

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2023 r.

**w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy
jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu”**

Na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa program pilotażowy w zakresie poradnictwa dietetycznego oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach pod nazwą „Dobry posiłek w szpitalu”, zwany dalej „programem pilotażowym”.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) dietetyk – osoba, która:
 - a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata albo inżyniera lub
 - b) rozpoczęła przed dniem 1 października 2012 r. studia na kierunku (specjalności) dietetyka i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata albo inżyniera, lub
 - c) rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka w specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł zawodowy co najmniej licencjata albo inżyniera, lub
 - d) rozpoczęła przed dniem 1 września 2013 r. szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyk lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk albo ukończenie technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 sierpnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1616).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733 i 1831.

uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik technologii żywienia w specjalności dietetyka;

- 2) szpital – szpital, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 i 1675), z wyłączeniem szpitali udzielających wyłącznie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin, który posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „Funduszem”, na zakres określony w art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 3. Celem programu pilotażowego jest:

- 1) podniesienie poziomu wiedzy o żywności i sposobie żywienia sprzyjającym zdrowiu świadczeniobiorców przez świadczenia opieki zdrowotnej w postaci porad żywieniowych;
- 2) wdrożenie optymalnego modelu żywienia świadczeniobiorców w szpitalach.

§ 4. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap organizacji, podczas którego Fundusz zawiera umowy ze szpitalami na realizację programu pilotażowego, trwający nie dłużej niż do dnia 15 października 2023 r.;
- 2) etap realizacji, podczas którego są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego, trwający do dnia 30 czerwca 2024 r.;
- 3) etap ewaluacji programu pilotażowego, trwający 4 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji.

§ 5. Program pilotażowy obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej – porady żywieniowe – z zakresu określonego w art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 6. Do programu pilotażowego kwalifikuje się świadczeniobiorców przyjętych do szpitala, którzy nie są żywieni dojelitowo lub pozajelitowo lub nie przebywają na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 7. 1. Realizacja programu pilotażowego obejmuje:

- 1) zapewnienie świadczeniobiorcom wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia, w oparciu o zalecenia opracowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy we współpracy z Instytutem Matki i Dziecka oraz

Instytutem – Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, udostępnione za pośrednictwem strony internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia;

- 2) porady żywieniowe dla świadczeniobiorców;
- 3) edukację i rozpowszechnianie informacji dotyczących prawidłowego żywienia;
- 4) zapewnienie dietetyka w wymiarze nie mniejszym niż 0,5 etatu.

2. Posiłki przeznaczone dla świadczeniobiorców są przygotowywane w oparciu o jadłospis opracowany przez dietetyka.

3. Jadłospis zawiera informacje o:

- 1) rodzaju posiłku i składzie produktów;
- 2) wartości energetycznej (kaloryczności) posiłku i wartości odżywczej posiłku z podaniem ilości białka, węglowodanów, w tym cukrów, tłuszczu, w tym nasyconych kwasów tłuszczowych, i soli w 100 g i porcji posiłku;
- 3) sposobie obróbki posiłku;
- 4) obecności alergenów.

4. Szpital codziennie publikuje na swojej stronie internetowej zdjęcie co najmniej dwóch posiłków spośród najczęściej stosowanych diet z danego dnia wraz z odniesieniem do pozycji z jadłospisu.

5. Jadłospis opracowuje się na co najmniej 7 dni zapewniając urozmaicenie potraw oraz zbilansowanie wartości składników odżywczych w diecie. Szpital publikuje jadłospis na swojej stronie internetowej.

6. Wyznaczona w szpitalu osoba dokonuje weryfikacji zgodności posiłku z jadłospisem oraz organoleptycznej oceny podstawowych parametrów każdego posiłku obejmującej świeżość produktów, temperaturę, zapach oraz wygląd i konsystencję tego posiłku.

§ 8. 1. Po dokonaniu oceny stanu odżywienia świadczeniobiorcy lekarz, uwzględniając potrzeby świadczeniobiorcy, decyduje o rodzaju stosowanej diety, czasie jej trwania oraz zalecanych indywidualnych modyfikacjach.

