



**ZARZĄD**

Or.A.0531/92/22

Warszawa, 8 kwietnia 2022 roku

**PREZES**

Andrzej Płonka  
POWIAT BIELSKI (woj. śląskie)

**WICEPREZESI**

Tadeusz Chrzan  
POWIAT JAROSŁAWSKI

Jan Grabkowski  
POWIAT POZNAŃSKI

Jerzy Kolarz  
POWIAT BUSKI

Adam Krzysztoń  
POWIAT ŁANCUCKI

Krzysztof Maćkiewicz  
POWIAT WĄBRZESKI

Marian Niemirski  
POWIAT PRZYSUSKI

Sławomir Snarski  
POWIAT BIELSKI (woj. podlaskie)

Zbigniew Szumski  
POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

**CZŁONKOWIE**

Mirosław Czaplą  
POWIAT MALBORSKI

Jarosław Dudkowiak  
POWIAT GŁOGOWSKI

Ewa Janczar  
MIASTO NA PRAWACH POWIATU  
m.st. WARSZAWA

Józef Matysiak  
POWIAT RAWSKI

Andrzej Nowicki  
POWIAT PISKI

Wojciech Pałka  
POWIAT KRAKOWSKI

Andrzej Połępa  
POWIAT BRZESKI

Joanna Potocka-Rak  
POWIAT CIECHANOWSKI

Dariusz Szustek  
POWIAT ŁUKOWSKI

Tomasz Tamborski  
POWIAT KOŁOBRZESKI

Małgorzata Tudaj  
POWIAT KĘDZIERZYŃSKO-KOZIELSKI

Mirosław Walicki  
POWIAT GARWOLIŃSKI

**KOMISJA REWIZYJNA**

**PRZEWODNICZĄCY**

Józef Swaczyna  
POWIAT STRZELECKI

**Z-CA PRZEWODNICZĄCEGO**

Andrzej Szymanek  
POWIAT WIERUSZOWSKI

**CZŁONKOWIE**

Zdzisław Brezdeń  
POWIAT OŁAWSKI

Andrzej Ciołek  
POWIAT GOŁDAPSKI

Zdzisław Gamański  
POWIAT CHELMIŃSKI

Krzysztof Nosal  
POWIAT KALISKI

Andrzej Opala  
POWIAT ŁÓDZKI WSCHODNI

Waldemar Trelka  
POWIAT RADOMSKI

Bogdan Zieliński  
POWIAT WYSOKOMAZOWIECKI

**DYREKTOR BIURA**

Rudolf Borusiewicz

Szanowny Pan  
**Waldemar Kraska**  
Sekretarz Stanu  
Ministerstwo Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na pismo z 15 marca 2022 r. znak ZPN.0210.4.2021 w sprawie określenia wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia w szpitalach przedstawiam uwagi Związku Powiatów Polskich.

**§3 ust. 3** – pomiędzy punktami należy dodać słowo „lub” żeby nie było wątpliwości, że wyłączenia nie muszą być stosowane łącznie.

**§4** W projekcie rozporządzenia założono bardzo krótki, bo 3 miesięczny, okres wejścia w życie nowych regulacji. Termin ten jest zbyt krótki i nierealny do dochowania z następujących powodów:

- wprowadzenie zmian wymaga reorganizacji pracy, zarówno w przypadku organizacji żywienia bezpośrednio przez podmiot jak i w przypadku dostarczania wyżywienia przez firmy zewnętrzne;
- abstrahując od konieczności wygospodarowania dodatkowych środków finansowanych po stronie podmiotów prowadzących żywienie projekt nakłada na nie obowiązek zakupu artykułów spożywczych w rodzaju i ilości nieobjętych przeprowadzonymi już postępowaniami przetargowymi – co wymusi konieczność zmiany umów zawartych w trybie PZP, a w niektórych przypadkach przeprowadzenia nowych postępowań przetargowych.

### **Załącznik nr 1**

Rozważenie wprowadzenia diet przemysłowych do żywienia dojelitowego.

Dieta płynna, płynna wzmocniona oraz do żywienia przez zgłębnik lub przetokę to formy żywienia sprzed kilkudziesięciu lat, kiedy nie było na rynku dostępnych specjalistycznych preparatów do żywienia. Aktualnie mamy bardzo szeroko rozbudowany asortyment diet przemysłowych, które są dostosowane do konkretnych jednostek chorobowych, zbilansowane pod kątem zawartości makro i mikrośladników, błonnika pokarmowego, o różnej gęstości energetycznej. Mogą być zatem w bardzo precyzyjny sposób dopasowane do potrzeb pacjenta. Mogą być podawane doustnie, przez zgłębnik lub przetokę.

