponadto koszt świadczeń, co powinno</p>	<p>W naszej ocenie należy ponownie przeprowadzić analizę finansową wpływu Projektu na sektor finansów publicznych oraz zabezpieczenie adekwatnego finansowania publicznych podmiotów leczniczych,</p>

	<p>przełożyć się na wzrost finansowania z NFZ. Potencjalnie projektowane przepisy mogą wpłynąć na finansowanie przez podmioty tworzące - w tym zakresie szczególnie ważne jest orzeczenie TK sygn. K 4/17²⁵.</p>	<p>aby umożliwić im realizację przepisów Projektu.</p>
7	<p>Projektowane zmiany mogą mieć wpływ na mniejszych przedsiębiorców np. dostawców, firmy cateringowe.</p>	<p>Należy uwzględnić i określić realny wpływ Projektu na mniejszych przedsiębiorców.</p>
8	<p>Wprowadzenie Projektu rozporządzenia może przełożyć się na zwiększenie liczby dokumentów i procedur (obowiązkowe prowadzenie karty żywienia). W naszej ocenie brak jest również dostosowania dokumentów Projektu do obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.</p>	<p>Należy dostosować dokumenty Projektu do obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.</p>
9	<p>Analiza wpływu na rynek pracy w punkcie 9 nie obejmuje m.in. nowych obowiązków po stronie lekarzy, które mogą wpływać na czas pracy. Przedstawione tezy nie są poparte dodatkowymi danymi. W naszej ocenie projektowane przepisy mogą stanowić dodatkowe obciążenie personelu medycznego.</p>	<p>W naszej ocenie zasadne jest przeprowadzenie dokładniejszej analizy wpływu Projektu na rynek pracy.</p>

4.1 Uwagi do załączników

W zakresie **załączników do Projektu rozporządzenia**, w naszej ocenie pojawiły się poniższe nieścisłości:

- W załącznikach brak jest wskazania **osoby, która powinna dokonać zakodowania diety** oraz nie wskazano precyzyjnie miejsca, **gdzie przedmiotowy kod powinien zostać utrwalony**. W przedstawionym brzmieniu niejasna jest interpretacja, czy kod diety powinien znajdować się wyłącznie na karcie żywienia, czy w związku z tym także np. w historii choroby.
- Część danych wskazanych w karcie żywienia ma bardzo szczegółowy charakter, np. ilość wypijanych płynów na dobę z uwzględnieniem różnych jednostek pomiaru. W naszej ocenie tak szczegółowa karta żywienia może wiązać się z **istotnym, nieproporcjonalnym do spodziewanych korzyści zwiększeniem obowiązków** dla personelu medycznego.

²⁵ Zgodnie z którym, *zobowiązanie podmiotów tworzących samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, do pokrycia straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla działania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jest niezgodne z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz art. 166 ust. 1 Konstytucji.*

- Wskazujemy również na jeden z kluczowych problemów – **brak wskazania podmiotu w Projekcie, który byłby odpowiedzialny za ułożenie i przygotowanie 15 różnych rodzajów zaproponowanych w załącznikach diet.** W naszej ocenie personel pracujący w kuchni szpitalnej nie będzie w stanie samodzielnie opracować przedmiotowych diet bez udziału dietetyka. Brak jest również wskazania podmiotu, który byłby odpowiedzialny za weryfikację menu pod kątem zgodności z wymogami z załączników.

Załącznik nr 2 wskazuje rodzaje diet, ich charakterystykę, rekomendowane i przeciwwskazane środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet oraz wartość odżywcza i energetyczna stosowanych diet szpitalnych. Poniżej prezentujemy **szczegółowe uwagi wraz z rekomendacjami do przedmiotowych diet.**

