



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa

maja 2018 r.

Adam Bodnar

V.7010.68.2016.AA

**Pan Profesor
Łukasz Szumowski**

**Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa**

Skargi pacjentów i ich rodzin oraz doniesienia środków masowego przekazu wskazują na niewłaściwą jakość żywienia pacjentów w podmiotach leczniczych, wykonujących działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Główne zastrzeżenia dotyczą: jakości i wielkości porcji pokarmowych, braku urozmaicenia posiłków, małej częstotliwości posiłków (trzy razy dziennie zamiast pięć), wychłodzenia posiłków podawanych „na ciepło”.

Obowiązujące przepisy prawa nie określają norm żywieniowych pacjentów, jakości produktów, zasad kontroli usług żywienia szpitalnego, czy zasad zatrudniania dietetyków na oddziałach. Wskazać przy tym należy, że od 2006 r., tj. od wejścia w życie ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia¹, Minister Zdrowia nie skorzystał z możliwości prawnego uregulowania wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia zbiorowego w szpitalach, jaką dawał art. 72 ust. 6 tej ustawy. Zgodnie z tym przepisem, minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, wymagania obowiązujące przy prowadzeniu żywienia zbiorowego typu zamkniętego, mając na względzie normy żywienia oraz wymagania zdrowotne.

W świetle kontroli dokonanej w 2018 r. przez Najwyższą Izbę Kontroli², system ochrony zdrowia nie gwarantuje prawidłowego żywienia pacjentów w szpitalach,

¹ Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2017 r. poz. 149).

² „Żywienie pacjentów w szpitalach” (NIK Delegatura w Gdańsku, Nr ewid. P/17/084/LGD, kwiecień 2018 r.).

dostarczane produkty nie usprawniają funkcjonowania organizmu, a czasem mogą wręcz szkodzić. Zdaniem NIK, w większości kontrolowanych szpitali pacjenci otrzymywali posiłki nieadekwatne do stanu zdrowia. Były one przygotowywane z surowców niskiej jakości, o niewłaściwych wartościach odżywczych. Badania próbek posiłków szpitalnych wykazały niedobory składników odżywczych, mogących powodować uszczerbek na zdrowiu pacjentów. Niedoborom tym towarzyszyła zwiększona podaż np. witaminy A i soli. Pacjentom serwowano zbyt mało warzyw oraz owoców, za dużo mięsa czerwonego, tłustych przetworów mięsnych, tłustych wędlin, w tym gorszej jakości. Podawano potrawy trudno strawne i bogate w nasycone kwasy tłuszczowe, ryby konserwowe lub hodowane w rejonach zanieczyszczonych, a także substytuty deklarowanych w jadłospisie produktów. W umowach z dostawcami produktów spożywczych i firmami cateringowymi stosowano nieprecyzyjne zapisy dotyczące jakości zamawianych produktów i posiłków. Szpitale przeznaczały zbyt niskie środki finansowe na żywienie pacjentów. W szpitalach brakuje także formalnego, ogólnopolskiego systemu dietetycznego, który regulowałby kwestie rodzajów i przygotowywania diet w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz ujednoliconej nomenklatury diet. Organy odpowiedzialne za nadzór nad żywieniem zbiorowym pacjentów szpitali nie dysponują żadnymi instrumentami prawnymi w zakresie metod oceny jakości posiłków pod kątem m.in. składu surowcowego, urozmaicenia, zawartości składników mineralnych i odżywczych oraz zasad kontroli tych usług. Prawo nie reguluje zasad zatrudniania dietetyków, co daje pełną swobodę kierownikom szpitali przy planowaniu zatrudnienia.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, w żadnym stopniu nie poprawiło się żywienie pacjentów w szpitalach w porównaniu do kontroli NIK przeprowadzonej w 2008 r.³. Istotne zastrzeżenia NIK wzbudziła wówczas jakość posiłków i ich wartość kaloryczna, sposób ich przygotowania i dystrybucji, niewystarczające porcje, nierzetelne jadłospisy. NIK skierowała rekomendacje do Ministra Zdrowia, wnosząc o opracowanie i wdrożenie standardów żywienia w szpitalach, z określeniem jednolitych zasad kontroli tych usług oraz zapewnienie egzekwowania przez Narodowy

³ „Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych” (NIK Delegatura w Krakowie, Nr ewid. 9/2009/P08141/LKR, marzec 2009 r.).

Fundusz Zdrowia właściwego standardu usług pozamedycznych od szpitali, z którymi zawiera kontrakty. Ówczesny Minister Zdrowia nie podzielił stanowiska NIK w sprawie opracowania standardów żywienia w szpitalach i uznał, że nie jest zasadne, by zagadnienie to podlegało regulacjom prawnym⁴.

Również tegoroczne kontrole przeprowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Inspekcję Handlową⁵ wskazują na niewłaściwą jakość posiłków w szpitalach. Inspekcja Handlowa sprawdziła także kilkadziesiąt firm cateringowych, które przygotowują posiłki m.in. dla szpitali i sanatoriów. Aż w 70 proc. z nich stwierdzono nieprawidłowości - firmy używały przeterminowanych produktów, nie podawały informacji o alergenach, stosowały tańsze zamienniki, a oferowane porcje były niedoważone⁶.

