



Stan Sanitarny Kraju w 2020 roku



Główny Inspektorat
Sanitarny

© Główny Inspektorat Sanitarny 2021

Wszelkie prawa zastrzeżone

Niniejsze opracowanie łącznie ze wszystkimi ilustracjami i schematami jest chronione prawem autorskim. Prawa autorskie do niniejszego opracowania przysługują Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu.

Kopiowanie, przetwarzanie w systemach elektronicznych, tłumaczenie oraz jakiegokolwiek inne wykorzystanie niniejszego opracowania lub jego fragmentu wymaga wskazania autorów opracowania i źródła.

Raport o stanie sanitarnym kraju zawiera dane na dzień 31 grudnia 2020 r.

Warszawa, sierpień 2021 r.

Wydawca:
Główny Inspektorat Sanitarny
ul. Targowa 65
03-729 Warszawa

tel.: +48 22 536 13 00

www.gis.gov.pl
e-mail: inspektorat@gis.gov.pl

Wstęp	7
Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz produktów kosmetycznych	9
1. Zakres nadzoru sanitarnego.....	10
2. Ogólna ocena stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów	11
3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad zakładami żywienia zbiorowego typu otwartego	18
4. Stan sanitarny środków transportu żywności.....	24
5. Jakość zdrowotna środków spożywczych.....	26
5.1. Znakowanie środków spożywczych	27
5.2. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami	27
5.3. System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF	32
5.4. Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO).....	44
5.5. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety, żywności dla określonych grup oraz żywności obowiązkowo wzbogacanej.....	46
5.5.1. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety.....	46
5.5.2. Żywność dla określonych grup	48
5.5.3. Żywność obowiązkowo wzbogacana	51
6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu żywnością.....	53
7. Wybrane zagadnienia żywienia zbiorowego	53
7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach	54
7.2. Żywienie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty.....	56
8. Program edukacyjny „Skąd się biorą produkty ekologiczne?”	58
9. Produkty kosmetyczne.....	59
Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w 2020 r.	63
1. Choroby zakaźne objęte przez Światową Organizację Zdrowia programami eradykacji i eliminacji (odra, różyczka, <i>poliomyelitis</i>)	64
1.1. Odra	64
1.2. Różyczka.....	68
1.3. Poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce)	70
1.4. Grypa.....	72
1.5. Gruźlica.....	74
2. Choroby przenoszone drogą pokarmową	78
2.1. Zakażenia bakteryjne	79
2.2. Kampanylobakterioza i Jersinioza.....	80
2.3. Czerwonka bakteryjna (szigelozą).....	80
2.4. Dur brzuszny i dury rzekome oraz gronkowcowe zatrucia pokarmowe.....	82
2.5. Listerioza	82
2.6. Włośnica	83
2.7. Zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm).....	83
3. Zakażenia wirusowe.....	84
3.1. Zakażenia rotawirusowe	84
3.2. Zakażenia norowirusowe	85
3.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu A.....	86
4. Choroby krwiopochodne	87
4.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C.....	87
5. Choroby odzwierzęce.....	92
6. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych w populacji.....	96
7. Epidemia zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w Polsce	98
8. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych w 2020 r.	106
8.1. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych.....	106
8.2. Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce	107
8.3. Sposób przekazywania szczepionek prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne – dystrybucja szczepionek.....	109
8.4. Uchylenie się od obowiązku szczepień ochronnych przez osoby prawnie do tego zobowiązane, jako czynnik determinujący możliwy spadek stanu zaszczepienia populacji przeciw chorobom zakaźnym – działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowane w celu egzekwowania obowiązku szczepień	110
9. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach – ogniska epidemiczne.....	120
9.1. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce	120
9.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala.....	121
9.3. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce	127

Jakość wody przeznaczonej do spożycia	135
1. Wstęp	136
2. Zaopatrzenie ludności w wodę	139
2.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej	139
2.2. Struktura wodociągów w Polsce	140
2.3. Struktura wodociągów w poszczególnych województwach	142
2.4. Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia	145
3. Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	146
3.1. Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi	146
3.2. Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych	149
3.3. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych – odstępstwa	151
3.4. Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi	152
3.5. Badania ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju <i>Legionella sp.</i>	153
4. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	155
Pływalnie	159
1. Wstęp	160
2. Wymagania jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach	161
2.1. Parametry mikrobiologiczne i fizykochemiczne	161
2.2. <i>Legionella</i>	163
3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej	163
3.1. Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody	164
3.2. Roczna zbiorcza ocena wody na pływalniach	166
Kąpieliska i miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpieli	169
1. Wstęp	170
2. Stan sanitarny kąpielisk	171
3. Stan sanitarny miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli	174
4. Terminy otwarcia kąpielisk	176
5. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach	177
6. Serwis kąpieliskowy	178
7. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk	183
Zapobiegawczy nadzór sanitarny	185
1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny	186
1.1. Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego	186
1.2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego	186
2. Zapobiegawczy nadzór sanitarny - dane liczbowe	192
3. Podsumowanie	193
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej	195
1. Informacje ogólne	196
2. Stan sanitarny wybranych obiektów	196
2.1. Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi	196
2.2. Obiekty hotelarskie – hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, kempingi, pola biwakowe i inne obiekty, w których świadczone są usługi hotelarskie	201
2.3. Domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych, inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej	202
2.3. Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, stacje metra i środki transportu	202
2.4. Tereny rekreacyjne	203
2.5. Cmentarze i domy pogrzebowe	204
2.6. Zakłady karne i areszty śledcze	204
2.7. Inne obiekty użyteczności publicznej	204
3. Podsumowanie	205
Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy i chemikaliami	209
1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego	210
2. Ocena warunków pracy i wypełnianie przez pracodawców obowiązków wynikających z oceny ryzyka zawodowego pracowników narażonych na substancje rakotwórcze lub mutagenne zawarte w lekach cytostatycznych	214
3. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest - na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2020 roku	215

