

projekt z dnia 14.11.2025 r.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia2025 r.

**w sprawie standardu organizacyjnego żywienia w podmiocie leczniczym wykonującym
działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne**

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, 620 i 637) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa standard organizacyjny żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, z wyłączeniem podmiotu leczniczego udzielającego wyłącznie świadczeń zdrowotnych pacjentom z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin, zwanym dalej „podmiotem”, oraz z wyłączeniem:

- 1) świadczeń udzielanych przez podmioty pacjentom z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- 2) świadczeń udzielanych przez podmioty pacjentom żywionym wyłącznie dojelitowo lub wyłącznie pozajelitowo;
- 3) świadczeń udzielanych przez podmioty niemowlętom karmionym wyłącznie mlekiem matki lub preparatami do początkowego żywienia niemowląt;
- 4) świadczeń udzielanych poza szpitalem.
- 5) świadczeń, które nie są udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146).

§ 2. Podmiot zapewnia pacjentom wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia zgodnie z wymaganiami, które określają:

- 1) kody i nomenklaturę diet szpitalnych, stanowiące załącznik nr 1 do rozporządzenia;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

- 2) rodzaje diet, ich charakterystykę, rekomendowane i przeciwwskazane środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet oraz wartość odżywczą i energetyczną stosowanych diet szpitalnych dla:
 - a) osób dorosłych, stanowiące załącznik nr 2 do rozporządzenia,
 - b) kobiet w okresie ciąży lub laktacji, stanowiące załącznik nr 3 do rozporządzenia,
 - c) dzieci i młodzieży, stanowiące załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Lekarz decyduje o rodzaju stosowanej diety, czasie jej trwania oraz zalecanych indywidualnych modyfikacjach, uwzględniając:

- 1) potrzeby pacjenta;
- 2) ocenę stanu odżywienia pacjenta, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.²⁾) dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, jeżeli była przeprowadzona;
- 3) ocenę połykania wykonaną przez logopedę, jeżeli była przeprowadzona;
- 4) ewentualne preferencje pacjenta co do eliminacji poszczególnych produktów w diecie, wynikające z wymogów kulturowych, przekonań religijnych, wyznania lub światopoglądu pacjenta, w przypadku poinformowania o nich lekarza przez pacjenta, jeżeli nie sprzeciwia się temu stan zdrowia pacjenta.

2. Dokonanie czynności, o których mowa w ust. 1, może być poprzedzone konsultacją lekarza z dietetykiem w rozumieniu lp. 2 załącznika do ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz. 1972, z 2024 r. poz. 1897 oraz z 2025 r. poz. 637), zwanego dalej „dietetykiem”.

§ 4. 1. Posiłki przeznaczone dla pacjentów są przygotowywane na podstawie opracowanego przez dietetyka jadłospisu zapewniającego urozmaicenie potraw i zbilansowanie wartości składników odżywczych w diecie.

2. Jadłospis jest opracowywany na co najmniej 10 dni i zawiera co najmniej informacje o:

- 1) rodzaju posiłku i jego składzie;

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620 i 637.

- 2) dobowych sumach wartości energetycznej (kaloryczności) i wartości odżywczej diet z podaniem ilości białka, węglowodanów, w tym cukrów, tłuszczu, w tym nasyconych kwasów tłuszczowych, błonnika i sodu;
- 3) sposobie obróbki termicznej potrawy, której przygotowanie jest możliwe z zastosowaniem różnych technik kulinarnych;
- 4) obecności alergenów.

3. Wymóg opracowywania jadłospisu na co najmniej 10 dni, o którym mowa w ust. 2 nie dotyczy diet z indywidualnymi modyfikacjami.

4. Podmiot archiwizuje wszystkie stosowane jadłospisy, z wyłączeniem jadłospisów z indywidualnymi modyfikacjami przez okres co najmniej roku.

5. W uzasadnionych przypadkach, niezależnych od podmiotu, dopuszcza się wymianę zaplanowanych w jadłospisie produktów na produkty równoważne pod względem energetycznym i wartości odżywczych.

