

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2022 r.

w sprawie określenia wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia w szpitalach

Na podstawie art. 72 ust. 6 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2020 r. poz. 2021 oraz z 2022 r. poz. 24 i 138) zarządza się, co następuje:

§ 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.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, określają:

- 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, stanowiące załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wzór karty żywienia szpitalnego, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 2. Wymagania, o których mowa w § 1, uwzględniają aktualną wiedzę i normy żywienia zalecane dla populacji Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 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.

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

3. Decyzja, o której mowa w ust. 1, może uwzględniać wymogi religijne i kulturowe pacjenta, o ile:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

- 1) nie sprzeciwiają się temu względy zdrowotne pacjenta;
- 2) szpital dysponuje możliwościami organizacyjnymi i finansowymi.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Anna Skowrońska-Kotra

Zastępca Dyrektora

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia w szpitalach stanowi wykonanie fakultatywnego upoważnienia ustawowego zawartego w art. 72 ust. 6 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2020 r. poz. 2021, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia 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, z późn. zm.), z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych udzielanych przez szpitale świadczeniobiorcy z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Szczegółowe wymagania określają:

1) kody i nomenklaturę diet szpitalnych, stosowanych w żywieniu pacjentów przebywających w szpitalach,

2) rodzaje diet, ich charakterystykę, rekomendowane i przeciwwskazane środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet oraz wartość odżywczą i energetyczną stosowanych diet szpitalnych,

3) wzór karty żywienia szpitalnego.

Zgodnie z art. 3 ust. 3 pkt 56 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia przez zakład żywienia zbiorowego typu zamkniętego rozumie się zakład wykonujący działalność w zakresie zorganizowanego żywienia określonych grup konsumentów, w szczególności w szpitalach, zakładach opiekuńczo-wychowawczych, żłobkach, przedszkolach, szkołach, internatach, zakładach pracy, z wyłączeniem żywienia w samolotach i innych środkach transportu oraz wojskowych polowych punktów żywieniowych.

Za szpital uważa się natomiast zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne²⁾, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych udzielanych przez szpitale świadczeniobiorcy z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

²⁾ Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.)

Żywnienie 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 jest ważną częścią terapii, 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 poprzez poprawę jakości żywienia oferowanego na terenie placówek leczniczych.

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 przypadku szpitala odpowiedzialność ta spoczywa na dyrektorze, który w świetle przepisów prawa żywnościowego jest podmiotem działającym na rynku spożywczym oraz decyduje jak jest zorganizowane żywienie, tj. czy w obiekcie jest blok żywienia/kuchnia, czy posiłki dla pacjentów dostarcza firma cateringowa. W przypadku prowadzenia żywienia we własnym zakresie dyrektor szpitala (lub osoba upoważniona) jest zobowiązany do przestrzegania przepisów prawa żywnościowego, w tym do prowadzenia stosownej kontroli wewnętrznej dotyczącej m.in.

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 - 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.

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 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 Karelia, dieta Schmidta).

W 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem 1 006 bloków żywienia w szpitalach (z których – 668 korzystało z usług firm cateringowych). W tych obiektach w całym 2020 r. organy PIS przeprowadziły 332 kontrole sanitarne, w tym 37 kontroli interwencyjnych. Organ PIS w 2020 r.:

1) skontrolowały w zakresie spełniania wymagań higieniczno-sanitarnych w blokach żywienia oraz oceny jadłospisów i żywienia pacjentów – 216 szpitali prowadzących żywienie zbiorowe pacjentów we własnym zakresie oraz 104 szpitale korzystające z firm cateringowych;

2) w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów przeprowadziły ogółem 332 kontrole sanitarne, w tym 37 interwencyjnych;

3) w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym przeprowadziły ogółem 141 kontroli sanitarnych, w tym 18 kontroli interwencyjnych;

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

W trakcie powyższych działań:

1) na 216 skontrolowanych szpitali prowadzących żywienie pacjentów we własnym zakresie, nieprawidłowości stwierdzono w 1 placówce poprzez niespełnienie wymagań higieniczno-sanitarnych oraz w 31 szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dot. żywienia pacjentów;

2) na 141 skontrolowanych szpitali prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym, nieprawidłowości stwierdzono w 1 placówce poprzez niespełnienie wymagań higieniczno-sanitarnych oraz w 18 szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dot. żywienia pacjentów.