4. Choroby zawodowe	217
5. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy	219
6. Podsumowanie	219
7. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego	220
7.1. Produkty biobójcze	220
7.2. Substancje chemiczne i ich mieszaniny	221
7.3. Detergenty	224
7.4. Prekursory narkotyków kat. 2 i 3	225
Higiena radiacyjna	227
1. Informacje ogólne	228
2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich	229
3. Ochrona radiologiczna pacjenta	230
4. Zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych	231
5. Radon	231
6. Ochrona dotycząca wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy	232
Higiena procesów nauczania, wychowania oraz wypoczynku i rekreacji dzieci i młodzieży	235
1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży	237
2. Stan sanitarny budynków lub ich części, w których funkcjonują placówki opieki, wychowania i nauczania dla dzieci i młodzieży	238
3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej	239
4. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży	240
5. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne i higieniczna ocena rozkładów zajęć lekcyjnych w placówkach	242
6. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	244
7. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży	244
8. Żłobki i kluby dziecięce	245
9. Podsumowanie	245
Stan sanitarny podmiotów prowadzących działalność leczniczą	249
1. Informacje ogólne	250
2. Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze	251
2.1. Działalność lecznicza realizowana przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	252
2.2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	253
2.3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	255
2.4. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową	256
3. Postępowanie z odpadami medycznymi	259
4. Podsumowanie	261
5. Wnioski	261
Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) w zakresie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej w 2020 roku	263
1. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych	265
2. Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) związku z epidemią COVID-19	266
3. Działania GSSE w obszarze portów morskich i jednostek pływających	268
Oświata zdrowotna i promocja zdrowia	271
1. Programy edukacyjne	272
1.1. Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowany do uczniów IV klas szkół podstawowych	272
1.2. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych	273
1.3. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”	274
2. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS	275
3. Komunikacja społeczna jako promocja zdrowia	278
Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zmniejszania zagrożeń zdrowia publicznego stwarzanych przez środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne w 2020 r.	285
1. Wprowadzenie	286
2. Sytuacja epidemiologiczna	288
3. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych	290
4. Środki zastępcze zidentyfikowane w 2020 r.	290
Spis tabel, wykresów i rysunków	293



W 2020 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna stanęła przed jednym z najpoważniejszych wyzwań, w swojej przeszłości 100-letniej historii. Epidemia koronawirusa SARS-CoV-2 przypominała jak ważną rolę w życiu każdego z nas pełnią służby sanitarno-epidemiologiczne. Tysiące przeprowadzonych wywiadów epidemiologicznych, nałożonych kwarantann czy przeprowadzonych testów to praca ludzi, z których jestem niezmiernie dumny i którym pragnę podziękować za ich zaangażowanie, poświęcenie i współpracę.

Państwowa Inspekcja Sanitarna, stojąca w pierwszej linii zmagania z epidemią, w krótkim czasie poczyniła ogromny krok w stronę usprawnienia obsługi Obywatela. Wdrożenie systemu SEPIS, który stał się podstawowym narzędziem dla pracowników, pozwoliło poprawić jakość, efektywność i skuteczność podejmowanych działań.

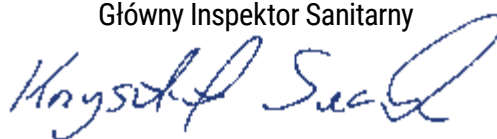
Miniony rok to jednak nie tylko czas epidemii. Państwowa Inspekcja Sanitarna równolegle prowadziła nadzór nad bezpieczeństwem żywności, wody pitnej jak również kąpielisk, środkami zastępczymi, kosmetykami, higieną środowiska, pracy, radiacyjną czy nauczania i wychowania. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują również nadzór nad warunkami sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Nieocenioną rolę w dbaniu o bezpieczeństwo zdrowotne pełnią również laboratoria Inspekcji, które dzięki wykwalifikowanej kadrze i nieustannie modernizowanemu sprzętowi wykonują badania w szerokim zakresie.


Stan sanitarny kraju jest pracą zbiorową całej Inspekcji. Przygotowujemy go w Głównym Inspektoracie na podstawie informacji otrzymanych od państwowych wojewódzkich, powiatowych i granicznych inspektorów sanitarnych. Opracowanie jest całościową oceną stanu sanitarnego kraju, zawierając statystyki przydatne dla innych instytucji publicznych, ośrodków naukowych, mediów oraz wszystkich zainteresowanych zdrowiem publicznym.

Powierzone mi zadanie kierowania Państwową Inspekcją Sanitarną jest dla mnie wielkim zawodowym wyzwaniem. Motywacji i determinacji do ciężkiej pracy dostarczają mi nie tylko kompetentni i zaangażowani Pracownicy Inspekcji, ale także potrzeba i konieczność stworzenia instytucji odpowiedzialnej, sprawnej organizacyjnie, dynamicznej, nowoczesnej i przyjaznej Obywatelom. Zarządzanie tak dużą i rozproszoną strukturą wymaga nie tylko umiejętności zarządczych, ale też współpracy z wysokiej klasy specjalistami i ekspertami, dzięki której można realizować nawet najtrudniejsze i najbardziej złożone zadania. Doceniając wsparcie i zaangażowanie wszystkich działających na rzecz zdrowia publicznego i wspierających działania Inspekcji, oddajemy w Państwa ręce raport prezentujący wysiłek włożony w ochronę bezpieczeństwa zdrowotnego nas wszystkich.

Wprowadzenie wielu usprawnień dało nam wszystkim motywację do dalszych działań na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Przed nami kolejne wyzwania, którym wspólnie musimy sprostać. Plan na przyszłość obejmuje dalszą cyfryzację Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podnoszenie kompetencji naszych pracowników, doposażenie laboratoriów oraz szereg działań, w szczególności tych związanych z sytuacją epidemiczną kraju. Nieprzerwanie i z głębokim zaangażowaniem dbamy o Państwa bezpieczeństwo mając na uwadze, iż od naszych działań zależy zdrowie Polaków.

Krzysztof Saczka
Główny Inspektor Sanitarny



A photograph showing two women in a clean, industrial environment, likely a food or pharmaceutical factory. Both women are wearing white lab coats and hairnets. The woman on the right is also wearing glasses and is gesturing with her hands while speaking. The woman on the left is holding a large sheet of paper, possibly a checklist or document, and looking at it. The background shows a well-lit factory floor with various equipment and materials.