§ 5. Posiłki są podawane regularnie, przy czym przerwa nocna pomiędzy posiłkami jest nie dłuższa niż 13 godzin.

§ 6. Podmiot zapewnia pacjentom na każdym oddziale szpitalnym dostęp do wody pitnej.

§ 7. 1. Podmiot jest obowiązany na bieżąco prowadzić weryfikację jakości żywienia przez:

- 1) dokonywanie i dokumentowanie weryfikacji zgodności posiłku z jadłospisem oraz organoleptycznej oceny podstawowych parametrów posiłków obejmującej świeżość produktów, temperaturę, zapach oraz wygląd i konsystencję tego posiłku; weryfikacja i ocena jest prowadzona codziennie w zakresie co najmniej jednej trzeciej rodzaju stosowanych diet;
- 2) weryfikowanie i dokumentowanie zgodności gramaturowej z jadłospisem poszczególnych składowych śniadania lub obiadu, lub kolacji wybranej diety na wybranym oddziale szpitalnym przed porcjowaniem posiłków w celu sprawdzenia czy na oddział szpitalny została przekazana zaplanowana ilość żywności dla wszystkich pacjentów otrzymujących tę dietę na tym oddziale; weryfikacja jest prowadzona codziennie;
- 3) prowadzenie okresowych badań laboratoryjnych mających na celu potwierdzenie w wybranym całodziennym zestawie żywieniowym zgodności wartości odżywczych i

energetycznych, o których mowa w § 4 ust. 2 pkt 2, z wartościami deklarowanymi w jadłospisie dla wybranej diety;

- 4) badanie opinii pacjentów na temat posiłków; w tym celu wyznaczone przez podmiot osoby informują pacjentów o możliwości zgłaszania anonimowych uwag dotyczących posiłków (pozytywnych i negatywnych) z jednoczesnym wskazaniem sposobu przekazywania tych uwag za pośrednictwem strony internetowej podmiotu oraz ankiet dostępnych na oddziałach szpitalnych.

2. Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 pkt 3, są przeprowadzane co najmniej raz w roku przez laboratoria akredytowane przez Polskie Centrum Akredytacji (zgodnie z normą PN-EN ISO/IEC 17025) na podstawie ustawy z dnia 13 kwietnia 2016 r. o systemach oceny zgodności i nadzoru rynku (Dz. U. z 2025 r. poz. 568).

§ 8. Podmiot tworzy na stronie internetowej szpitala zakładkę „żywienie dla zdrowia”, w której:

- 1) publikuje stosowane jadłospisy, z wyłączeniem jadłospisów diet o zmienionej konsystencji według IDDSI oraz diet z indywidualnymi modyfikacjami;
- 2) publikuje ostatnio uzyskany wynik badań laboratoryjnych, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 3, wraz z odniesieniem do pozycji z jadłospisu;
- 3) zamieszcza materiały edukacyjne dla pacjentów o tematyce żywieniowej i dietetycznej oparte na wiarygodnych dowodach naukowych lub odesłania do takich materiałów;
- 4) umożliwia zgłaszanie anonimowych uwag, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 4.

§ 9. Podmioty dostosują swoją działalność do wymagań określonych w niniejszym rozporządzeniu w terminie do dnia 1 września 2026 r.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie określa standard organizacyjny żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, z wyłączeniem podmiotu leczniczego udzielającego wyłącznie świadczeń zdrowotnych pacjentom z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin oraz z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez podmioty pacjentom z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej za szpital uważa się zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Zaproponowano wyłączenie z zakresu projektowanej regulacji podmiotów leczniczych udzielających wyłącznie świadczeń z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin, a także wyłączenie świadczeń udzielanych przez podmioty pacjentom z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin, ponieważ jednodniowe żywienie oferowane przez podmiot leczniczy nie wpłynie na modyfikację parametrów stanu odżywienia pacjenta czy też proces leczenia pacjenta. Jednodniowy pobyt pacjenta w szpitalu to zazwyczaj badania diagnostyczne w trybie planowym, więc ryzyko rozwinięcia niedożywienia będącego wynikiem pobytu w szpitalu jest znikome. Ponadto w trakcie pobytów nieprzekraczających 24 godzin, pacjenci często poddawani są badaniom, których przeprowadzenie wymaga bycia na czczo.