Lp.	Nazwa diety	Uwagi/Rekomendacje
1	Dieta podstawowa	W zakresie napojów, rekomendujemy dodanie do punktów: herbaty, napary ziołowe, kawa naturalna, kawa zbożowa, bawarka, informację o braku dodatku cukru lub z małą ilością cukru.
2	Dieta łatwostrawna	<p>W zakresie zaleceń dietetycznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Do punktu dotyczącego modyfikacji diety podstawowej, w naszej ocenie zasadne jest uzupełnienie, na czym te modyfikacje mają polegać. Zasadniczą modyfikacją w diecie łatwo strawnej jest odpowiedni dobór technik kulinarnych stosowanych do przygotowywania potraw. Techniki te poprawiają strawność składników odżywczych, w tym rozpuszczających i rozdrabniających produkty: gotowanie w wodzie i na parze – często łączone z przecieraniem, miksowaniem, rozdrabnianiem; pieczenie w folii, rękawie lub pergaminie, dodawanie tłuszczu do potraw po ich przyrządzeniu. Natomiast przeciwwskazanymi technikami kulinarnymi w diecie łatwo strawnej są: smażenie, duszenie z dodatkiem tłuszczu i wcześniejszym obsmażaniem produktów, pieczenie w sposób tradycyjny, zapiekanie, grillowanie, a także sporządzanie zasmażek, odgrzewanie i odsmażanie. – W przypadku ograniczenia błonnika pokarmowego, podkreślamy iż jego ogólna ilość nie powinna być nadmiernie ograniczana, jeśli nie ma wyraźnych wskazań wynikających z zaburzeń funkcjonowania przewodu pokarmowego. – Proponujemy modyfikację podawania ilości posiłków z 3-5 razy na 4-5 razy dziennie - regularnie, o stałych porach.

		<p>– W naszej ocenie zasadne jest usunięcie przetworów rybnych ze względu na wysoką zawartość soli i sposób przetworzenia (wędzenie).</p> <p>W zakresie zalecanych produktów zbożowych zalecamy zmianę pieczywa żytniego na pieczywo typu graham, ze względu na fakt, że pieczywo żytnie razowe może być źle tolerowane przez pacjentów i często jest wymieniane w produktach przeciwwskazanych²⁶.</p> <p>W przypadku zalecanych warzyw i przetworów warzywnych, rekomendujemy dodanie informacji, że są to szczególnie zalecane przykłady warzyw w diecie lekkostrawnej, aby uniknąć interpretacji, iż są to jedyne dozwolone rodzaje warzyw w przedmiotowej diecie. Proponujemy również rozszerzenie wyliczenia i dodanie warzyw: marchew, buraki, dynia, szpinak, cukinia, kabaczek, młoda fasolka szparagowa, sałata²⁷. Zalecamy usunięcie ze spisu ogórków kiszonych ze względu na potencjalnie niską tolerancję przez pacjentów.</p> <p>Analogicznie proponujemy dopisanie informacji o szczególnie zalecanych przykładach w części dotyczącej owoców i przetworów owocowych. W tym przypadku również proponujemy rozszerzenie wyliczenia o owoce: jabłka, morele, brzoskwinie, banany, owoce jagodowe, wraz z informacją o ich odpowiednim przygotowaniu czyli przetarciu.</p> <p>W zakresie mięsa i przetworów mięsnych, w naszej ocenie zasadne jest usunięcie określenia „chude gatunki” kiełbasy lub jego doprecyzowanie. Analogiczną zmianę zalecamy w przypadku ryb i przetworów rybnych w punkcie dot. konserw rybnych – istotne jest wskazanie konkretnych gatunków ryb.</p>
3	Dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu	<p>W zakresie zaleceń dietetycznych wskazujemy, że warzywa i owoce nie są najlepszym źródłem witaminy D, dlatego zalecamy rozszerzenie i dodanie informacji ogólnej o innych produktach bogatych w witaminy A, D, E, K.</p> <p>W przypadku wartości odżywczej w punkcie dot. nasyconych kwasów tłuszczowych powinna znajdować się jedna wartość % En.</p> <p>W zakresie produktów zbożowych, warzyw i przetworów warzywnych, owoców i przetworów owocowych oraz ryb i przetworów rybnych, zalecamy analogiczne zmiany jak wskazane w diecie łatwostrawnej.</p> <p>Ze względu na ograniczenie tłuszczu w przedmiotowej diecie, sugerujemy usunięcie całkowicie chudych gatunków kiełbas z produktów rekomendowanych – w przypadku tej diety powinny być stosowane jedynie chude wyroby jak: szynka, polędwica, pieczony indyk czy kurczak.</p>

²⁶ Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach, Jarosz, 2011.