**STAN SANITARNY ZAKŁADÓW ŻYWNOCI,
ŻYWIENIA, MATERIAŁÓW I WYROBÓW
PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU Z ŻYWNOCIĄ
ORAZ PRODUKTÓW KOSMETYCZNYCH**

1. Zakres nadzoru sanitarnego

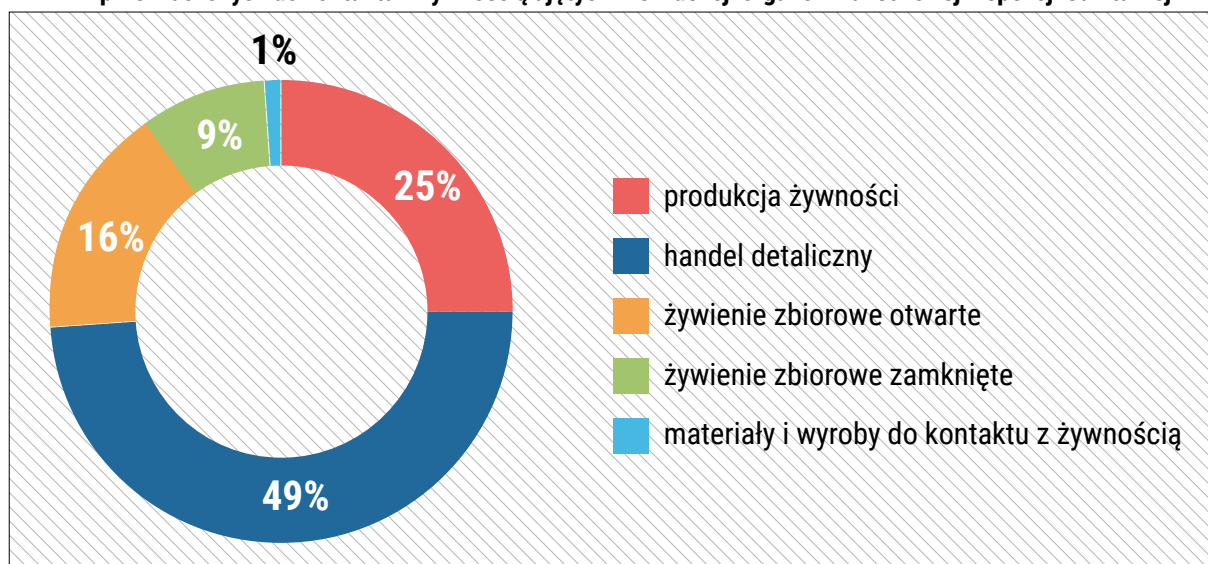
Zakres bieżącego nadzoru sanitarnego sprawowanego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował kontrolę przestrzegania przez podmioty działające na rynku w prowadzonych zakładach żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w tym przepisów prawa żywnościowego, dotyczących:

1. warunków produkcji, transportu, przechowywania i sprzedaży żywności oraz warunków żywienia zbiorowego,
2. warunków zdrowotnych produkcji materiałów oraz obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością.

W roku 2020 w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 532 583 obiekty żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2019 r. – 517 412), w tym:

- ◆ 134 990 – zakładów produkcji żywności, w tym m.in.: 4 734 piekarnie, 3 848 ciastkarni,
- ◆ 258 303 – obiektów obrotu żywnością, w tym m.in.: 130 501 sklepów spożywczych, 13 046 kiosków spożywczych, 38 115 środków transportu żywności,
- ◆ 83 030 – zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego, w tym m.in.: 40 541 zakładów małej gastronomii,
- ◆ 48 954 – zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in.: 1 006 bloków żywienia w szpitalach, 114 kuchni niemowlęcych, 3 499 stołówek w żłobkach i domach małego dziecka, 12 096 stołówek szkolnych, 14 025 stołówek w przedszkolach, 1 809 zakładów usług cateringowych oraz 5 240 innych zakładów żywienia,
- ◆ 7 306 – wytwórni oraz miejsc obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością.

Wyk. 1 Procentowy udział poszczególnych rodzajów obiektów żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością ujętych w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.



W roku sprawozdawczym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- ◆ przeprowadziły 146 366 kontroli sanitarnych, w tym 20 345 kontroli interwencyjnych (2019 r. – 254 396 kontroli ogółem, w tym 27 029 kontroli interwencyjnych);
- ◆ skontrolowały 105 779 objętych nadzorem zakładów żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2019 r. – 175 608);
- ◆ zatwierdziły 27 218 nowych zakładów (2019 r. – zatwierdzono 36 879 nowych zakładów);
- ◆ wydały 19 904 decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym 417 decyzji w sprawie unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu (w 2019 r. – 35 325 decyzji ogółem, w tym 652 w sprawie przerwania działalności całego lub części zakładu);
- ◆ nałożyły 9 750 mandatów na winnych zaniedbań sanitarnych, na łączną kwotę 2 320 890 PLN (w 2019 r. – 21 177 mandatów na kwotę 4 870 680 PLN);
- ◆ skierowały 669 wniosków o ukaranie podmiotów odpowiedzialnych za nieprzestrzeganie przepisów prawa, w tym 28 do Sądu i 641 wniosków o nałożenie kar pieniężnych przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (w 2019 r. – 1371 wniosków o ukaranie, w tym 46 do Sądu oraz 1 325 o ukaranie przez PWIS).

2. Ogólna ocena stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów

Porównanie stanu sanitarnego obiektów żywności i żywienia ocenionego w latach 2004 – 2020 przedstawiono w Tabeli 1 i na Wykresie 2. Na podstawie przedstawionych danych liczbowych można stwierdzić, że w ostatnich 15 latach odsetek zakładów produkcji i obrotu żywnością o nieodpowiednim stanie sanitarnym znacznie spadł i ustabilizował się na poziomie ok. 2%, dowodząc zasadności stałego i systematycznego zaangażowania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w egzekwowanie standardów obecnie obowiązującego prawa żywnościowego w zakresie bezpieczeństwa żywności oraz spełniania wymagań higieniczno-sanitarnych.



Tab. 1 Odsetek obiektów żywności i żywienia w latach 2004 – 2020 o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami higienicznym