Projektowane rozporządzenie odnosi się do żywienia zbiorowego i nie reguluje kwestii związanych z leczeniem żywieniowym.

Rozwiązania zaproponowane w projektowanym rozporządzeniu mają na celu ustandaryzowanie oraz poprawę jakości żywienia w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Żywienie jest jednym z podstawowych czynników odpowiedzialnych za zdrowie. Rola żywienia dla pacjenta przebywającego w warunkach szpitalnych jest szczególnie istotna. Odpowiednie żywienie pacjentów w szpitalu stanowi integralną część całego procesu leczenia, a właściwa ocena stanu odżywienia i

wdrażanie odpowiedniego sposobu żywienia jest istotnym elementem zwiększenia szans chorych na wyzdrowienie, poprawę skuteczności zarówno leczenia zachowawczego, jak i chirurgicznego oraz zmniejszenie ryzyka powikłań i skrócenie czasu gojenia się ran pooperacyjnych. Dobrze odżywiony pacjent, szybciej powraca do zdrowia i tym samym może krócej przebywać w szpitalu, co korzystnie wpływa na ogólny stan zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta, a także obniża całkowity koszt leczenia. Niedożywienie albo niewłaściwie dobrana dieta może negatywnie wpływać na przebieg choroby i rekonwalescencję, wydłużać pobyt chorego w szpitalu, a w konsekwencji zaś zwiększać koszty jego leczenia.

Prawidłowe żywienie wspiera proces leczenia co więcej może być także wskaźnikiem jakości opieki szpitalnej. Ze względu na istotny charakter właściwego żywienia pacjenta w wielu szpitalach europejskich realizowane są zalecenia dotyczące zwiększania jakości świadczonych usług między innymi przez poprawę jakości żywienia oferowanego na terenie zakładu leczniczego.

Zgodnie z prawem żywnościowym³⁾ tylko żywność bezpieczna dla zdrowia i życia człowieka może znajdować się w obrocie, a odpowiedzialność za bezpieczeństwo żywności na wszystkich etapach produkcji, przetwarzania i dystrybucji ponosi podmiot działający na rynku spożywczym. W świetle przepisów prawa żywnościowego szpital jest podmiotem działającym na rynku spożywczym, a dyrektor szpitala jest kierującym zakładem, który decyduje jak jest zorganizowane żywienie, tj. czy w obiekcie jest blok żywienia/kuchnia, czy też posiłki dla pacjentów dostarcza firma cateringowa. W przypadku prowadzenia żywienia we własnym zakresie dyrektor szpitala (lub osoba upoważniona) jest obowiązany do przestrzegania przepisów prawa żywnościowego, w tym do prowadzenia stosownej kontroli wewnętrznej dotyczącej m.in. jakości posiłków dla pacjentów. Natomiast w przypadku korzystania z usług firm cateringowych szczegółowe wymagania dotyczące m.in. jakości posiłków, powinny być uwzględnione w umowach z tymi firmami. Jakość dostarczanej żywności oraz warunki transportu powinny być sprawdzane przez osoby wyznaczone i

³⁾ Zgodnie z rozporządzeniem (WE) Nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiającym ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołującym Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiającym procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności (Dz. Urz. UE L 31 z 01.02.2002, str. 1, z późn. zm.) – prawo żywnościowe oznacza przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne regulujące sprawy żywności w ogólności, a ich bezpieczeństwo w szczególności, zarówno na poziomie Wspólnoty, jak i na poziomie krajowym; definicja ta obejmuje wszystkie etapy produkcji, przetwarzania i dystrybucji żywności oraz paszy produkowanej dla zwierząt hodowlanych lub używanej do żywienia zwierząt hodowlanych.

upoważnione przez dyrektorów szpitali. Ponadto personel medyczny, który jest odpowiedzialny za leczenie pacjentów, powinien dostosowywać diety do stanu zdrowia pacjentów oraz mieć na uwadze interakcje pomiędzy stosowanymi przez pacjentów lekami a żywnością.

Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2018 r.⁴⁾ wykazał znaczące nieprawidłowości w zakresie żywienia pacjentów w szpitalach. Jako najczęściej powtarzające się błędy żywieniowe wymieniano nieprawidłowe zbilansowanie jadłospisów: mały udział produktów będących źródłem pełnowartościowego białka zwierzęcego, zbyt wysoka podaż produktów o niskiej wartości odżywczej i wysokiej zawartości tłuszczu, zaniżona wartość energetyczna diet, nieprawidłowy rozkład energii na poszczególne posiłki, zawyżona zawartość soli. Ponadto, wskazywano na niewystarczające sprecyzowanie wytycznych dotyczących diet oraz 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 2023 r. w rejestrach Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1037 bloków żywienia w szpitalach, z których ponad połowa, tj. 696, działała w systemie cateringowym, w oparciu o posiłki dostarczane przez firmy zewnętrzne. W roku sprawozdawczym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- 1) skontrolowały ogółem 819 bloków żywienia w szpitalach, w tym 522 bloki w szpitalach korzystających z usług firm cateringowych;
- 2) przeprowadziły ogółem 1247 kontroli bloków żywienia w szpitalach, w tym 72 kontrole interwencyjne;
- 3) przeprowadziły 710 kontroli w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym, w tym 48 kontroli interwencyjnych;
- 4) w 603 blokach żywienia w szpitalach oceny żywienia w zakresie diety podstawowej ogółem dokonały oceny sposobu żywienia na podstawie 562 jadłospisów, 287 zestawień dekadowych produktów oraz 74 próbek posiłków zbadanych laboratoryjnie. W ich wyniku stwierdzono nieprawidłowości w 142 jadłospisach, 96 zestawieniach dekadowych produktów oraz 44 próbkach posiłków zbadanych laboratoryjnie;

⁴⁾ <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/17/084/>

- 5) w 356 próbkach odnoszących się do posiłków dostarczanych do szpitali w systemie cateringowym stwierdzono nieprawidłowości w 86 jadłospisach, 47 zestawieniach dekadowych produktów oraz 16 próbkach posiłków zbadanych laboratoryjnie⁵⁾.

Do najczęściej powtarzających się uchybień w zakresie żywienia pacjentów należały nieprawidłowo skomponowane jadłospisy, w tym:

- 1) niska wartość energetyczna posiłków w stosunku do zapotrzebowania dziennego dla pacjentów;
- 2) nieprecyzyjne informacje na temat alergenów, zaplanowanych potraw oraz ich gramatury;
- 3) mała różnorodność potraw i napojów, powtarzalność dań, mało urozmaicone śniadania i kolacje, w większości bez dodatku warzyw/owoców;
- 4) brak w posiłkach głównych (śniadanie, obiad lub kolacja) pełnowartościowego białka zwierzęcego lub białka roślin strączkowych;
- 5) mała podaż warzyw oraz owoców w dziennej racji pokarmowej;
- 6) brak lub podawanie zbyt małej ilości mleka i przetworów mlecznych;
- 7) brak lub podawanie zbyt małej ilości ryb lub przetworów rybnych;
- 8) nieuwzględnienie w diecie tłuszczów roślinnych bogatych w kwasy jedno- i wielonienasycone;
- 9) podawanie zbyt dużej ilości potraw smażonych (brak zróżnicowania technik przygotowywania potraw w dekadzie), a także słodkich dań i dodatków (dżemu, kremu czekoladowego i miodu);
- 10) duży udział produktów wysokoprzetworzonych (konserw, pasztetów, mortadeli, mielonki), stosowania koncentratów zup w proszku;
- 11) zbyt długie przerwy między posiłkami (w ciągu dnia powyżej 4 godzin, przerwa nocna – powyżej 14 godzin);
- 12) obecność w posiłkach (ocena ilościowa) ponadnormatywnej ilości soli lub tłuszczów.