### **Załącznik nr 2**

Projekt rozporządzenia nie uwzględnia pacjentów pediatrycznych; nawet przyjęcie najniższych, założonych przez autorów projektu, wartości energetycznych (tj. 2000 kcal) będzie skutkowało nadmierną podażą energii dla młodszych pacjentów.

Wnosimy również o rozważenie przyjęcia wartości energetycznej na jednym poziomie dla obu płci.

Dodatkowo załącznik należałoby przeglądnać pod kątem przyporządkowania określonych produktów do określonych grup: przykładowo mąka ziemniaczana znalazła się w grupie produktów zbożowych.

### **Załącznik 3**

Pojawia się wątpliwość kto będzie odpowiedzialny za wypełnienie karty żywienia szpitalnego? W karcie mają być ujmowane informacje dotyczące faktycznego spożycia posiłku, ilości wypijanych płynów, masa ciała i wysokość ciała czy planowanych zabiegów. Abstrahując od zasadności wprowadzania w karcie wszystkich tych danych. Nie wiadomo również czy i kto ma autoryzować wpisy w karcie.

Konstrukcja karty wymusza codzienne ważenie każdego pacjenta, mierzenie wzrostu pacjenta oraz pomiar wskaźnika BMI. Z uwagi na standardową długość pobytu pacjentów w szpitalu wydaje się, że wprowadzenie danych dot. wzrostu, wagi i BMI będzie wystarczające przy przyjęciu oraz wypisie pacjenta, o ile stan zdrowia pacjenta w ogóle będzie pozwalał na dokonanie takich pomiarów, co też powinno być uwzględnione we wzorze karty.

Wnosimy również o rozważenie wykreślenia z karty ilości wypijanych płynów na dobę. Pacjenci często sami zaopatrują się w dodatkowe napoje. Personel nie będzie w stanie zweryfikować ilości wypijanych płynów. Podobnie w przypadku dodatkowych posiłków należy dodać, że chodzi o posiłki zapewniane przez szpital. Personel szpitala nie jest w stanie kontrolować wszystkich pacjentów i tego jakie posiłki spożywają pomiędzy tymi zapewnianymi przez podmiot leczniczy.

Proponujemy również zamianę słowa „spożycie posiłku” na „zapewnienie posiłku”. Zadaniem podmiotu leczniczego jest zapewnienie posiłku oraz wsparcie tych pacjentów, którzy wymagają pomocy przy czynności spożycia posiłku albo zachęty w przypadku dzieci. Gusta kulinarne pacjentów są jednak różne i trudno żeby personel szpitala pilnował dorosłych pacjentów czy spożyli posiłek.

## Ocena Skutków Regulacji

### 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

**W OSR wskazano, że** cyt. „projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Zdefiniowane wymagania stanowią praktyczne narzędzie pomocnicze w planowaniu żywienia pacjentów w szpitalach. Co istotne, zgodnie z art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), świadczenie opieki zdrowotnej obejmuje świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Stosownie natomiast do art. 5 pkt 38 ww. ustawy, świadczeniami towarzyszącymi są zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu.”

Autorzy projektu nie wykazali na czym opierają wskazane twierdzenie, a w konsekwencji czy wprowadzenie standardów żywienia nie spowoduje wzrostu kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych. W naszej ocenie – biorąc pod uwagę aktualne stawki z rozstrzygniętych postępowań przetargowych, pomijając wysokości prognozowanej inflacji w 2022 r., wzrost kosztów wynosie co najmniej 25% i to pod warunkiem niestosowania większości produktów wymienionych w projekcie rozporządzenia.

Wprowadzenie rekomendowanych w projekcie rozporządzenia artykułów (np. mąka pełnoziarnista, czerwony ryż, wołowina, cielęcina, królik, orzechy itd.) oczywiście będzie miało wpływ na koszty żywienia pacjentów. Proponowane produkty są często kilkukrotnie droższe od obecnie stosowanych. Do tego dojdą zwiększone koszty pracy po stronie dostawców wyżywienia (zaplanowanie, przygotowanie i przeprowadzenie szczegółowej analizy każdej z wymienionych w załączniku 2 diet, zakupy nowych programów dietetycznych, zmiana procesu technologicznego związana z podziałem diet wg. płci).

Z tego samego względu nie można się zgodzić z twierdzeniem zawartym w pkt 7 OSR, że projekt nie będzie miał wpływu na mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw w ujęciu pieniężnym.

Biorąc pod uwagę obecny kształt załącznika nr 3 do rozporządzenia jego wejście w życie również spowoduje zwiększenie kosztów pracy po stronie podmiotów leczniczych.

Z poważaniem

Prezes Zarządu  
Związku Powiatów Polskich  
Andrzej Piłonka