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

1) niepodawanie białka pełnowartościowego tj. białka zwierzęcego lub białka roślin strączkowych do wszystkich posiłków głównych (śniadania, obiadu oraz kolacji);

2) niska podaż warzyw oraz owoców w dziennej racji pokarmowej;

3) brak lub podawanie zbyt małej ilości mleka i przetworów mlecznych;

4) mało urozmaicone śniadania i kolacje, w większości bez dodatku warzyw/owoców,

5) brak lub podawanie zbyt małej ilości ryb i/lub przetworów rybnych,

6) podawanie zbyt dużej ilości potraw smażonych (brak zróżnicowania technik przygotowywania potraw w jadłospisie dekadowym).

Mając na uwadze wnioski i rekomendacje Najwyższej Izby Kontroli Główny Inspektor Sanitarny polecił organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęcie szpitali wzmożonym nadzorem – ze szczególnym uwzględnieniem obiektów, w których w latach wcześniejszych stwierdzono istotne nieprawidłowości. W ramach nadzoru realizowany jest Program oceny stanu żywienia pacjentów w szpitalach i zakładach opieki zdrowotnej na podstawie jadłospisów/posiłków.

Pomimo braku aktów prawnych szczegółowo regulujących kwestię standardów żywienia w szpitalach, w celu wsparcia i poprawy stanu zdrowia pacjentów w szpitalach Instytut Żywności i Żywienia (aktualnie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy) w 2018 r. opracował Kwestionariusz oceny jakościowej posiłków w szpitalach i innych jednostkach opieki zdrowotnej ze wskazówkami oraz oceną końcową

sposobu żywienia/jadłospisu oraz Arkusz oceny dekadowej jadłospisów. W kwestionariuszu oceny jakościowej posiłków zwrócono szczególną uwagę, aby pacjent otrzymał przynajmniej w posiłku obiadowym tłuszcze roślinne bogate w kwasy jedno- i wielonienasycone. W ocenie końcowej podkreślono, że brak białka pełnowartościowego w jednym z głównych posiłków (śniadaniu, obiedzie, kolacji), brak ryb i przetworów rybnych oraz roślin strączkowych suchych, jak również jeśli średnia ocena dekadowa spożycia warzyw i/lub owoców będzie poniżej 3 punktów, to niezależnie od otrzymanej końcowej punktacji, powyższe nieprawidłowości eliminują pozytywną ocenę jadłospisu. Zapis ten miał zagwarantować, poprzez różnorodność potraw i produktów, pełne pokrycie zapotrzebowania na niezbędne składniki odżywcze i energię dla osób chorych.

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. 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 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.

Podstawą do planowania diet stosowanych w żywieniu w szpitalach powinny być aktualne normy żywienia.⁵⁾ 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. Szczegółowe zalecenia dietetyczne powinny

⁵⁾ 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.

być indywidualizowane, w zależności od potrzeb i możliwości pacjenta, po uprzednio przeprowadzonej ocenie stanu jego odżywienia.

Wymagania obowiązujące przy prowadzeniu żywienia w szpitalach opracowano na podstawie aktualnych norm żywienia dla populacji Polski oraz 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). Wymagania obejmują:

1) kody i nomenklaturę diet szpitalnych;

2) rodzaje diet, ich charakterystykę, rekomendowane i przeciwwskazane środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet oraz wartość odżywczą i energetyczną stosowanych diet szpitalnych;

3) wzór karty żywienia szpitalnego.

Zaproponowano nomenklaturę oraz kody dla niżej wymienionych diet:

1) Dieta podstawowa;

2) Dieta łatwostrawna;

3) Dieta łatwostrawna z ograniczeniem tłuszczu;

4) Dieta łatwostrawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego;

5) Dieta bogatoresztkowa;

6) Dieta z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów;

7) Dieta o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych;

8) Dieta ubogoenergetyczna;

9) Dieta bogatobiałkowa;

10) Dieta niskobiałkowa;

11) Dieta eliminacyjna;

12) Dieta papkowata;

- 13) Dieta płynna;
- 14) Dieta płynna wzmocniona;
- 15) Dieta do żywienia przez zgłębnik.

Szczegółowa charakterystyka diet została przedstawiona w załączniku nr 1 do projektu rozporządzenia.

Pacjenci, których stan zdrowia nie wymaga stosowania specjalnych ograniczeń dietetycznych, powinni otrzymywać dietę podstawową. Poprzez odpowiednie modyfikacje diety podstawowej opracowane zostały pozostałe diety, które odznaczają się ograniczeniem lub zwiększeniem zawartości najczęściej jednego, a czasem większej ilości składników odżywczych, doborem 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 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.