W związku z powyższymi uchybieniami odnotowanymi przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Najwyższą Izbę Kontroli minister właściwy do spraw zdrowia podjął decyzję o opracowaniu standardu, który kompleksowo określi zasady żywienia szpitalnego. W projektowanym rozporządzeniu przyjęto, że szpital ma obowiązek zapewnić pacjentom wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, w oparciu o wymagania, które określają:

⁵⁾ Główny Inspektorat Sanitarny, Stan Sanitarny Kraju w 2023 r., <https://www.gov.pl/web/gis/raport---stan-sanitarny-kraju>, dostęp: 19.03.2025 r.

- 1) kody i nomenklaturę diet szpitalnych, stanowiące załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) rodzaje diet, ich charakterystykę, rekomendowane i przeciwwskazane środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet oraz wartość odżywczą i energetyczną stosowanych diet szpitalnych:
 - a) dla osób dorosłych, stanowiące załącznik nr 2 do rozporządzenia,
 - b) dla kobiet w okresie ciąży lub laktacji, stanowiące załącznik nr 3 do rozporządzenia,
 - c) dla dzieci i młodzieży, stanowiące załącznik nr 4 do rozporządzenia.

Powyższe wymagania opracowano na podstawie aktualnych norm żywienia dla populacji Polski, raportów Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego, tj.:

- 1) raportu dotyczącego standardów żywienia w szpitalach (obejmującego wytyczne żywieniowe oraz algorytm postępowania żywieniowego w szpitalach);
- 2) rekomendacji jako podstawy naukowej do opracowania standardów żywienia dzieci i młodzieży oraz kobiet w ciąży i w okresie laktacji przebywających w placówkach szpitalnych;
- 3) wytycznych towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, a także zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (dotyczących maksymalnej zawartości soli/sodu w diecie).

W przypadku diet rekomendowanych dla osób dorosłych zaproponowano poniższą nomenklaturę diet:

- 1) dieta podstawowa;
- 2) dieta łatwostrawna;
- 3) dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów;
- 4) dieta wegańska;
- 5) dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu;
- 6) dieta łatwostrawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego;
- 7) dieta bogatoresztkowa;
- 8) dieta o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych;
- 9) dieta bogatobiałkowa;

- 10) dieta niskobiałkowa;
- 11) dieta eliminacyjna;
- 12) diety o zmienionej konsystencji wg IDDSI

W przypadku diet rekomendowanych dla kobiet w okresie ciąży i laktacji zaproponowano poniższą nomenklaturę diet:

- 1) dieta podstawowa;
- 2) dieta łatwostrawna;
- 3) dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów;
- 4) dieta wegańska.

W przypadku diet rekomendowanych dla dzieci i młodzieży zaproponowano poniższą nomenklaturę diet:

- 1) dieta podstawowa;
- 2) dieta łatwostrawna;
- 3) dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów;
- 4) dieta wegańska;
- 5) Dieta specjalna z modyfikowaną zawartością składników pokarmowych;
 - A) Dieta z ograniczeniem białka naturalnego - PKU;
 - B) Dieta z ograniczeniem długołańcuchowych kwasów tłuszczowych;
 - C) Dieta ketogeniczna i jej modyfikacje;
- 6) Dieta specjalna z modyfikowaną zawartością składników mineralnych;
 - A) Małosodowa;
 - B) Ubogopotasowa;
 - C) Ubogofosforanowa;
- 7) Dieta o zmienionej konsystencji wg IDDSI;
- 8) Dieta indywidualna.

Szczegółowa charakterystyka diet została przedstawiona odpowiednio w załącznikach nr 2, 3 i 4 do projektu rozporządzenia (dla osób dorosłych – załącznik nr 2, dla kobiet w okresie ciąży i laktacji – załącznik nr 3, dla dzieci i młodzieży – załącznik nr 4).