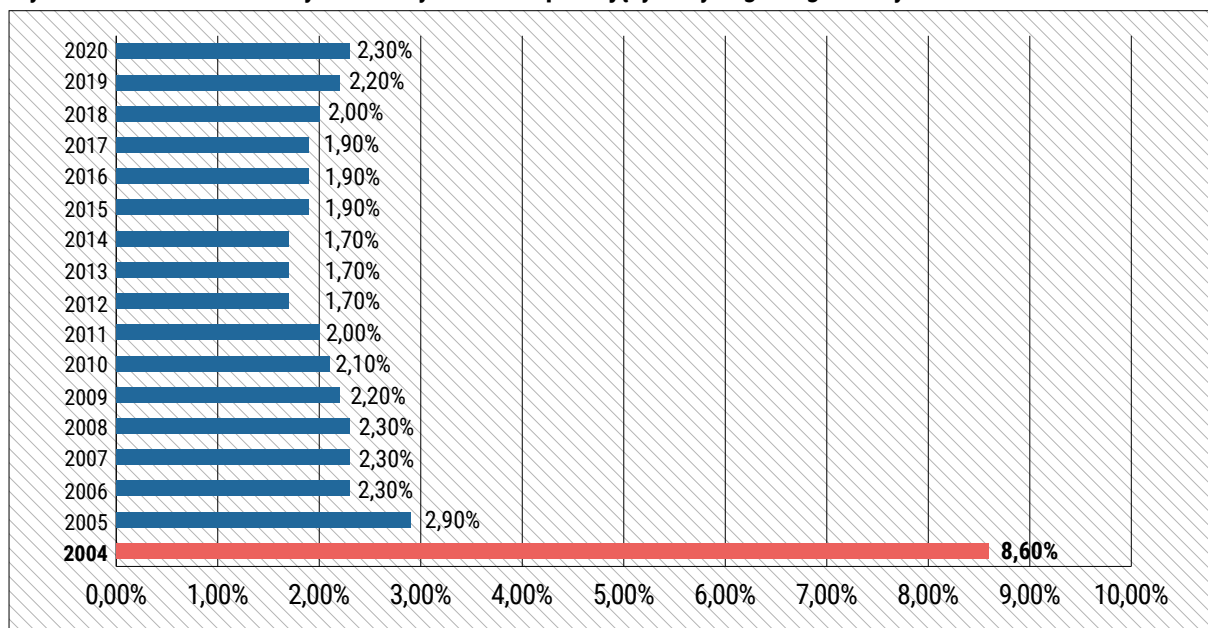
Lata	Odsetek obiektów niezgodnych
2004	8,60%
2005	2,90%
2006	2,30%
2007	2,30%
2008	2,30%
2009	2,20%
2010	2,10%
2011	2,00%
2012	1,70%
2013	1,70%
2014	1,70%
2015	1,90%
2016	1,90%
2017	1,90%
2018	2,00%
2019	2,20%
2020	2,30%

W 2005 r. odsetek zakładów o stanie sanitarnym niespełniających wymagań higienicznych – 2,9%, był niemal trzykrotnie mniejszy niż w roku 2004 r. – 8,6%.

W 2006 r. odsetek obiektów żywności i żywienia ocenionych negatywnie spadł do wartości 2,3% i przez kolejne lata aż do 2020 r. ustabilizował się na poziomie wahającym się w przedziale od 1,7 do 2,3%, osiągając średnio poziom 2%.

Stan sanitarny nadzorowanych obiektów oceniany był przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z jednolitymi procedurami urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, uwzględniającymi przepisy w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych, w tym prawa żywnościowego. Kontrole były prowadzone na podstawie analizy ryzyka zagrożeń dla zdrowia i życia ludzi.

Zgodnie z obowiązującym prawem żywnościowym obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej i wprowadzanej do obrotu żywności spoczywa na podmiocie prowadzącym przedsiębiorstwo spożywcze, a za przestrzeganie przepisów dotyczących materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością odpowiedzialny jest podmiot działający na rynku tych produktów w zakładach będących pod jego kontrolą.

Wyk. 2 Odsetek obiektów żywności i żywienia niespełniających wymagań higienicznych - lata 2004 – 2020

Przy ocenie warunków sanitarnych kontrolowanych zakładów brano pod uwagę kryteria oceny sanitarnej obiektów żywności i żywienia, tj. m.in. stan higieniczny i wpływający na niego stan techniczny i porządkowy pomieszczeń, wyposażenia oraz otoczenia zakładu, jakość i identyfikowalność surowców wykorzystywanych do produkcji, jakość wody stosowanej do przygotowywania żywności, stan zdrowia personelu pracującego w kontakcie z żywnością, gospodarka odpadami, wdrożenie i stosowanie systemów kontroli wewnętrznej odpowiednio do rodzaju działalności: dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) lub systemu analizy zagrożeń i krytycznych punktów kontroli (HACCP).

Stan sanitarny obiektów żywności i żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej był i jest nadal bardzo zróżnicowany. Wynika to przede wszystkim z faktu, że przedsiębiorstwa działające rynku, w szczególności spożywczych, stanowią obszerną grupę zakładów produkcyjnych, usługowych, handlowych, transportowych, żywienia zbiorowego oraz związanych z funkcjonowaniem obiektów użyteczności publicznej (szpitale, żłobki, przedszkola, szkoły, domy opieki), zróżnicowaną dodatkowo skalą, czasem i etapem poprowadzonej działalności, a także wielkością infrastrukturalną i kadrową. Na rynku działają zarówno obiekty nowoczesne, jak i stare (zwłaszcza w dużych miastach o zwartej zabudowie) oraz małe (sklepy w rejonach wiejskich) i bardzo duże (wielkopowierzchniowe obiekty handlowe typu super – i hipermarkety).

Porównanie stanu sanitarnego poszczególnych grup obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w latach 2019 – 2020 przedstawia Tabela 2.

Tab. 2 Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w latach 2019 – 2020

Lp.	Rodzaj obiektów	% obiektów o złym stanie sanitarnym w latach		Różnica (wyrażona w punktach procentowych pp.)
		2019	2020	
1	Wytwórnice lodów	2,2	1,4	-0,8
2	Automaty do lodów	1,5	1,7	0,2
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	0	0	0
4	Piekarnie	3,4	5,0	1,6
5	Ciastkarnie	2,1	3,7	1,6
6	Przetwórnice owocowo – warzywne i grzybowe	1,0	2,7	1,7
7	Browary i słodownie	0,9	0	-0,9
8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	3,1	0	-3,1
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródlanych i wód stołowych	1,1	9,5	8,4
10	Zakłady garmazeryjne	2,5	4,4	1,9
11	Zakłady przemysłu zbożowo – młynarskiego	1,3	3,0	1,7
12	Wytwórnice makaronów	1,4	0	-1,4
13	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	0	2,6	2,6
14	Wytwórnice koncentratów spożywczych	1,6	5,7	4,1
15	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	0	0	0
16	Wytwórnice chrupków, chipsów i prażynek	0	0	0
17	Wytwórnice suplementów diety	1,0	0	-1,0
18	Wytwórnice żywności dla określonych grup	0	0	0
19	Wytwórnice substancji dodatkowych	3,4	0	-3,4
20	Cukrownie	0	0	0
21	Inne wytwórnice żywności	0,2	0,3	0,1
22	Sklepy spożywcze	2,9	2,8	-0,1
23	Kioski spożywcze	0,8	0,7	-0,1
24	Magazyny hurtowe	1,6	1,3	-0,3
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	1,4	2,3	0,9
26	Środki transportu	0	0	0
27	Inne obiekty obrotu żywnością	1,0	0,6	-0,4
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	3,0	2,9	-0,1
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,6	0,7	0,1
30	Razem (obiekty żywności i żywienia)	2,2	2,3	0,1
31	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	0,8	0	-0,8
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	1,8	0	-1,8
OGÓŁEM		2,2	2,3	0,1