Wartość energetyczną diety podstawowej i większości diet określono na 2 poziomach: 2000-2200 kcal oraz 2201-2400 kcal. Przy ustalaniu wartości energetycznej diety pacjenta należy wziąć pod uwagę jego stan zdrowia, w tym stan odżywienia, wiek, płeć, stan

fizjologiczny, należną masę ciała oraz aktywność fizyczną (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. Wartość energetyczna tej diety powinna wynosić 1500-1800 kcal. 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, co oznacza, że jego zawartość powinna wynosić 25-50 g/1000 kcal diety. W przypadku diety ubogoenergetycznej, żeby zapewnić odpowiednią podaż białka, musi ono dostarczać 15-25% energii (38-63 g/1000 kcal). 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). Zawartość białka w całodiennej diecie będzie wówczas wynosiła 100-130 g. 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. W diecie łatwostrawnej z ograniczeniem tłuszczu ilość energii z tego składnika powinna mieścić się w zakresie 15-25%, a kwasy tłuszczowe nasycone nie mogą dostarczać więcej niż 7% energii. W diecie o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych, kwasy tłuszczowe nasycone również nie powinny przekraczać 7% energii. W przypadku tej diety dodatkowo określono zalecenia dotyczące zawartości kwasów tłuszczowych jednonienasyconych (do 20% energii) i wielonienasyconych (6-10% energii), a także cholesterolu (mniej niż 200 mg). Większy odsetek energii z tłuszczu został ustalony dla diety niskobiałkowej – 25-35%. Podaż kwasów tłuszczowych nasyconych nie powinna przekroczyć 7% energii. Najważniejszym źródłem energii są węglowodany, w większości diet powinny one dostarczać 45-65% energii, przy czym z cukrów prostych nie może pochodzić więcej niż 10% energii. Mniej energii powinny dostarczać węglowodany zawarte w diecie ubogoenergetycznej (45-55%) i bogatobiałkowej (50-55%), a w diecie niskobiałkowej zakres ten wynosi 50-60%. W diecie z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów zalecenia dotyczą także ograniczenia zawartości fruktozy (do 50 g). 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 – 40-50 g. Istotne jest również zapewnienie odpowiedniej ilości błonnika w diecie ubogoenergetycznej – jego zawartość powinna wynosić 25-40 g. 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 przypadku diety niskobiałkowej zaleca się, żeby zawartość sodu wynosiła 2000-2500 mg, w celu zapobiegania rozwoju hiponatremii. Odrębne zalecenia zostały opracowane dla diety przeznaczonej do żywienia przez zgłębnik lub przetokę. Wartość energetyczna tej diety została ustalona na poziomie 2000 kcal. Białko powinno stanowić 16% energii (40 g/1000 kcal), tłuszcz – 28%, a węglowodany – 54%. Ograniczona powinna być zawartość kwasów tłuszczowych nasyconych do możliwie najmniejszych ilości. Należy ograniczyć także podaż błonnika do 9-14g.

Przykładowe rozwiązania krajów UE w zakresie żywienia pacjentów w szpitalach zostały przedstawione w tabeli poniżej.

Kraj UE	Regulacje i dobre praktyki
Słowacja	<ul style="list-style-type: none">- 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	<ul style="list-style-type: none">- 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 Rodziny dotyczące wymagań w zakresie usług opieki zdrowotnej, w tym zapewnienia profesjonalnych porad żywieniowych i planowania jadłospisów.
Chorwacja	<p>Pierwszy akt prawny dotyczący organizowania diety w szpitalach powstał w 2007 r. (OG, 121/07).</p> <p>W 2015 r. Minister Zdrowia wydał decyzję w sprawie standardu żywienia pacjentów w szpitalach (OG, 59/15), zgodnie z którą w szpitalach</p>

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 Żywności Klinicznej i Poradni Żywności, które mają działać w każdym szpitalu.

Ustawa nr 4316/2014 (Dziennik Urzędowy 270/A/ 2014) zawiera przepisy dot. wymagań dla Grup Wsparcia Żywności 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 kilkakrotnie 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.stationernaehrung.de/fileadmin/user_upload/medien/DGE-QST/DGE-Qualitaetsstandard_Kliniken.pdf)
Finlandia	Już w 2010 r. Narodowa Rada Żywnienia 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 (Fødevarestyrelsen) 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.

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

Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia celem zapoznania się i właściwego wdrożenia wymagań przez kadre odpowiedzialną za realizację żywienia w szpitalach

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt rozporządzenia zgodny jest z przepisami prawa 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.

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