Diety stosowane w żywieniu pacjentów przebywających w szpitalach powinny pokrywać ich zapotrzebowanie na energię i wszystkie niezbędne składniki pokarmowe, a jednocześnie wspomagać leczenie i rekonwalescencję. Żywienie osób chorych w szpitalach nie powinno w zasadniczy sposób odbiegać od żywienia osób zdrowych, a stanowić jedynie modyfikację

prawidłowego żywienia. Może ono obejmować np. zmiany konsystencji potraw, ich wartości energetycznej, sposobu przygotowania, zawartości w diecie niektórych składników odżywczych lub eliminację produktów i składników spożywczych powodujących alergię u pacjenta. Powinno ono także uwzględniać aktualną sytuację zdrowotną pacjenta: musi być dostosowane zarówno do określonej choroby, jak i uwzględniać możliwości przyswojenia składników odżywczych ze spożytych produktów. Wszelkie odstępstwa od diety normalnej powinny być możliwie jak najmniejsze i trwać jak najkrócej, o ile pozwala na to stan zdrowia pacjenta.

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

Pacjenci, których stan zdrowia nie wymaga stosowania specjalnych ograniczeń dietetycznych, powinni otrzymywać dietę podstawową. Przez odpowiednie modyfikacje diety podstawowej opracowane zostały pozostałe diety, które odznaczają się ograniczeniem lub zwiększeniem zawartości najczęściej jednego, a czasem większej ilości składników odżywczych, doбором odpowiednich technik kulinarnych oraz zmianą konsystencji posiłków.

Dla każdej diety opracowano zalecenia dotyczące wartości energetycznej i zawartości makroskładników. Przy planowaniu diet dla chorych hospitalizowanych należy również zapewnić, żeby zawierały one odpowiednią ilość witamin i składników mineralnych. Proponuje się uwzględnienie norm na poziomie zalecanego spożycia (RDA) w przypadku witamin i składników mineralnych, dla których normy zostały opracowane na tym poziomie. Zalicza się do nich: witaminę A, C, B1, B2, niacynę, witaminę B6, foliany, witaminę B12 oraz fosfor, magnez, żelazo, cynk, jod, selen i miedź. Dla niektórych witamin i składników mineralnych normy zostały opracowane na poziomie wystarczającego spożycia (AI) i wówczas ten poziom powinien być uwzględniony przy planowaniu diet dla chorych hospitalizowanych. Dotyczy to witaminy E, D, K, biotyny, kwasu pantotenowego, choliny oraz manganu, fluoru, potasu.

Nazwa diety powinna wskazywać jej zasadnicze cechy z uwypukleniem jej składu lub zawartości wybranych składników. I tak rozróżnia się diety niskotłuszczowe, nisko- lub

wysokobiałkowe, bogatoresztkowe, niskowęglowodanowe, z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów itp. 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. W przypadku diet rekomendowanych dla osób dorosłych przyjęto wartość energetyczną w zakresie 1800–2400 kcal/dobę bez podziału na płeć. Przy ustalaniu wartości energetycznej diet pacjentów należy wziąć pod uwagę, iż większość chorych przebywających w szpitalach odznacza się małą aktywnością fizyczną. 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 ≥ 25 g/dobę. Więcej błonnika powinno znaleźć się w diecie bogatoresztkowej (>35g). Istotna jest także podaż soli/sodu. Spożycie soli przez pacjentów 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 młodzieży przebywających w placówkach szpitalnych zaproponowano 15 diet 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 laktacji uwzględniono cztery rodzaje diet – podstawową, łatwostrawną, dietę z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów oraz dietę wegańską z możliwością indywidualnej modyfikacji. Każdą z wyżej wymienionych diet przedstawioną w osobnych modułach charakteryzują wskazania medyczne, założenia dietetyczne oraz baza produktów rekomendowanych i przeciwwskazanych.