Objaśnienia:

„0” oznacza brak przypadków zakładów niegodnych z przepisami

Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 2, nastąpiła poprawa stanu sanitarnego w stosunku do ustalonego w roku 2019 dla obiektów m.in. z grup:

- ◆ wytwórnie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa – o 3,1 punktu procentowego – dalej pp. (w tych wytwórniach nie stwierdzono obiektów o złym stanie sanitarnym),
- ◆ wytwórnie substancji dodatkowych – o 3,4 pp. (w tych wytwórniach nie stwierdzono obiektów o złym stanie sanitarnym),
- ◆ wytwórnie suplementów diety – o 1,0 pp.,
- ◆ wytwórnie lodów – o 0,8 pp.,
- ◆ wytwórnie makaronów – o 1,4 pp.,
- ◆ sklepy i kioski spożywcze – o 0,1 pp.,
- ◆ browary i słodownie – o 0,9 pp.,
- ◆ wytwórnie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością – o 0,8 pp.,
- ◆ miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością – o 1,8 pp.

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż nie stwierdzono obiektów o złym stanie sanitarnym w grupach wytwórni:

- ◆ tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi,
- ◆ napojów bezalkoholowych i rozlewniach piwa,
- ◆ makaronów,
- ◆ octu, majonezu i musztardy,
- ◆ chrupek, chipsów i prażynek,
- ◆ suplementów diety,
- ◆ żywności dla określonych grup,
- ◆ substancji dodatkowych,
- ◆ materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością

oraz w grupach:

- ◆ browary i słodownie,
- ◆ cukrownie,
- ◆ środki transportu,
- ◆ miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością.

W 2020 r. pogorszenie stanu sanitarnego skontrolowanych grup zakładów dotyczyło:

- ◆ wytwórni naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych – o 8,4 pp. (tj. 2 zakłady o niewłaściwym stanie sanitarnym na 21 zakładów ocenionych na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego),

- ◆ wytwórni koncentratów spożywczych – o 4,1 pp. (tj. 2 zakłady na 35 ocenionych),
- ◆ wytwórnie wyrobów cukierniczych – o 2,6 pp. (tj. 2 zakłady na 78 ocenionych),
- ◆ zakłady garmażeryjne – o 1,9 punktu procentowego (tj. 11 zakładów na 248 ocenionych),
- ◆ zakłady przemysłu zbożowo – młynarskiego – o 1,7 pp. (tj. 3 zakłady na 97 ocenionych),
- ◆ przetwórnice owocowo – warzywne i grzybowe – o 1,7 pp. (tj. 7 zakładów na 262 ocenione),
- ◆ piekarnie – o 1,6 pp. (tj. 62 zakłady na 1252 ocenione),
- ◆ ciastkarnie – o 1,6 pp. (tj. 33 zakłady na 887 ocenionych zakładów).

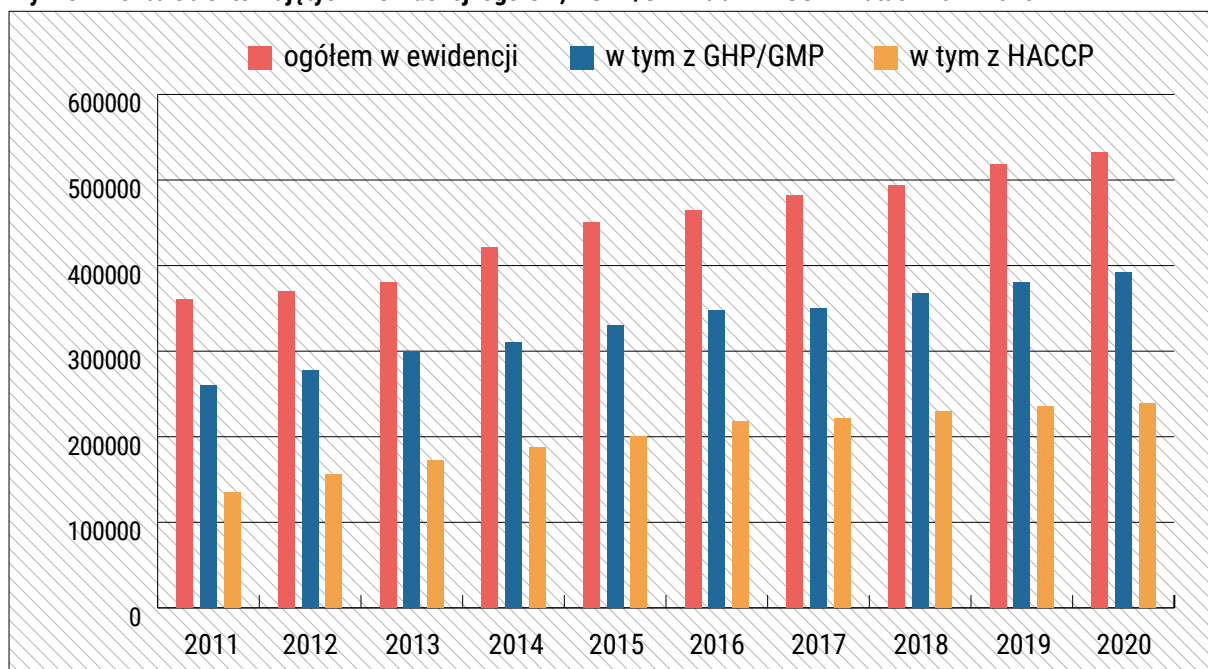
W pozostałych grupach obiektów, w których odnotowano pogorszenie stanu sanitarnego zakładów, jest ono znikome (poniżej 1 pp.).

W grupie zakładów żywienia zbiorowego zamkniętego skontrolowano **11 575** obiektów. W oparciu o kontrole przeprowadzone na podstawie arkusza oceny stanu sanitarnego ustalono, że udział procentowy zakładów z niezgodnym z wymaganiami higienicznymi stanem sanitarnym jest mniejszy niż w roku poprzednim. W roku sprawozdawczym stwierdzono niezgodny z obowiązującymi wymaganiami higienicznymi stan sanitarny, dotyczący:

- ◆ 40 zakładów ogółem, co stanowi 0,35% skontrolowanych – w 2019 r. odsetek ten wyniósł 0,45%;
- ◆ 4 stołówek szkolnych na 2 300 skontrolowanych, co stanowi 0,17%, w 2019 r. procent stołówek szkolnych o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami wyniósł 0,36%;
- ◆ 1 stołówka w przedszkolu na 2 802 skontrolowanych, co stanowi 0,04%, w 2019 odsetek ten wyniósł 0,36%.