²⁷ Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach, red. Jarosz 2011.

4	Dieta łatwostrawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego	<p>W zakresie produktów zbożowych, proponujemy usunięcie z produktów rekomendowanych pieczywa czerstwego, a z produktów przeciwwskazanych adnotacji o świeżości, ze względu na negatywny wydźwięk takiego zapisu i potencjalne wywołanie niechęci pacjentów do spożywania nieświeżego pieczywa.</p> <p>W przypadku warzyw, zalecamy usunięcie z rekomendacji pomidorów i ogórków kiszonych, ze względu na możliwość nasilenia objawów po spożyciu u pacjentów z GERD.</p> <p>W tej diecie owoce powinny być podawane w formie gotowanej, rozdrobnionej, dlatego zwracamy się o usunięcie punktu dot. owoców surowych w owocach rekomendowanych.</p>
5	Dieta bogatoresztkowa	<p>W punkcie dot. zastosowania diety, proponujemy doprecyzowanie, iż zaburzenia czynności jelit dotyczą zaparc, a nie biegunek.</p> <p>W zakresie produktów zbożowych proponujemy usunięcie określenia pieczywa czerstwego oraz dodanie do białego pieczywa i kasz droбноziarnistych, iż powinny one być podawane w znacznie ograniczonych ilościach lub sporadycznie.</p> <p>Przy rybach zalecamy dopisanie również do rekomendacji tłustych ryb morskich oraz dodanie do przetworów mlecznych serów podpuszczkowych o zmniejszonej zawartości tłuszczu w ograniczonych ilościach.</p> <p>Przy produktach przeciwwskazanych prosimy o doprecyzowanie, iż niewskazane są jajka smażone z dużą ilością tłuszczu np. na boczku czy kiełbasie.</p>
6	Dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów	<p>W zaleceniach dietetycznych zwracamy się o doprecyzowanie, iż należy ograniczyć również wolne cukry, zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego²⁸. Do praktycznych wskazówek sporządzania posiłków rekomendujemy dopisanie przygotowywanie płatków bez rozgotowywania, „al dente”.</p> <p>W punkcie dot. tłuszczu, proponujemy zmianę kolejności w rekomendowanych produktach na kolejność: olej rzepakowy, oliwa z oliwek, olej lniany, słonecznikowy. Należy zaznaczyć, iż do obróbki termicznej można wykorzystywać jedynie olej rzepakowy i oliwę. Proponujemy również usunięcie majonezu lub podkreślenie, że można go stosować jako sporadyczny dodatek.</p>

²⁸ Polskie Towarzystwo Diabetologii, Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2019: *Rekomenduje się także ograniczenie cukrów dodanych i tak zwanych wolnych cukrów, których źródłem są przede wszystkim cukier i słodycze, ale również miód, soki i napoje owocowe.*