Specyfika zaleceń żywienia w odniesieniu do dzieci i młodzieży, wymagających leczenia szpitalnego, polega na modyfikacji składników odżywczych przy ustalaniu indywidualnych diet i w związku z tym konieczne jest przedstawienie szerokiego zakresu produktów, które można wykorzystać i dostosować ich wybór do zaleceń dla określonej grupy wiekowej. Zalecenia mają więc określać zmienne, odpowiednie dla wieku, zapotrzebowanie energetyczne i proporcje substratów energetycznych (węglowodany i tłuszcze) oraz białka. Odnoszenie się do tych zasad zwiększy bezpieczeństwo żywienia w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne i będzie odpowiednią metodą ich promocji także po zakończeniu leczenia szpitalnego.

Prawidłowy sposób żywienia kobiety w okresie ciąży ma wpływ na jej stan odżywienia, a także przebieg ciąży oraz zdrowie dziecka. Warunkuje też pomyślny przebieg okresu laktacji i zdrowie kobiety po okresie porodu. Zgodnie z teorią programowania metabolicznego niekorzystne dla dziecka w życiu płodowym warunki środowiskowe, w tym żywieniowe, związane z niedoborem lub nadmiarem składników odżywczych mogą powodować zmiany w jego budowie, metabolizmie i funkcjonowaniu, w efekcie zwiększając ryzyko rozwoju chorób dietozależnych w dorosłości. Stan odżywienia kobiety w ciąży jest jednym z głównych czynników warunkujących utrzymanie ciąży i jej prawidłowy przebieg. Niedożywienie matki może przyczyniać się do zmniejszenia masy łożyska powodując jego dysfunkcję, zaburzenia wzrastania wewnątrzmacicznego, niskiej urodzeniowej masy ciała dziecka i przedwczesnego porodu. Natomiast nadwaga i otyłość u matki sprzyja między innymi występowaniu nadciśnienia tętniczego, cukrzycy ciążowych, infekcjom dróg moczowych, makrosomii u dziecka i porodowi zabiegowemu. Dlatego ważne jest monitorowanie w okresie ciąży przyrostów masy ciała zależnie od wskaźnika masy ciała przed ciążą. W czasie ciąży zmienia się zapotrzebowanie na energię, podstawowe składniki odżywcze oraz witaminy i składniki mineralne. W I trymestrze ciąży zapotrzebowanie na energię pozostaje na tym samym poziomie jak w okresie przed zajściem w ciążę, pod warunkiem, że kobieta odżywiała się prawidłowo.

Zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze w II i III trymestrze ciąży jest związane między innymi ze zwiększającą się objętością krwi, powiększającą się macicą, ilością tkanki tłuszczowej, przyrostem tkanek płodu i łożyska oraz gromadzeniem się rezerw na okres porodu i porodu. Z badań wynika, że dieta kobiet w ciąży jest często niedoborowa w zakresie różnych składników odżywczych ważnych dla prawidłowego rozwoju dziecka. Dlatego też bilans pomiędzy wzrostem zapotrzebowania na składniki pokarmowe, a wartością odżywczą diety należy równoważyć przez odpowiedni dobór produktów, wprowadzenie żywności wzbogacanej lub odpowiednią suplementację diety. W ostatnich latach opublikowano liczne prace, w których udowodniono, że żywienie na wczesnym etapie życia ma wpływ na całokształt rozwoju dziecka. Wyłączne karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia niemowlęcia jest optymalnym i wzorcowym sposobem żywienia. Skład mleka kobiecego w niewielkim stopniu jest zależny od diety matki karmiącej, ale w znacznym stopniu od stanu jej odżywienia. Podstawowe zalecenia żywieniowe dla kobiet w okresie laktacji nie różnią się od zaleceń dla kobiet w ciąży. Ważne jest stosowanie zbilansowanej, urozmaiconej diety opartej na produktach naturalnych i mało przetworzonych. Należy też dbać o odpowiednie nawodnienie organizmu i suplementację najczęściej niedoborowych składników pokarmowych, np. takich jak kwas DHA (dokozaheksaenowy) oraz witamina D. Na podstawie aktualnych norm żywienia, a także wyników badań populacyjnych przeprowadzonych w ramach kompleksowych badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa polskiego w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 opracowano założenia do diet szpitalnych dla kobiet w okresie ciąży i laktacji (załącznik 3 do rozporządzenia).