W wielu zakładach żywności i żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością stan sanitarny ulega systematycznej poprawie, dzięki coraz większej świadomości przedsiębiorców w zakresie obowiązujących wymagań oraz wdrażaniu i stosowaniu odpowiednio do rodzaju prowadzonej działalności systemów kontroli wewnętrznej: zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) lub systemu HACCP. W skali całego kraju zasady GHP/GMP wdrożyło **390 957** zakładów. Pozostałe zakłady są w trakcie wdrażania i opracowywania stosownej dokumentacji. Natomiast system HACCP wprowadziło **238 291** nadzorowanych obiektów. Korzystając z ułatwień przewidzianych przez Komisję Europejską we wdrażaniu procedur HACCP w małych przedsiębiorstwach, w części zakładów spożywczych przestrzeganie zasad GHP i GMP uznano za wystarczające dla kontroli najważniejszych zagrożeń bezpieczeństwa żywności, co dotyczy zwłaszcza punktów małej gastronomii bazujących na półproduktach i produktach gotowych oraz działalności rolników prowadzonej w ramach produkcji pierwotnej, sprzedaży bezpośredniej i rolniczego handlu detalicznego. Na przestrzeni ostatnich 10 lat wraz ze zwiększeniem się o 169 241 ogólnej liczby obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością wzrosła o 134 547 liczba obiektów z wdrożonymi zasadami GHP/GMP oraz o 106 076 z systemem HACCP. Zestawienie liczby obiektów w ewidencji w odniesieniu do wdrożonych systemów kontroli wewnętrznej (GHP/GMP, HACCP) przedstawiono na Wykresie 3.

Wyk. 3 Liczba obiektów ujętych w ewidencji ogółem, z GHP/GMP lub z HACCP w latach 2011-2020



3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad zakładami żywienia zbiorowego typu otwartego

W 2020 r., podobnie jak w latach ubiegłych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały nadzór nad obiektami żywienia zbiorowego typu otwartego. Stan sanitarny zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego jest istotnym wskaźnikiem bezpieczeństwa żywności i żywienia. Należą one do obiektów wyróżniających się szeroką i co do zasady nieograniczoną dostępnością dla konsumentów zewnętrznych, kwalifikując się do obiektów o podwyższonym ryzyku dla zdrowia ludzi.

W porównaniu z rokiem 2019 odnotowano widoczny spadek liczby obiektów ujętych w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zatwierdzonych i skontrolowanych. Zmalała także liczba kontroli, decyzji administracyjnych, mandatów i wniosków o ukaranie. Wynik ten miał bezpośredni związek z wprowadzeniem na obszarze całego kraju w dniu 20 marca 2020 r. stanu epidemii, wywołanego zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, ograniczeniami oraz nakazami w życiu społecznym i gospodarczym, które dotyczyły m.in. ograniczenia funkcjonowania obiektów żywienia zbiorowego otwartego, a także koniecznością włączenia się przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, równoległe z obowiązkami sprawowania urzędowej kontroli żywności w działania przeciwepidemiczne (kontroli przestrzegania obostrzeń, kwalifikacji do kwarantanny, izolacji itp.)

W zaistniałych okolicznościach kontrolą objęto przede wszystkim zakłady zbiorowego żywienia typu otwartego wysokiego ryzyka, wytypowane na podstawie przeprowadzonej analizy zagrożeń i ich wpływu na zdrowie ludzi oraz zgłaszane w ramach interwencji przez konsumentów, dotyczących:

1) niezachowania wymaganych warunków higieny bezpieczeństwa żywności i żywienia w zakładach:

- ◆ wystąpienia dolegliwości żołądkowo-jelitowych po spożyciu posiłków;
- ◆ niewłaściwej jakości zdrowotnej produktów wykorzystywanych przy produkcji;
- ◆ niewłaściwej higieny personelu i nieprzestrzegania higieny podczas produkcji posiłków;
- ◆ niewłaściwego stanu sanitarno-technicznego zakładu;
- ◆ niewłaściwej gospodarki odpadami;
- ◆ niewłaściwej wentylacji w zakładzie,

2) nieprzestrzegania wymagań w zakresie ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem epidemii, tj. brak płynów do dezynfekcji rąk, zaniedbanie dezynfekcji powierzchni i ich elementów, niezakrywanie ust i nosa przez personel.

Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli:

- ◆ niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń, wyposażenia i sprzętu,
- ◆ nieprawidłowy stan techniczny,

- ◆ brak czystości bieżącej,
- ◆ niewłaściwe warunki przechowywania żywności, w tym brak segregacji,
- ◆ brak orzeczeń lekarskich dla celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ◆ brak przestrzegania procedur i instrukcji opracowanych w ramach GHP/GMP oraz opartych na zasadach systemu HACCP, brak wymaganych procedurami zapisów;
- ◆ brak środków do dezynfekcji powierzchni mających kontakt z żywnością,
- ◆ brak bieżącej ciepłej wody, brak potwierdzenia jakości wody stosowanej w zakładzie,
- ◆ brak wyniku badań laboratoryjnych próbek lodów,
- ◆ brak ręczników papierowych i mydła przy stanowisku do mycia rąk,
- ◆ środki spożywcze po upływie daty minimalnej trwałości/terminu przydatności do spożycia,
- ◆ brak odpowiedniego zabezpieczenia zakładu przed szkodnikami,
- ◆ brak dodatkowych procedur dot. zasad bezpieczeństwa sanitarnego podczas epidemii koronawirusa,

i inne.

Na obszarze całego kraju w roku sprawozdawczym 2020:

- ◆ w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujętych zostało 83 030 zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego (w 2019 r. – 82 681), w tym: 40 541 zakładów małej gastronomii (w 2019 r. – 40 601),
- ◆ skontrolowano 24 421 zakładów (w 2019 r. – 39 420), w tym 9 938 obiektów małej gastronomii (w 2019 r. – 16 882),
- ◆ ogółem przeprowadzono 32 337 kontroli (w 2019 r. – 55 597), w tym 2 891 interwencyjnych (w 2019 r. – 4 075), w obiektach małej gastronomii 12 935 kontroli (w 2019 r. – 22 442), w tym interwencyjnych 1 076 (w 2019 r. – 1 313),
- ◆ zatwierdzono 7 801 nowych zakładów (w 2019 r. – 10 965), w tym 3 938 obiektów małej gastronomii (2019 r. – 5 486),
- ◆ oceniono na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego 9 590 zakładów (w 2019 r. – 22 567), w tym zakładów małej gastronomii 3 699 (w 2019 r. – 9 154),
- ◆ oceniono jako niezgodne z wymaganiami 275 zakładów (w 2019 r. – 677), w tym 84 małej gastronomii (w 2019 r. – 225).