2. Dokonanie czynności, o których mowa w ust. 1, może być poprzedzone konsultacją lekarza z dietetykiem.

§ 9. Warunki realizacji świadczeń, w tym wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, odpowiadają wymaganiom określonym w przepisach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych odnoszących się do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

§ 10. 1. Program pilotażowy jest realizowany przez szpitale, które zapewnią realizację programu pilotażowego zgodnie z warunkami określonymi w § 7–9, oraz które zawarły z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego.

2. W celu zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego szpital zgłasza wniosek zawierający oznaczenie wnioskującego szpitala oraz jego oświadczenie o spełnianiu warunków programu pilotażowego do Funduszu.

§ 11. 1. Rozliczenie programu pilotażowego odbywa się według stawki w wysokości 25,00 zł za osobodzień pobytu na oddziale, w którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Środki, o których mowa w ust. 1, są dodatkowymi środkami przeznaczonymi na wyżywienie świadczeniobiorców w szpitalu w związku z realizacją programu pilotażowego i stanowią uzupełnienie środków dotychczas przeznaczanych przez szpital na wyżywienie świadczeniobiorców.

§ 12. Wskaźnikami realizacji programu pilotażowego są:

- 1) liczba osobodni objętych programem pilotażowym;
- 2) liczba realizatorów programu pilotażowego;
- 3) wartość środków finansowych poniesionych na realizację programu pilotażowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w stosunku do środków finansowych planowanych na realizację programu pilotażowego.

§ 13. 1. Fundusz dokonuje oceny wyników programu pilotażowego przez sporządzenie analizy wskaźników tego programu pilotażowego.

2. Fundusz przekazuje ocenę wyników programu pilotażowego ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nie później niż w terminie do dnia 31 października 2024 r.

§ 14. Podmiotem obowiązany do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego jest Fundusz.

§ 15. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Anna Skowrońska-Kotra

Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu” jest wydawany na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia określa warunki realizacji programu pilotażowego w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu”, zwanego dalej „programem pilotażowym”.

Celem programu pilotażowego jest:

- 1) podniesienie poziomu wiedzy o żywności i sposobie żywienia sprzyjającym zdrowiu świadczeniobiorców przez świadczenia opieki zdrowotnej w postaci porad żywieniowych,
- 2) wdrożenie optymalnego modelu żywienia świadczeniobiorców w szpitalach.

Wprowadzenie programu pilotażowego wynika z tego, że rola żywienia dla świadczeniobiorcy przebywającego w warunkach szpitalnych jest szczególnie istotna. Odpowiednie żywienie świadczeniobiorców 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 świadczeniobiorca szybciej powraca do zdrowia i tym samym może krócej przebywać w szpitalu, co korzystnie wpływa na jego ogólny stan zdrowia fizycznego i psychicznego, 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 zwiększać koszty jego leczenia.

Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2018 r.¹ wykazał znaczące nieprawidłowości w zakresie żywienia świadczeniobiorców 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

¹ <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/084/>

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 niejednolite 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 Karela, dieta Schmidta).

W 2022 r. w rejestrach Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1 028 bloków żywienia w szpitalach, z których ponad połowa (696) działała w systemie cateringowym, w oparciu o posiłki dostarczane przez firmy zewnętrzne. W roku sprawozdawczym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- 1) skontrolowały ogółem 740 bloków żywienia w szpitalach, w tym 460 bloków w szpitalach korzystających z usług firm cateringowych;
- 2) przeprowadziły ogółem 1 109 kontrole bloków żywienia w szpitalach, w tym 68 kontrole interwencyjne;
- 3) przeprowadziły 639 kontrole w szpitalach prowadzących żywienie świadczeniobiorców w systemie cateringowym, w tym 36 kontroli interwencyjnych;
- 4) w 449 blokach żywienia w szpitalach dokonano oceny żywienia na podstawie 414 jadłospisów z czego stwierdzono nieprawidłowości w 102 jadłospisach oraz w 58 próbkach posiłków zbadanych laboratoryjnie stwierdzono nieprawidłowości w 47 z nich;
- 5) w 262 próbkach posiłków dostarczanych do szpitali w systemie cateringowym stwierdzono nieprawidłowości w 60 jadłospisach oraz 24 próbkach posiłków zbadanych laboratoryjnie.

