|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa projektu:**Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu”**Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące:**Ministerstwo Zdrowia**Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu:**Pan Waldemar Kraska, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**Kontakt do opiekunów merytorycznych projektu:**Pan Dariusz Poznański, Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia, e-mail: dep-zp@mz.gov.pl, tel. 22 530 03 18 | **Data sporządzenia:**13.09.2023 r.**Źródło:**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.)  **Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ 1585** |
| **OCENA SKUTKÓW REGULACJI** |
| 1. **Jaki problem jest rozwiązywany?**
 |
| Projekt rozporządzenia określa warunki realizacji programu pilotażowego w zakresie poradnictwa dietetycznego oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach pod nazwą „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 zaś zwiększać koszty jego leczenia. |
| 1. **Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, I oczekiwany efekt**
 |
| 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, które zostaną udostępnione za pośrednictwem strony internetowej Ministerstwa Zdrowia[[1]](#footnote-1);2) porady żywieniowe dla świadczeniobiorców;3) edukację i rozpowszechnianie informacji dotyczących prawidłowego żywienia;4) zapewnienie dietetyka w wymiarze nie mniejszym niż 0,5 etatu.Po dokonaniu oceny stanu odżywienia świadczeniobiorcy, lekarz uwzględniając potrzeby świadczeniobiorcy decyduje o rodzaju stosowanej diety, czasie jej trwania oraz zalecanych indywidualnych modyfikacjach.Posiłki przeznaczone dla świadczeniobiorców są przygotowywane w oparciu o jadłospis opracowany przez dietetyka (na co najmniej na 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. Szpital publikuje jadłospis na swojej stronie internetowej. |
| 1. **Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?**
 |
| Przykładowe rozwiązania krajów UE w zakresie żywienia świadczeniobiorców w szpitalach zostały przedstawione w tabeli poniżej.

|  |  |
| --- | --- |
| **Kraj UE** | **Regulacje i dobre praktyki** |
| **Słowacja**  | - instrukcja Ministra Zdrowia Republiki Słowackiej nr 719/92-C 32 (1992, Zalecane zasady żywienia oraz System Dietetyczny),- profesjonalne wytyczne Ministra Zdrowia Republiki Słowackiej dot. zapewnienia żywienia pacjentów w szpitalach nr 1685/1998,- normy żywienia są oparte na zalecanych dawkach żywieniowych dla ludności Republiki Słowackiej (zaktualizowane w 2015 r.). |
| **Węgry** | - rozporządzenie Ministra Zasobów Ludzkich dotyczące zdrowia i wymagań żywieniowych dla gastronomii sektora publicznego (np. szkoły i szpitale) obejmujące dzienne stawki żywieniowe (Reg. 37/2014. (30 Apr.) EMMI ze zmianą: Reg. 36/2016. (8 Dec.) EMMI)- rozporządzenie Ministra Zdrowia, Spraw Społecznych i Rodzinnych dotyczące wymagań w zakresie usług opieki zdrowotnej, w tym zapewnienia profesjonalnych porad żywieniowych i planowania jadłospisów. |
| **Chorwacja** | Pierwszy akt prawny dotyczący organizowania diety w szpitalach powstał w 2007 r. (OG, 121/07).W 2015 r. Minister Zdrowia wydał decyzję w sprawie standardu żywienia pacjentów w szpitalach (OG, 59/15), zgodnie z którą w szpitalach organizuje się terapię dietetyczną. Dokument ten zawiera szczegółowy wykaz diet do stosowania w poszczególnych jednostkach chorobowych. Plan opieki żywieniowej i metody oceny odżywiania są zdefiniowane przez "Decyzje dotyczące podstaw do zawarcia umowy w sprawie realizacji ochrony zdrowia z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego" (OG 56/17; https: // narodne-novine .nn.hr / clanci / sluzbeni / 2017\_06\_56\_1235.html) poprzez procedury diagnostyczno-terapeutyczne (ZS053 Pierwsze odżywianie / dietetyczne leczenie i ZS054 Kontrolne odżywianie / dietetyczne leczenie) |
| **Grecja** | Akty prawne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia:Ustawa 4052/2012 (Dziennik Urzędowy 41/A /2012) określa m.in. obowiązki Działów Żywienia Klinicznego i Poradni Żywienia, które mają działać w każdym szpitalu.Ustawa nr 4316/2014 (Dziennik Urzędowy 270/A/ 2014) zawiera przepisy dot. wymagań dla Grup Wsparcia Żywienia dla pacjentów hospitalizowanych w zakresie ryzyka żywieniowego.Dekret Ministra A3a/6021 (Dziennik Urzędowy 301/B/ 2016) określa obowiązki dla Biura Zarządzania Żywnością, które może funkcjonować w szpitalu.Dekret Ministra A3a/6021 (Dziennik Urzędowy 301/B/ 2016) określa, że stan odżywienia pacjenta jest obowiązkowy jako punkt wyjścia do hospitalizacji. |