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych podejmowano działania – zgodnie z kompetencjami i obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności:

- ◆ nałożono 3 260 grzywien w drodze mandatu na kwotę 846 050 PLN (w 2019 r. – 6 875 mandatów na kwotę 1 744 420 PLN, w tym w zakładach małej gastronomii 1 078 na kwotę 264 970 PLN (w 2019 r. – 2 099 mandatów na kwotę 497 540 PLN),



- ◆ wydano ogółem 5 333 decyzje administracyjne (w 2019 r. – 9 030), w tym 128 decyzji w sprawie unieruchomienia/ przerwania działalności całego lub części zakładu (w 2019 r. – 268) oraz 35 w sprawie zakazu wprowadzania produktu do obrotu (w 2019 r. – 84);
- ◆ w odniesieniu do zakładów małej gastronomii wydano 1 989 decyzji administracyjnych (w 2019 r. – 3 645), w tym 39 decyzji w sprawie unieruchomienia/ przerwania działalności całego lub części zakładu (w 2019 r. – 69) oraz 10 w sprawie zakazu wprowadzania produktu do obrotu (w 2019 r. – 30).

Zarządzenia decyzji dotyczyły głównie zapewnienia w zakładzie wymaganych prawem warunków higienicznych i zdrowotnych, doprowadzenia m.in. do właściwego stanu sanitarno-technicznego powierzchni ścian, sufitów, podłóg oraz sprzętu w pomieszczeniach pionu żywienia, opracowania/wdrożenia/zweryfikowania i utrzymania systemu kontroli wewnętrznej opartego na zasadach systemu HACCP, podjęcia działań naprawczych związanych z kontrolą wewnętrzną w ramach systemu HACCP w zakresie prowadzonej gastronomii.

W przypadku stwierdzenia w trakcie kontroli naruszenia przez przedsiębiorców przepisów art. 103 ust. 1- 9 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2020 r. poz. 2021), Państwowi Powiatowi Inspektorzy Sanitarni skierowali do Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych ogółem 154 wnioski o ukaranie (2019 r. – 341), w tym 70 dotyczących obiektów małej gastronomii (w 2019 r. – 111).

Z punktu widzenia sposobu przygotowania serwowanych dań oraz formy organizacji lokalu gastronomicznego, grupa zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego obejmuje:

1) restauracje, jadalnie, gospody, bary, bufety i kawiarnie, gdzie:

- ◆ przygotowuje się dania w całości lub w większym zakresie produkuje się od podstaw, głównie z surowców pierwotnych (rzadziej z półproduktów i gotowych potraw),
- ◆ wymaga się stosownego zaplecza produkcyjnego (kuchnia, magazyny, zmywalnie, zaplecze socjalne dla obsługi),
- ◆ posiłki są serwowane na indywidualne zamówienie, według jadłospisu (w postaci karty dań czy ogólnego wykazu),
- ◆ oferowane są potrawy i napoje w szerokim i zróżnicowanym lub wyspecjalizowanym asortymencie kuchni regionalnej, narodowej, według konkretnej diety – wegetariańskiej, wegańskiej, mlecznej, bezmlecznej, lub w konkretnych daniach: pizza, pierogi, naleśniki, smażone ryby, wyroby cukiernicze lub lody, gdzie konsumenci spożywają posiłki w specjalnie zorganizowanej przestrzeni z obsługą kelnerską lub miejscu wydawania potraw;

2) małą gastronomię, na przykład: bary szybkiej obsługi, punkty gastronomiczne sieciowe i indywidualne, stacjonarne, tymczasowe lub mobilne, indywidualne lub wchodzące w skład innego obiektu, np. kina, teatru, hali widowiskowej: pawilony, budki, stoiska wolnostojące, pojazdy gastronomiczne (food – trucki), rowery kawowe itp.:

- ◆ serwujące na wynos przekąski i dania gotowe lub na szybko przyrządzone z półproduktów i gotowych potraw, takie jak: burgery, tortille, hot-dogi, makarony, zapiekanki, sałatki, zupy czy też kanapki, pączki, gofry, lody, napoje ciepłe i zimne, soki itp.,
- ◆ prowadzące sprzedaż, często na wynos albo na szybko, na miejscu bądź w ogródku gastronomicznym, jeśli towarzyszy jej zorganizowane miejsce do konsumpcji;
- ◆ ukierunkowane w dużej mierze na konsumentów przebywających na wolnym powietrzu na terenach publicznych, skwerach, w parkach, przy wejściach na plaże, w obrębie obiektów sportowo – rekreacyjnych, trasach i szlakach turystycznych, parkingach ogólnodostępnych;
- ◆ szczególnie aktywne w sezonie letnim na popularnych turystycznie, wypoczynkowo i wakacyjnie, trasach i miejscach pobytu konsumentów,
- ◆ często obiekty bez lub z bardzo ograniczonym zapleczem, korzystające z infrastruktury wspólnej dla zespołu lub grupy różnych obiektów.

Zakłady małej gastronomii są typowe dla obsługi konsumentów w sezonie letnim, jednakże z uwagi na ograniczone warunki działania, opartego w głównej mierze na procedurach kontroli wewnętrznej wymagają intensywnego nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego¹, mimo wzrostu zainteresowania Polaków korzystaniem w okresie wakacji z oferty krajowej bazy turystycznej, w okresie lipiec–sierpień 2020 r. w turystycznych obiektach noclegowych przebywało 5,9 mln turystów, tj. o 29,3% mniej, niż przed rokiem. Najwięcej turystów odnotowano w województwie zachodniopomorskim – 927,4 tys., a następnie pomorskim – 882,0 tys. Jedynym województwem, które zyskało na liczbie polskich turystów, było warmińsko-mazurskie (ogółem w obiektach turystycznych – 391,6 tys. turystów, w tym krajowych 372,2 tys.). Przebywało w nim o 3 proc. więcej turystów polskich, niż w roku poprzednim.

W województwie zachodniopomorskim w sezonie letnim 2020 r. według ewidencji znajdowało się 5 701 obiektów żywienia zbiorowego otwartego. W okresie sprawozdawczym w zakładach tych przeprowadzono ogółem 1 166 kontroli, w tym 632 w zakładach małej gastronomii.