7	Dieta o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych	<p>W zaleceniach dietetycznych, w zdaniu „zaleca się ograniczenie produktów będących źródłem izomerów trans kwasów tłuszczowych, występujących w tłuszczach cukierniczych, fryturze smaźalniczej, słodyczach, niektórych margarynach, produktach typu fast food,” należy doprecyzować zapis „niektórych margarynach” o słowo „twardych”.</p> <p>Proponujemy w rekomendacjach produktów zbożowych doprecyzowanie, iż białe pieczywo zalecane jest w ograniczonych ilościach.</p>
8	Dieta ubogoreszkowa	<p>W zaleceniach dietetycznych, w pierwszym podpunkcie proponujemy dopisanie do zdania „i zachowaniu odpowiedniej podaży białka: w diecie redukującej masę ciała należy zaplanować 0,8–1 g białka na każdy kilogram należnej masy ciała w ciągu doby, co stanowi około 20% energii diety.”. W podpunkcie dot. spożywania napojów, zalecamy wskazanie, iż powinny być one bez dodatku cukru, zamiast ograniczonej zawartości.</p> <p>Rekomendujemy usunięcie wskazania ograniczenia potraw wzdymających, ze względu na brak podstawy do unikania przez pacjentów produktów takich jak czosnek, kapusty czy brokułów.</p> <p>Do stosowanych technik kulinarnych zalecamy dodanie informacji analogicznych jak przy diecie dla osób z cukrzycą, odnośnie gotowania makaronów, kasz, ryżu i warzyw „al dente”. W naszej ocenie potrawy smażone powinny być ograniczone do minimum, zamiast do 3 razy w jadłospisie dekadowym. Należy również całkowicie wyeliminować cukier dodawany do napojów i potraw.</p> <p>Zgodnie z wytycznymi PTD, udział tłuszczu powinien stanowić 10-30% En, zamiast wskazanego 20-30% En.</p> <p>Proponujemy również analogiczne wykreślenie chudych gatunków kiełbas jak w poprzednich dietach.</p> <p>W przypadku deserów, proponujemy doprecyzowanie, iż ciasta drożdżowe niskosłodzone i biszkoptowe niskosłodzone powinny być spożywane w bardzo ograniczonych ilościach. Napoje natomiast powinny być bez dodatku cukru (kawa, herbata, napary, itp.).</p>
9	Dieta bogatobiałkowa	<p>W punkcie dot. zastosowania wskazujemy na zasadność uwzględnienia pacjentów w okresie rekonwalescencji np. po zabiegu chirurgicznym czy udarze mózgu. Uwzględnieni powinni zostać również pacjenci dializowani, którzy potrzebują nie tylko białka, ale też ograniczenia elektrolitów i płynów.</p> <p>W przypadku zalecenia „w uzasadnionych przypadkach zalecane jest uzupełnianie diety o doustne odżywki typu Nutridrink lub wykorzystywanie do przygotowania posiłków odżywek białkowych w proszku np. Resorce</p>

		<p><i>Instant Protein lub Protifar</i>” podkreślamy, iż FSMP musi wynikać jedynie z zalecenia lekarza, a nie pracowników kuchni szpitalnej czy firmy cateringowej.</p> <p>W naszej ocenie pojawiają się wątpliwości, czy zasadne jest wskazanie ograniczenia pieczywa oraz potraw mącznych, jeśli nie wiąże się z podawaniem większej ilości wysokobiałkowych dodatków np. twarogu, sera, chudej wędliny.</p> <p>W przypadku całkowitego przeciwwskazania nasion roślin strączkowych, w naszej opinii niezasadna jest ich pełna eliminacja. Podanie tych produktów należy uzależnić od indywidualnej tolerancji pacjenta - u wielu dodatek namoczonej i ugotowanej soczewicy czy soczewicy (zwłaszcza w postaci zmielonej np. pasty czy pasztetu) nie spowoduje dolegliwości, a są to produkty dostarczające białka.</p> <p>Analogicznie brak jest podstaw do całkowitej eliminacji orzechów, dopuszczalna jest forma zmielona jak w przypadku pestek.</p> <p>Rekomendacja chrzanu i ćwikły na kwasu cytrynowym nie wpisuje się w założenia diety łatwostrawnej.</p>
10	Dieta niskobiałkowa	<p>W naszej ocenie należy doprecyzować grupę pacjentów w punkcie dot. zastosowania diety niskobiałkowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zastosowanie diety o ograniczonej zawartości białka zalecane jest jedynie pacjentom niedializowanym, w ciężkiej i schyłkowej niewydolności nerek. Diety z zawartością białka < 0,8 g/kg n.m.c./dobę mogą być odpowiednie dla pacjentów, którzy są pod stałą opieką wykwalifikowanego dietetyka nefrologicznego. – Natomiast w większości przypadków niewydolności wątroby zalecane jest zwiększenie podaży białka, nawet w przypadku encefalopatii brak jest zaleceń do znacznego ograniczenia ilości białka, jedynie do modyfikacji składu aminokwasów (zwiększona ilość aminokwasów rozgałęzionych (BCAA), a zmniejszona aminokwasów aromatycznych (AAA) i metioniny. – W przypadku schorzeń trzustki zalecana jest dieta łatwostrawna z ograniczeniem podaży tłuszczów. – Fenyloketonuria nie jest wskazaniem do stosowania diety niskobiałkowej, a diety o niskiej zawartości fenyloalaniny i odpowiedniej podaży tyrozyny. <p>W zakresie zaleceń dietetycznych, wątpliwości budzi sformułowanie, iż „podstawą diety jest kontrola zawartości białka, sodu, fosforu i potasu”. Takie przedstawienie głównych zasad i ograniczenie elektrolitów sugeruje, że dieta dotyczy pacjentów z niewydolnością nerek co oznacza,</p>