Do najczęściej powtarzających się uchybień w zakresie żywienia świadczeniobiorców należały nieprawidłowo skomponowane jadłospisy:

- 1) nieprecyzyjne informacje na temat alergenów, zaplanowanych potraw oraz ich gramatury;
- 2) mała różnorodność potraw i napojów, powtarzalność dań w dekadzie, mało urozmaicone śniadania i kolacje, w większości bez dodatku warzyw/owoców;
- 3) niska wartość energetyczna posiłków w stosunku do zapotrzebowania dziennego dla świadczeniobiorców,

- 4) brak w posiłkach głównych (śniadania, obiadu lub kolacji) pełnowartościowego białka zwierzęcego lub białka roślin strączkowych;
- 5) mała podaż warzyw oraz owoców w dziennej racji pokarmowej;
- 6) zbyt niska podaż produktów zbożowych pełnoziarnistych, kasz i produktów z pełnego przemiału mąki;
- 7) brak lub podawanie zbyt małej ilości mleka i przetworów mlecznych;
- 8) brak lub podawanie zbyt małej ilości ryb i/lub przetworów rybnych;
- 9) nieuwzględnienie w diecie tłuszczów roślinnych bogatych w kwasy jedno- i wielonasycone;
- 10) podawanie zbyt dużej ilości potraw smażonych (brak zróżnicowania technik przygotowywania potraw w dekadzie), a także słodkich dań i dodatków (dżemu, kremu czekoladowego i miodu);
- 11) duży udział produktów wysokoprzetworzonych (konserw, pasztetów, mortadeli, mielonki), stosowania koncentratów zup w proszku;
- 12) obecność w posiłkach (ocena ilościowa) ponadnormatywnej ilości soli lub tłuszczów

Przygotowana propozycja programu pilotażowego stanowi odpowiedź na uchybienia odnotowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Najwyższą Izbę Kontroli.

Diety stosowane w żywieniu świadczeniobiorców przebywających w szpitalach powinny pokrywać ich zapotrzebowanie na energię i wszystkie niezbędne składniki pokarmowe, a jednocześnie wspomagać leczenie i rekonwalescencję. Żywnienie 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 świadczeniobiorcy . Powinno ono także uwzględniać aktualną sytuację zdrowotną świadczeniobiorcy : 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, o ile pozwala na to stan zdrowia świadczeniobiorcy .

Podstawą do planowania diet stosowanych w żywieniu w szpitalach powinny być aktualne normy żywienia². 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. Ordynacja diety przez lekarza powinna być poprzedzona przeprowadzeniem oceny stanu odżywienia świadczeniobiorcy.

Nazwa diety powinna wskazywać jej zasadnicze cechy z uwypukleniem jej składu lub zawartości wybranych składników. I tak rozróżnia się diety nisko- lub wysokoenergetyczne, niskotłuszczowe, nisko- lub wysokobiałkowe, bogatobiałkowe, niskowęglowodanowe, z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów itp. Czasami dopuszcza się nazewnictwo diet wskazujące na ich konsystencję, np. dieta płynna, półpłynna, papkowata. Nie zaleca się używania dla diet nazw narządowych lub określonych chorób (np.: wątrobowa, trzustkowa, żołądkowa, cukrzycowa), ponieważ różne schorzenia lokalizowane w poszczególnych narządach często wymagają odmiennego leczenia dietetycznego.