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 nie więcej niż 10 %, z węglowodanów 40–65 %, w tym z cukrów nie więcej niż 10 %, a w diecie z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów – cukry nie więcej niż 5 %, sód 1500 mg/dobę.

Posiłki przeznaczone dla pacjentów są przygotowywane w oparciu o jadłospis opracowany przez dietetyka. Jadłospisy mają zapewniać urozmaicenie potraw, zbilansowanie wartości składników odżywczych w diecie oraz regularność posiłków. Przerwa nocna między posiłkami nie powinna być dłuższa niż 13 godzin. Jadłospisy powinny być bilansowane w

okresie co najmniej dekadowym (10 dni). Dzięki temu można lepiej ocenić czy zaplanowane żywienie nie jest monotonne pod względem doboru produktów, potraw, technik kulinarnych, czy jest odpowiednio urozmaicone i uwzględnia wszystkie grupy produktów oraz odpowiednie proporcje między nimi. Jadłospis zawiera informacje o: rodzaju posiłku i jego składzie, dobowych sumach wartości energetycznej (kaloryczności) i wartości odżywczej diet (ilość białka, węglowodanów, w tym cukrów, tłuszczu, w tym nasyconych kwasów tłuszczowych, błonnika i soli), sposobie obróbki oraz obecności alergenów. W uzasadnionych przypadkach, niezależnych od szpitala dopuszcza się wymianę zaplanowanych produktów na produkty równoważne pod względem energetycznym i wartości odżywczych.

Szpital tworzy na swojej stronie internetowej zakładkę „żywienie dla zdrowia”, w której publikuje jadłospisy i wyniki badań laboratoryjnych żywności, zamieszcza materiały edukacyjne dla pacjentów o tematyce żywieniowej i dietetycznej oparte na wiarygodnych dowodach naukowych lub odesłania do takich materiałów oraz umożliwia pacjentom zgłaszanie uwag dotyczących posiłków. Wyniki badań laboratoryjnych oraz uwagi od pacjentów będą stanowić informację zwrotną dla osób koordynujących żywienie w podmiotach leczniczych, co pomoże w identyfikowaniu obszarów wymagających poprawy oraz podejmowaniu na bieżąco działań naprawczych.

Oczekuje się, że zdefiniowanie standardów dotyczących żywienia pacjentów w szpitalach wpłynie korzystnie nie tylko na standard organizacyjny jednostki, ale także skuteczność procesu leczniczego i dalsze zdrowienie pacjentów.

Zaproponowano również przepis przejściowy, zgodnie z którym szpitale dostosują swoją działalność do wymagań określonych w projektowanym rozporządzeniu w terminie do dnia 1 września 2026 r. Okres ten jest wystarczający na zapoznanie się z nowymi wymaganiami oraz ich wdrożenie przez kadrę odpowiedzialną za realizację żywienia w szpitalach. Umożliwia on zarówno reorganizację pracy, jak i dostosowanie obowiązujących umów z dostawcami lub firmami cateringowymi, w tym – w razie potrzeby – przeprowadzenie nowych postępowań przetargowych zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. – Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 1320, z późn. zm.). Proponuje się, aby przedmiotowe rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

Zakres projektu rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

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

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 pacjentów, które skróci pobyt w szpitalu, a w konsekwencji umożliwi szybszy powrót do pracy zawodowej. Ponadto podmioty świadczące usługi cateringowe dla podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne będą zobowiązane do dostosowania dostarczanych diet do wymogów niniejszego rozporządzenia. W przypadku zorganizowania żywienia pacjentów szpitalnych w formie usług cateringowych szczegółowe wymagania dotyczące dostarczanych diet (zgodnych z przepisami niniejszego rozporządzenia) powinny być uwzględnione przez świadczeniodawców w umowach z tymi firmami.

Projektowana regulacja nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu 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), w związku z czym nie podlega notyfikacji.

Projekt rozporządzenia 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 nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.