		<p>że nie jest to po prostu dieta niskobiałkowa przeznaczona dla szerokiej grupy pacjentów. Reszta zaleceń dietetycznych powinna odzwierciedlać dietę dla tego typu pacjenta w danym stadium choroby tzn. m.in. właściwą podaż płynów, odpowiednią obróbkę (np. moczenie i krojenie na mniejsze kawałki) i dokładny opis, co zawiera sód, fosfor i potas i w jakiej ilości.</p>
11	Dieta eliminacyjna	<p>Uwaga ogólna do tabeli – prawa część tabeli jest zamiennie traktowana jako produkty przeciwwskazane i zamienniki produktów przeciwwskazanych, co może budzić wątpliwości interpretacyjne, dlatego należy ujednoczyć zapis lub umieścić odpowiedni tytuł przy każdym punkcie.</p> <p>W punkcie z glutenem, w grupie produktów przeciwwskazanych do kasz proponujemy dopisanie kaszy bulgur. Natomiast w grupie zamienników produktów przeciwwskazanych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Proponujemy dopisanie również produktów oznakowanych jako bezglutenowe np. płatki owsiane bezglutenowe; – W mąkach uwzględnienie mąki jaglanej oraz z nasion roślin strączkowych np. grochu, ciecierzycy; – Poza ciecierzycą wskazać również pozostałe rośliny strączkowe. <p>Przeformułowania wymaga również punkt dot. alergii na białka mleka/laktozę. Niektórzy pacjenci z alergią na białka mleka krowiego z powodzeniem mogą spożywać produkty z mleka koziego. Z kolei mięso wołowe i cielęcinę zaleca się wykluczać jedynie w przypadku stwierdzonej alergii na albuminę surowicy bydlęcej. Doprecyzowania wymaga lista produktów zawierająca w swoim składzie laktoalbuminę, laktoglobulinę, mleko w proszku, białka mleka, serwatkę, kazeinę, kazeiniany, suchą masę mleczną itp. (m.in. pieczywo, sosy, margaryny z dodatkiem mleka, gotową żywność, niektóre słodycze itp.). W zamiennikach proponujemy uwzględnienie również mleka owsianego oraz wszystkich owoców i warzyw.</p> <p>Przy diecie wegetariańskiej zalecamy doprecyzowanie wykluczenia oprócz wszystkich gatunków mięs, również ryb i owoców morza. W zamiennikach natomiast proponujemy dodanie przetworów ze strączków, tj. tofu oraz hummus, a także podkreślenie, że w przypadku diety wegańskiej, wykluczeniu ulegają jaja i nabiał.</p>
12	Dieta papkowata	<p>W zakresie zastosowań, gorączka może być wskazaniem jedynie do diety łatwostrawnej – nie do kolejnych jej modyfikacji. Przy ilości posiłków dziennie zalecamy zmianę na 4-5 zamiast 3-5.</p>