| **Litwa** | Wymagania dotyczące organizacji posiłków pacjentów reguluje Opis procedury organizacji posiłków pacjentów w zakładach opieki osobistej zatwierdzony przez Ministra Zdrowia Republiki Litewskiej w 2019 r. Opis procedury określa wymagania jakościowe dla dostarczanych produktów spożywczych, dopuszczalne ilości cukrów, soli i błonnika w produktach spożywczych dostarczanych pacjentom. Podana jest również lista zakazanych produktów spożywczych. Wymagania opierają się na najnowszych badaniach w dziedzinie zdrowego żywienia oraz przepisach i zaleceniach Komisji Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia (https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/aspi). |
| **Belgia** | Belgijska Federalna Służba Publiczna ds. Zdrowia Publicznego stworzyła i wdrożyła wielodyscyplinarne zespoły żywieniowe w szpitalach, które początkowo od 2008 r. działały jako projekt pilotażowy, a od 2014 r. działają na stałe.W 2015 r. zostało utworzone Alliance ONCA (Optimal Nutrition Care for All) – inicjatywa, zgodna z Europejską inicjatywą ONCA, której celem jest zapewnienie optymalnej opieki żywieniowej dla wszystkich pacjentów |
| **Czechy** | Obowiązujące standardy opieki żywieniowej w czeskich szpitalach sięgają lat 50. XX wieku i były kilkukrotnie aktualizowane, ale nie odpowiadają aktualnym potrzebom. Ministerstwo Zdrowia powołało grupę roboczą ds. żywienia szpitalnego i opieki żywieniowej, aby wyznaczyć nowe standardy żywienia szpitalnego zgodnie z aktualnymi zaleceniami. |
| **Niemcy**  | Ministerstwo Federalne ds.Żywności i Rolnictwa zleciło wykonanie „Standardu jakości dla cateringu w przychodniach” (https://www.station-ernaehrung.de/fileadmin/user\_upload/medien/DGE-QST/DGE-Qualitaetsstandard\_Kliniken.pdf) |
| **Finlandia** | Już w 2010 r. Narodowa Rada Żywienia opublikowała zalecenia dotyczące żywienia pacjentów i posiłków szpitalnych., które podlegają aktualizacji. |
| **Dania** | W Danii istnieją wytyczne opracowane we współpracy przez Krajowy Instytut Żywności na duńskim Uniwersytecie Technicznym (Fødevareinstituttet), Krajową Administrację Weterynaryjną i Żywnościową (Fødevarestyrelen) i Duński Urząd ds. Zdrowia (Sundhedsstyrelsen). Wytyczne te zostały zaktualizowane w 2015 r. i obejmują zalecenia dla osób przebywających w szpitalach dot. diety w różnych stanach chorobowych. |

 |
| 1. **Podmioty, na które oddziałuje projekt**
 |
| Grupa | Wielkość | Źródło danych | Oddziaływanie |
| Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) | Centrala NFZ | ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | NFZ jest podmiotem obowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowaniai ewaluacji programu pilotażowego. |
| Podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego | Szpitale, o których 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, z późn. zm.)), z wyłączeniem szpitali udzielających wyłącznie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. | Ministerstwo Zdrowia | Realizacja programu pilotażowego, wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w projekcie rozporządzenia. |
| Świadczeniobiorcy  | Świadczeniobiorcy, którzy nie są żywieni dojelitowo lub pozajelitowo lub nie przebywają na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. | Ministerstwo Zdrowia | Poprawa opieki zdrowotnej w zakresie jakości żywienia w szpitalach oraz poradnictwa dietetycznego. |
| Minister Zdrowia | 1 | ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | Nadzór i kontrola nad realizacją programu pilotażowego. |
| 1. **Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji**
 |
| Projekt rozporządzenia nie był przedmiotem pre-konsultacji.Projekt rozporządzenia w ramach opiniowania i konsultacji publicznych (z 5-dniowym terminem zgłaszania uwag) otrzymały:1. Agencja Badań Medycznych;
2. Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych;
3. Business Centre Club;
4. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy;