Problem niewłaściwej jakości żywienia pacjentów w szpitalach był już przedmiotem mego wystąpienia do Ministra Zdrowia⁷ oraz wystąpień poprzednio urzędujących Rzeczników Praw Obywatelskich⁸. Rzecznik zwracał się również do Ministra Zdrowia w sprawie braku w obecnie obowiązujących przepisach o działalności leczniczej⁹, normy prawnej, z której wynikałby obowiązek szpitali zapewnienia pacjentom zakwaterowania i wyżywienia¹⁰. Niewątpliwie występuje tu luka prawna, albowiem tylko w przypadku świadczeń zdrowotnych szpitalnych, ustawodawca nie wskazał zakresu tych świadczeń w przepisach materialnych ustawy oraz nie określił *expressis verbis* obowiązku zapewniania pacjentom pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia. Uczynił to natomiast w przypadku stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, udzielanych w zakładzie opiekuńczo – leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym (art. 9 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz art. 12 ust. 1 pkt 1 i 2). Braku stosownej regulacji w ustawie o działalności leczniczej nie rekompensuje dokonana z dniem 1 stycznia 2015 r. zmiana definicji

⁴ Pismo MZ z dnia 31 marca 2009 r. do Prezesa NIK (MZ-DNP-022-8749-3/JI/09).

⁵ <http://www.rp.pl/Zdrowie/311259936-Posilki-w-szpitalach-zlej-jakosci---wyniki-kontroli-Sanepidu-i-Inspekcji-Handlowej.html>

⁶ <http://www.politykazdrowotna.com/27936,uokik-przeterminowane-gorszej-jakosci-jedzenie-w-szpitalach>

⁷ Pismo z dnia 24 sierpnia 2016 r. (V.7010.68.2016).

⁸ Pismo z dnia 23 stycznia 2007 r. (RPO-545486-X/06) oraz pismo z dnia 6 maja 2009 r. (RPO-580595-X/08).

⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.).

¹⁰ Pismo z dnia 17 września i 18 października 2012 r. (RPO-710359-V/12) oraz z dnia 24 lutego 2014 r. (V.7012.2.2014).

świadczenia towarzyszącego¹¹ zawartego w art. 5 pkt 38 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.)¹².

Nie ulega wątpliwości, że o skuteczności leczenia pacjentów w szpitalach decyduje nie tylko właściwie prowadzony przez personel medyczny proces leczniczy, ale także prawidłowe żywienie chorych oraz edukacja żywieniowa. Żywienie pacjentów towarzyszy procedurom medycznym i jest integralną częścią procesu leczniczego, a zatem w swych założeniach powinno być zgodne z zasadami prawidłowego żywienia. W tym celu niezbędne jest współistnienie wielu czynników, w tym: rzetelna ocena stanu odżywienia pacjentów w momencie ich przyjmowania do szpitala, dostosowanie diety do jednostki chorobowej, przygotowywanie posiłków z surowców wysokiej jakości i z zachowaniem wymogów sanitarno - higienicznych zarówno w procesie produkcji, jak i transportu oraz dystrybucji, zapewnienie właściwych wartości energetycznych i odżywczych posiłków, a także ich regularności, zapewnienie fachowej pomocy dietetycznej pacjentom wymagającym zmiany nawyków żywieniowych i trybu życia w związku z przebytą chorobą, dostosowanie organizacji żywienia do potrzeb chorych niesamodzielnych lub o ograniczonej samodzielności.

Uzyskiwane przez szpitale rezultaty w zakresie żywienia pacjentów są bardzo istotne, stanowią bowiem elementy prawidłowo prowadzonego leczenia i rekonwalescencji oraz mają bezpośredni wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań i okres pobytu w szpitalu (zatrucia pokarmowe, niedożywienie, zakażenia wewnątrzszpitalne). Organizacja żywienia pacjentów powinna być zatem analizowana, koordynowana i nadzorowana przez kierowników szpitali oraz lekarzy odpowiedzialnych za proces leczenia pacjenta.

Żywienie pacjentów, finansowane w ramach kontraktów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, może stanowić potencjalne źródło oszczędności w poszukiwaniu zwiększenia kwoty na bezpośrednie działania medyczne. Z przyczyn

¹¹ W świetle nowego brzmienia tego przepisu, użyte w ustawie określenie „świadczenie towarzyszące” – oznacza m.in. „adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne”.

¹² Na podstawie art. 1 pkt 3 lit. d ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ... (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138).

ekonomicznych szpitale ograniczają wysokość stawek żywieniowych dla pacjentów oraz zatrudnienie dietetyków, a także wprowadzają oszczędnościowe rozwiązania organizacyjne - część z nich zleca wykonywanie usług podmiotom zewnętrznym (outsourcing), część pozostaje przy rozwiązaniach dotychczas stosowanych, tj. samodzielnym prowadzeniu kuchni szpitalnej. Racjonalizacja kosztów wyżywienia pacjentów nie może jednak oznaczać poszukiwania oszczędności bez zapewnienia właściwych i bezpiecznych dla zdrowia pacjentów parametrów jakościowych tych usług.

Poprawa jakości żywienia wymaga zatem rozwiązań systemowych w celu nadania problematyce żywienia pacjentów odpowiedniej rangi. Pod rozagę Pana Ministra poddaję uregulowanie tego problemu. Konieczne jest również dofinansowanie szpitali i innych podmiotów udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i całodobowym w celu podniesienia zarówno jakości wyżywienia, jak i jakości opieki żywieniowej nad pacjentem, a także zagwarantowania należytych standardów technicznych i sanitarno-higienicznych bloków żywienia. Niezbędne jest także wprowadzenie uregulowań dotyczących zasad racjonalnego żywienia w podmiotach leczniczych, precyzyjnych mechanizmów nadzoru nad realizacją żywienia w szpitalach, jak i odpowiednich sankcji w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w zakresie stanu żywienia pacjentów.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2017 r. poz. 958, z późn. zm.), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w niniejszej sprawie oraz przekazanie informacji na temat działań podjętych w tej materii.