13	Dieta płynna	<p>Co do zasady, u chorych nieprzytomnych nie stosuje się diety płynnej, która nie bierze pod uwagę wartości odżywczej i energetycznej, a jej celem jest złagodzenie pragnienia i dostarczenie niezbędnej ilości płynów. W przypadku pacjentów nieprzytomnych w ciągu 48h należy zastosować żywienie dojelitowe z wykorzystaniem FSMP przy jednoczesnej kontroli podaży płynów.</p> <p>Doprecyzowania wymaga również kwestia zaleceń dietetycznych, proponujemy poniższy zapis: <i>Dieta płynna stosowana jest możliwe krótko. Początkowo podaje się niewielkie ilości płynu co 1 godz. i stopniowo zwiększa się jego ilość w miarę poprawy stanu ogólnego chorego. Następnie przechodzi się na dietę płynną wzmocnioną. Jeżeli pozwala na to stan pacjenta, rozpoczyna się żywienie z wykorzystaniem diety łatwo strawnej.</i></p>
14	Dieta płynna wzmocniona	<p>W zakresie zastosowania, doprecyzowania wymaga lista chorób zakaźnych. W przypadku chorych z trudnościami w połykaniu, mogą one stanowić wskazanie do żywienia jelitowego niż do diety płynnej.</p> <p>W zaleceniach dietetycznych w punkcie „<i>dieta powinna być prawidłowo zbilansowana i urozmaicona pod kątem</i>” brakuje dalszej części zdania.</p> <p>W naszej ocenie w Projekcie pojawia się nieścisłość w doborze produktów. Przedmiotowa dieta może być podawana przez zgłębnik i jej lista dozwolonych produktów jest obszerna, jednak w kolejnej diecie, która również może być podawana przez zgłębnik, pojawiają się liczne ograniczenia. Jeżeli żywienie doustne nie jest możliwe, należy stosować zalecane przez lekarza żywienie przez zgłębnik odżywczy z wykorzystaniem FSMP.</p> <p>Wskazane w diecie płynnej wzmocnionej:</p> <p>„<i>Przy doborze produktów należy zwrócić uwagę na ich:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>jakość,</i> • <i>termin przydatności do spożycia,</i> • <i>sezonowość.</i>” <p>Powinno być również wskazane przy kolejnej diecie numer 15.</p>
15	Dieta do żywienia przez zgłębnik lub przetokę	<p>Jak zostało to zaprezentowane w uwagach o charakterze ogólnym, rekomendujemy zrezygnowanie z ujmowania w Projekcie rozporządzenia przedmiotowej diety, jako że projekt powinien ograniczać się do żywienia zbiorowego.</p> <p>W zakresie zastosowania:</p>