5. Centrum e-Zdrowia.
6. Federacja Pacjentów Polskich;
7. Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”;
8. Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie;
9. Główny Inspektor Sanitarny;
10. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
11. Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
12. Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
13. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
14. Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
15. Naczelna Rada Aptekarska;
16. Naczelna Rada Lekarska;
17. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
18. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy;
19. Instytut Matki i Dziecka;
20. Instytut – Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka;
21. Obywatele dla Zdrowia;
22. Ogólnopolski Związek Lekarzy;
23. Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
24. Pracodawcy Medycyny Prywatnej;
25. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
26. Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Farmaceutycznych;
27. Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP;
28. Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością;
29. Polski Związek Zawodowy Dietetyków;
30. Polskie Stowarzyszenie Dietetyków;
31. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne;
32. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne;
33. Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości;
34. Polskie Towarzystwo Nauk Żywieniowych;
35. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
36. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
37. Rada Dialogu Społecznego;
38. Rada Organizacji Pacjentów;
39. Razem dla Zdrowia;
40. Rzecznik Praw Obywatelskich;
41. Rzecznik Praw Pacjenta;
42. Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
43. Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska;
44. Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere.

Projekt został udostępniony na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2022 r. poz. 348).Raport z konsultacji publicznych i opiniowania zostanie dołączony po ich zakończeniu do niniejszej Oceny Skutków Regulacji. |
| 1. **Wpływ na sektor finansów publicznych**
 |
| (ceny stałe z 2023 r.) | Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł] |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | *Łącznie (0-10)* |
| **Dochody ogółem** | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| budżet państwa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JST |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wydatki ogółem** | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| budżet państwa |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JST |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Saldo ogółem** | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| budżet państwa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JST |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Źródła finansowania  | Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Program pilotażowy będzie finansowany ze środków pozostających w dyspozycji Funduszu z dostępnych środków z pozycji koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bez konieczności ich zwiększania. Projekt rozporządzenia nie stanowi podstawy do ubiegania się przez Fundusz o dodatkowe środki z budżetu państwa.  |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | Na wysokość kosztów programu pilotażowego mają wpływ: czas trwania pilotażu oraz szacowana liczba szpitali biorących udział w programie pilotażowym. Rozliczenie programu pilotażowego odbywa się według stawki w wysokości 25,00 zł za osobodzień pobytu na oddziale szpitala udzielającego świadczeń 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.Łączna kwota przeznaczona na program pilotażowy w ujęciu rocznym przy założeniu, że weszłyby do niego wszystkie szpitale może sięgnąć kilkuset milionów złotych do około 1 mld zł. |
| 1. **Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe**
 |
| Skutki |
| Czas w latach od wejścia w życie zmian | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 10 | *Łącznie(0-10)* |
| W ujęciu pieniężnym(w mln zł, ceny stałe z 2023 r.) | duże przedsiębiorstwa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| W ujęciu niepieniężnym | duże przedsiębiorstwa | Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sytuację dużych przedsiębiorstw. |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | 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. |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe, osoby starsze i niepełnosprawne  | Projekt rozporządzenia będzie miał pozytywny wpływ na rodziny, obywateli, gospodarstwa domowe, osoby starsze i niepełnosprawne, 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. |
| Niemierzalne | Nie dotyczy | Nie dotyczy |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń  |  |
| 1. **Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu**
 |
| X nie dotyczy |
| Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności). | [ ]  tak[ ]  nie[x]  nie dotyczy |
| [ ] zmniejszenie liczby dokumentów [ ] zmniejszenie liczby procedur[ ] skrócenie czasu na załatwienie sprawy[ ] inne:      | [ ] zwiększenie liczby dokumentów[ ] zwiększenie liczby procedur[ ] wydłużenie czasu na załatwienie sprawy[ ] inne:[x]  nie dotyczy |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.  | [ ]  tak[ ]  nie[x]  nie dotyczy |
| Komentarz:Nie dotyczy |
| 1. **Wpływ na rynek pracy**
 |
| Regulacja wpłynie pozytywnie na funkcjonowanie przedsiębiorców, a zwłaszcza mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców oraz na sytuację ekonomiczną i społeczną rodziny, a także osób niepełnosprawnych oraz osób starszych. Program pilotażowy wpłynie 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. |
| 1. **Wpływ na pozostałe obszary**
 |
| [ ]  środowisko naturalne[ ]  sytuacja i rozwój regionalny[ ]  sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe | [ ]  demografia[ ]  mienie państwowe[ ]  inne:       | [ ] informatyzacja[x]  zdrowie |
| Omówienie wpływu | Zakłada się poprawę opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcami w zakresie jakości żywienia i edukacji żywieniowej. |
| 1. **Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego**
 |
| Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. |
| 1. **W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?**
 |
| Fundusz przekazuje ocenę wyników programu pilotażowego ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nie później niż w terminie do dnia 31 października 2024 r. |
| 1. **Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)**
 |
| Brak. |

1. [https://www.gov.pl/zdrowie/dobry-posilek-w-szpitalu](http://www.gov.pl/zdrowie/dobry-posilek-w-szpitalu) [↑](#footnote-ref-1)