Podstawą do planowania jadłospisów w zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego jest średnioważona norma na energię i składniki odżywcze dla całej populacji szpitalnej bez względu na płeć. Zgodnie z zaleceniami opracowanymi przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy we współpracy z Instytutem Matki i Dziecka oraz Instytutem – Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka, które zostaną udostępnione za pośrednictwem strony internetowej Ministerstwa Zdrowia³, w przypadku diet rekomendowanych dla osób dorosłych przyjęto wartość energetyczną w zakresie 2000-2400 kcal/dobę bez podziału na płeć. Przy ustalaniu wartości energetycznej diet świadczeniobiorców należy wziąć pod uwagę, iż większość chorych przebywających w szpitalach odznacza się małą aktywnością fizyczną. Mniejszą wartość energetyczną przyjęto dla diety ubogoenergetycznej, którą stosuje się w celu redukcji masy ciała, dlatego ilość dostarczonej organizmowi energii musi być mniejsza od zapotrzebowania. Stosownie do ww. zaleceń wartość energetyczna tej

² Normy żywienia to cykliczna publikacja NIZP PZH-PIB. Ostatnia aktualizacja miała miejsce w 2020 r. (https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/12/Normy_zywienia_2020web-1.pdf). Normy żywienia zajmują szczególną pozycję w nauce o żywieniu człowieka. Stanowią punkt wyjścia do dalszych badań, mają też szerokie zastosowanie w praktyce (planowanie żywienia dla osób indywidualnych i różnych grup ludności). Normy określają jakie ilości energii i składników odżywczych są niezbędne do zaspokojenia potrzeb żywieniowych praktycznie wszystkich zdrowych osób w danej populacji.

³ <http://www.gov.pl/zdrowie/dobry-posilek-w-szpitalu>

diety powinna wynosić 1500-1800 kcal/dobę. Zapotrzebowanie energetyczne organizmu może nie zostać pokryte przy stosowaniu diety płynnej. Głównym jej celem jest bowiem dostarczenie niezbędnych ilości płynu. Wartość odżywcza i energetyczna mają w tym przypadku znaczenie drugorzędne. W diecie podstawowej i w większości opracowanych diet 10-20% energii powinno pochodzić z białka. W przypadku diety ubogoenergetycznej, żeby zapewnić odpowiednią podaż białka, musi ono dostarczać 15-25% energii. Przy stosowaniu diety bogatobiałkowej podaż białka powinna wynosić 1,5-2,0 g/kg należnej masy ciała (w niektórych przypadkach nawet 2,0-3,0g/kg należnej masy ciała). Ilość białka w diecie niskobiałkowej jest ustalana indywidualnie - przy umiarkowanych ograniczeniach będzie to najczęściej 0,8-1,0 g/kg należnej masy ciała, przy dużych restrykcjach – 0,6-0,7 g/kg należnej masy ciała. Tłuszcz w większości diet powinien dostarczać 20-30% energii. Ograniczenia wymaga zawartość kwasów tłuszczowych nasyconych, nie powinny one stanowić więcej niż 10% energii. Najważniejszym źródłem energii są węglowodany, w większości diet powinny one dostarczać 45-65% energii, przy czym z cukrów (mono i disacharydów) nie może pochodzić więcej niż 10% energii. Dla większości diet zalecenia dotyczące zawartości błonnika określono w przeliczeniu na 1000 kcal – jest to 15 g/1000 kcal. Więcej błonnika powinno znaleźć się w diecie bogatoresztkowej (>35g). Istotna jest także podaż soli/sodu. Spożycie soli przez świadczeniobiorców przebywających w szpitalach nie powinno przekraczać maksymalnego poziomu zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia (5 g/dobę). Dlatego też w większości diet zawartość sodu powinna być ograniczona do 2000 mg.

W opracowanych wytycznych żywienia dzieci i młodzieży³ przebywających w placówkach szpitalnych zaproponowano 15 diet leczniczych dla trzech grup wiekowych dzieci: 1-3 lat, 4-9 lat i 10-18 lat. Wartość energetyczna i odżywcza diet została dostosowana do kategorii wiekowych, a także uwarunkowań dietetycznych.

W opracowanych wytycznych i standardach dotyczących żywienia kobiet w okresie ciąży i laktacji³ uwzględniono trzy rodzaje diet - podstawową, łatwostrawną oraz dietę z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów, z możliwością indywidualnej modyfikacji. Każdą z wyżej wymienionych diet przedstawioną w osobnych modułach charakteryzują wskazania medyczne, założenia dietetyczne oraz baza produktów rekomendowanych i przeciwwskazanych.