		<ul style="list-style-type: none">– Żywnienie dojelitowe metodą dostępu sztucznego stosowane jest często u niedożywionych chorych (lub u których istnieje ryzyko niedożywienia), u których nie udało się przeprowadzić skutecznej interwencji żywieniowej drogą doustną, lub u których istnieje ryzyko niepowodzenia takiego żywienia. Warunkiem koniecznym jest drożność przewodu pokarmowego oraz prawidłowa perystaltyka i wchłanianie. Zapotrzebowanie pacjenta na energię i składniki odżywcze, zwłaszcza białko, a w konsekwencji odpowiedni dobór diety jest uzależnione od wielu czynników: choroby podstawowej, stopnia i rodzaju niedożywienia, zdolności przewodu pokarmowego do trawienia i wchłaniania, a także od wieku pacjenta i ewentualnych chorób towarzyszących. Prowadzone jest na zlecenie i pod kontrolą lekarza.– Wskazane zostały liczne różne stany kliniczne, które znacznie różnią się rekomendacjami dotyczącymi spożycia białka i energii.– Stany po oparzeniach przełyku i żołądka mogą być wskazaniem do żywienia pozajelitowego i zastosowania diety wysokobiałkowej.– Poza nowotworami przełyku i wpustu żołądka, powinny zostać wskazane również nowotwory głowy i szyi. Tutaj również zastosowanie ma dieta wysokobiałkowa.– W przypadku niedrożności górnej części przewodu pokarmowego z powodu nowotworu, wskazana jest dieta wysokobiałkowa.– Martwica przewodu pokarmowego to bezwzględne przeciwwskazanie do żywienia drogą przewodu pokarmowego.– W ostrych chorobach trzustki zalecane zwiększenie podaży białka do 1,5g/kg m.c.– W zaostrzeniu choroby Leśniowskiego-Crohna zalecana jest podaż białka 1,2 – 1,5g.– Zespół jelita krótkiego jest wskazaniem do żywienia pozajelitowego.– U pacjentów nieprzytomnych, jeśli pacjent jest w stanie krytycznym, niezbędne jest zwiększenie podaży białka (1,5g) przy jednoczesnym ograniczeniu podaży energii (20-25kcal/kg mc/24h). Według założeń przedmiotowej diety, proponowana dieta miksowana jest dietą normobiałkową (16% energii z białka). Pokrycie zapotrzebowania białkowego wiązać będzie się z dostarczeniem zbyt wysokiej ilości energii. W przypadku pacjentów krytycznie chorych zbyt wysoka podaż energii wiąże się z pogorszeniem wyników leczenia.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">- U chorych nieprzytomnych, hospitalizowanych w OIT, koniecznym okazać może się żywienie do jelita czczego, ponieważ pozwala na zminimalizowanie ryzyka związanego z żywieniem dojelitowym. Żywienie do jelita odbywać może się wyłącznie przy użyciu sterylnych diety przemysłowych. <p>W zaleceniach dietetycznych:</p> <ul style="list-style-type: none">- Podstawą nowoczesnego żywienia dojelitowego są diety przemysłowe, które umożliwiają podaż choremu zbilansowanej ilości wszystkich składników odżywczych. Leczenie żywieniowe nie obejmuje tak zwanych diet zwykłych (przygotowywanych w warunkach domowych lub szpitalnych) oraz diet płynnych zmiksowanych i nie jest ono finansowane. Diety przemysłowe powinny być stosowane na zlecenie i pod nadzorem lekarza. Efektywność leczenia chorych żywionych dojelitowo zależy w znacznym stopniu od doboru odpowiedniej diety. Istnieją sytuacje, w których gotowe do użycia diety przemysłowe nie są dostępne np. z przyczyn logistycznych. W krajach rozwijających się lub w przypadkach, gdy diety przemysłowe są niedostępne (np. podczas katastrof i misji humanitarnych), diety przygotowane samodzielnie mogą stanowić alternatywę.- Co do konsystencji, lepkość diet miksowanych zazwyczaj jest znacząco wyższa w porównaniu z dietami przemysłowymi. Badania wykazały, że wartość ta może być nawet 40 razy wyższa w przypadku diet miksowanych, co może znacznie utrudniać podaż ciągłą, jednocześnie zwiększając ryzyko zatkania dostępu.- Oszacowanie rzeczywistej wartości odżywczej diety miksowanej, dostosowanej konsystencją do podaży przez zgłębnik do żywienia dojelitowego jest bardzo trudne, w codziennej praktyce niemalże niemożliwe. Wartość odżywcza przeliczana jest w oparciu o zawartość poszczególnych składników odżywczych i energii w poszczególnych wykorzystanych do przygotowania mieszaniny produktów spożywczych przy czym tabele wartości odżywczych i składu odnoszą się w większości przypadków do produktów surowych. Część składników odżywczych „ucieka” podczas procesu gotowania. Na te tzw. straty zakłada się 10% całkowitej wartości odżywczej. Wszystkie ugotowane produkty należy zblendować a następnie odfiltrować, aby pozbyć się większych cząstek, które mogą zatkać zgłębnik. Utrata masy przeznaczonej do podaży na skutek takiego odfiltrowania sięgać może nawet 1/3, nawet przy użyciu blenderów przemysłowych. Tym samym o 1/3 spada wartość odżywcza.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> – Kontrowersyjne jest proponowanie jednej wartości wskazanego stężenia składników diety i całodobowej objętości, dla wszystkich pacjentów mimo, iż zapotrzebowanie białkowo – kaloryczne pacjentów wymagających żywienia dojelitowego różnić będzie się znacznie w zależności od ich stanu: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacjent onkologiczny: zwiększone zapotrzebowanie na białko, ▪ Pacjent po udarze mózgu, urazie czaszkowo – mózgowym: wysokie zapotrzebowanie na białko i energię, ▪ Pacjent krytycznie chory: wysokie zapotrzebowanie na białko, umiarkowane na energię itd. – Podkreślamy, iż podstawą każdej interwencji żywieniowej jest indywidualne dostosowanie diety do potrzeb pacjenta. – Wskazane warianty diety do żywienia przez zgłębnik są niedostatecznie szczegółowo opisane²⁹. – Nadmieniamy, że obecny system końcówek zgłębników do żywienia dojelitowego ENFit uniemożliwia wykorzystanie strzykawkę z końcówką luer, co za tym idzie konieczne jest korzystanie ze strzykawkę enteralnych z kompatybilną końcówką ENFit. Maksymalna dostępna na polskim rynku objętość do 100ml. Dlatego wskazana objętość w Projekcie porcji 80-85 ml jest nieadekwatna. Jednocześnie jak wynika z obserwacji, podaż grawitacyjna przez system ENFit ze względu na gwint może być wydłużona, z kolei przy metodzie bolusowej wymagać może użycia większej siły od pacjenta lub opiekuna. – W zakresie temperatury posiłków brakuje informacji tj. Wszystkie cztery rodzaje diet do żywienia przez zgłębnik należy przygotować, używając wyparzonego sprzętu, a gotowe mieszanki (najlepiej wyporcjowane do jednorazowego podania) przetrzymywać tylko w chłodni lub lodówce. Przed podaniem porcję pożywienia należy każdorazowo dokładnie wymieszać przez potrząsanie i ogrzać do temperatury 30–37o C, najlepiej w łaźni wodnej (w gorącej wodzie)³⁰. Cała procedura jest czaso- i pracochłonna. – Odnośnie metody ciągłego wlewu, w naszej praktyce, ze względu na dużą lepkość mieszaniny, podaż pokarmu za pomocą wlewu ciągłego jest praktycznie niemożliwa.
--	--	---

²⁹ Przykładowy opis wariantów: H. Szczygłową w System dietetyczny dla zakładów służby zdrowia z 1992r.

³⁰ Zasady prawidłowego żywienia chorych w szpitalach pod redakcją M. Jarosza z 2011r.

		<ul style="list-style-type: none"> – W przypadku wzbogacania diety, zgodnie z definicją zawartą w rozporządzeniu, żywność specjalnego przeznaczenia medycznego stosowana winna być pod nadzorem lekarza. Przedstawione w Projekcie wymagania kierowane są do osób prowadzących na terenie placówki szpitalnej żywienie zbiorowe: kuchni szpitalnej lub firmy cateringowej. Wzbogacanie przygotowanej mieszanki odżywczej przez personel kuchni szpitalnej lub firmy cateringowej w produkty FSMP jest niezgodne z Rozporządzeniem 609/2013 Art. 2. 2. g). – Użyte sformułowanie „dietetyczne środki specjalnego przeznaczenia medycznego” stanowi nieużywaną już nomenklaturę, obecnie to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego i są to produkty zgodne z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 609/2013 Art. 2. 2. g). <p>Wskazanie jednej wartości odżywczej dla wszystkich pacjentów stanowi brak dostosowania do potrzeb pacjenta wynikających z choroby podstawowej, chorób współistniejących, wieku, stanu fizycznego, mobilności. Uwaga dotyczy zasadniczo wszystkich założeń przedmiotowej diety.</p> <p>W naszej ocenie produkty rekomendowane nie zostały dobrane adekwatnie do potrzeb pacjentów. Projektowane zalecenia są niezgodne z zasadami diety łatwostrawnej, o której mowa na początku opisu. W przypadku produktów rekomendowanych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Niezasadne jest stosowanie mąki pszennej. W wyniku połączenia mąki z ciepłą mieszaniną (37st. C) powstanie klej. – Brak jest wskazań do ograniczenia do 3 warzyw i 1 owocu. – Chude czerwone mięso wg. norm żywienia spożywane powinno być maksymalnie kilka razy w miesiącu. Wątroba wieprzowa to produkt zawierający ogromne ilości cholesterolu. Z tego względu nie jest zalecany do spożycia. Wątroba i wyroby podrobiowe są przeciwwskazane w wielu dietach, m.in. w diecie łatwostrawnej. – Wykluczony został chudy drób i ryby, które mogą być stosowane w przedmiotowej diecie. – Niejasne wykluczenie mleka i produktów mlecznych, np. chude mleko i twaróg. Ponadto pojawiają się nieścisłości, jak pojawienie się w produktach zalecanych śmietanki 18%, a w przeciwwskazanych tłustej śmietany.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">– Rekomendowanie jedynie tłuszczów bogatych w kwasy tłuszczowe omega-6, jest nieprawidłowe ze względu na ich działanie prozapalne.– Wskazano jako zalecenie jedynie sok pomidorowy, kiedy wielowarzynny również mógłby być stosowany u tych pacjentów.– Niezasadne jest rekomendowanie podaży cukru i soli w przedmiotowej diecie – jest ona podawana do zagębnika, wobec czego brak jest walorów smakowych dla pacjenta.
--	--	---