W zaleceniach dietetycznych przyjęto wartość energetyczną diet szpitalnych dla kobiet w okresie ciąży i laktacji w zakresie 2200-2400 kcal, procentowy udział energii z białka w

zakresie 10–30%, z tłuszczu 20–35%, w tym z nasyconych kwasów tłuszczowych poniżej 10%, z węglowodanów 40–65%, w tym z cukrów poniżej 10%, a w diecie z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów – cukry poniżej 5%, sód 1500 mg/dobę. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

- 1) etap organizacji, podczas którego Fundusz zawiera umowy ze szpitalami na realizację programu pilotażowego, trwający nie dłużej niż do dnia 15 października 2023 r.;
- 2) etap realizacji, podczas którego są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego, trwający do dnia 30 czerwca 2024 r.;
- 3) etap ewaluacji programu pilotażowego, trwający 4 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji.

Realizacja programu pilotażowego obejmuje:

- 1) zapewnienie świadczeniobiorcom wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia, w oparciu o zalecenia opracowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy we współpracy z Instytutem Matki i Dziecka oraz Instytutem - Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka;
- 2) porady żywieniowe dla świadczeniobiorców;
- 3) edukację i rozpowszechnianie informacji dotyczących prawidłowego żywienia;
- 4) zapewnienie dietetyka w wymiarze nie mniejszym niż 0,5 etatu.

Posiłki przeznaczone dla świadczeniobiorców są przygotowywane w oparciu o jadłospis opracowany przez dietetyka (na co najmniej 7 dni). Jadłospis zawiera informacje o: rodzaju posiłku i składzie produktów, wartości energetycznej (kaloryczności) i wartości odżywczej (ilość białka, węglowodanów, w tym cukrów, tłuszczu, w tym nasyconych kwasów tłuszczowych, soli) w 100 g i porcji posiłku, sposobie obróbki oraz obecności alergenów.

Szpital codziennie będzie publikował na swojej stronie internetowej zdjęcie co najmniej dwóch posiłków spośród najczęściej stosowanych diet z danego dnia wraz z odniesieniem do pozycji z jadłospisu.

Program pilotażowy jest realizowany przez szpitale, które zapewnią sposób realizacji programu pilotażowego oraz warunki określone w § 7 - § 9 oraz które zawarły z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego. Kontrola prawidłowości żywienia w szpitalu jest przeprowadzana zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2023 r. poz. 1448).

Podmiotem zobowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego będzie Narodowy Fundusz Zdrowia. Rozliczenie programu pilotażowego odbywa się według stawki w wysokości 25,00 zł za osobodzień pobytu świadczeniobiorcy na oddziale, w którym udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Środki, o których mowa powyżej, są dodatkowymi środkami przeznaczonymi na wyżywienie świadczeniobiorców w szpitalu w związku z realizacją programu pilotażowego i stanowią uzupełnienie środków dotychczas przeznaczanych przez szpital na wyżywienie świadczeniobiorców.

Oczekuje się, że wprowadzenie ujednoliconego sposobu konstruowania diet w szpitalu oraz zaangażowanie dietetyków do udzielania porad żywieniowych świadczeniobiorcom wpłynie korzystnie na skuteczność procesu leczniczego i dalsze zdrowienie świadczeniobiorców.

Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawa nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. W związku z dużą liczbą hospitalizacji oraz dług zdrowotny konieczne jest podjęcie pilnych działań mających na celu zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju. Wdrożenie odżywiania dostosowanego do stanu zdrowia świadczeniobiorców będzie skutkowało skróceniem pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu oraz szybszym powrotem do zdrowia. Zasady demokratycznego państwa prawa nie stoją na przeszkodzie zaproponowanemu rozwiązaniu.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania

krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia będzie miał pozytywny wpływ na średnich i małych przedsiębiorców, a także na mikro-przedsiębiorców, ze względu na zwiększenie ochrony zdrowotnej mieszkańców kraju oraz wdrożenie odżywiania dostosowanego do stanu zdrowia świadczeniobiorców, które skróci pobyt w szpitalu, a w konsekwencji umożliwi szybszy powrót do pracy zawodowej.

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.