Wydano:

- ◆ 296 decyzji zatwierdzających, w tym 177 decyzji zatwierdzających zakłady małej gastronomii;
- ◆ 2 decyzje administracyjne dotyczące unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu (1 decyzję w związku z odcięciem wody w zakładzie z powodu braku opłat, do czasu ponownego podłączenia do sieci wodociągowej oraz przeprowadzenia skutecznych procesów mycia i dezynfekcji oraz przedłożenia dokumentacji potwierdzającej przeprowadzenie tych zabiegów; 1 decyzję w związ-

¹ Źródło danych GUS: Wykorzystanie turystycznej bazy noclegowej 27.10.2020 r. w Polsce w lipcu i sierpniu 2020 r. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport/turystyka/wykorzystanie-turystycznej-bazy-noclegowej-w-polsce-w-lipcu-i-sierpniu-2020-r-,6,21.html>

ku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami dotyczącymi stanu sanitarno – higienicznego pomieszczeń, urządzeń i sprzętów oraz osób pracujących).

- ◆ 6 decyzji dotyczących wycofania środków spożywczych o niewłaściwej jakości zdrowotnej (produkty nieoznakowane bądź przeterminowane), w tym 2 decyzje w zakładzie małej gastronomii);
- ◆ 73 decyzje zobowiązujące do poprawy stanu sanitarno – technicznego, w tym 39 decyzji w zakładzie małej gastronomii, w tym 126 w zakładach małej gastronomii;

W tej grupie obiektów, w wyniku stwierdzonych nieprawidłowości lub niewłaściwego stanu sanitarno – higienicznego natury bieżącej, nałożono na osoby winne zaniedbań 184 mandaty karne na kwotę 50 350 zł, w tym 76 mandatów na kwotę 20150 zł w zakładach małej gastronomii. Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa zachodniopomorskiego zgłoszono 64 interwencje, które uznano za zasadne, oraz 110 interwencji, które uznano za niezasadne, w tym 20 interwencji zasadnych oraz 58 niezasadnych w zakładach małej gastronomii. Ponadto, prowadzono jedno postępowanie egzekucyjne w związku z niewykonaniem części obowiązków nałożonych decyzją PPIŚ, nałożono grzywnę w kwocie 330 zł (decyzja z 2019 r. z terminem wykonania obowiązków w sezonie 2020 r.).

W 2020 r. w województwie pomorskim, z uwagi na liczbę turystów w obiektach turystycznych w okresie lipiec-sierpień 2020 r. (882 tys.²), drugim po województwie zachodniopomorskim (927,4 tys.)³, w okresie wakacyjnym 2020 r.:

- ◆ przeprowadzono: 1 746 kontroli (w tym 882 w zakładach małej gastronomii);
- ◆ stwierdzono nieprawidłowości: w 478 zakładach (w tym w 222 zakładach małej gastronomii);
- ◆ nałożono 275 mandatów karnych na łączną kwotę 83 050 zł (w tym 118 w zakładach małej gastronomii na łączną kwotę 34 950 zł);
- ◆ rozpatrzono: 181 interwencji zgłaszanych przez konsumentów (64 zgłoszone niezgodności potwierdziły się), w tym 95 dotyczących zakładów małej gastronomii (34 zgłoszonych niezgodności potwierdziło się);
- ◆ w wyniku nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli wstrzymano produkcję, obrót lub zamknięto 14 zakładów (w tym 6 zakładów małej gastronomii).

Na terenie województwa warmińsko-mazurskiego w 2020 r.:

- ◆ pod nadzorem znajdowało się 2 788 zakładów żywienia zbiorowego otwartego, w tym 1 536 zakładów małej gastronomii,
- ◆ skontrolowano łącznie 594 obiekty żywienia zbiorowego otwartego, w tym 251 obiektów małej gastronomii,
- ◆ przeprowadzono 856 kontroli sanitarnych, z czego 316 w zakładach małej gastronomii.

2 Źródło danych GUS Tablica 1. Turyści w turystycznych obiektach noclegowych w okresie lipiec-sierpień 2020 r. Wykorzystanie turystycznej bazy noclegowej 27.10.2020 r. w Polsce w lipcu i sierpniu 2020 r. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport/turystyka/wykorzystanie-turystycznej-bazy-noclegowej-w-polsce-w-lipcu-i-sierpniu-2020-r,-6,21.html>

3 Jw.

- ◆ nieprawidłowości stwierdzono w 171 zakładach żywienia zbiorowego otwartego, w tym w 68 zakładach małej gastronomii,
- ◆ wydano łącznie 140 decyzji, w tym jedną decyzję o unieruchomieniu obiektu (dla zakładów małej gastronomii wydano odpowiednio 45 decyzji nakazujących wyeliminowanie nieprawidłowości, w tym 1 decyzję o unieruchomieniu obiektu),
- ◆ nałożono 90 mandatów karnych na łączną kwotę 22 050 zł, w tym 44 mandaty na kwotę 11 600 zł w obiektach małej gastronomii.

4. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2020 r. w ewidencji nadzorowanych środków transportu żywności organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 28 865 pojazdów transportowych z wdrożonymi zasadami GHP oraz 7 952 z wdrożonym systemem HACCP.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku sprawozdawczym:

- ◆ zatwierdziły 3 533 nowych środków transportu żywności,
- ◆ skontrolowały 5 284 środki transportu żywności, z czego 346 oceniono z wykorzystaniem arkusza oceny stanu sanitarnego – w tym zakresie żaden nie został oceniony jako niezgodny z wymaganiami higienicznymi, będąc w dobrym stanie sanitarno-technicznym, posiadając wewnątrz gładkie powierzchnie umożliwiające zachowanie odpowiedniej jakości higienicznej transportowanej żywności, zabezpieczenie przed zwierzętami i przenikaniem ewentualnych zanieczyszczeń z zewnątrz.
- ◆ przeprowadziły 5 785 kontroli, w tym 22 interwencyjne,
- ◆ wydały 370 decyzji w wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, nakazujących przywrócenie stanu zgodnego z wymaganiami określonymi przepisach prawnych, w tym 1 decyzję odmawiającą zatwierdzenia pojazdu,
- ◆ nałożyły 10 mandatów na ogólną kwotę 2 450 PLN.

Zakłady produkujące żywność posiadają na ogół własne środki transportu, na które uzyskały pozytywne decyzje zatwierdzające organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Większość obiektów obrotu żywnością dysponuje odpowiednimi środkami transportu, dobrymi technicznie i przeznaczonymi wyłącznie do przewozu środków spożywczych. Niektóre zakłady korzystają z usług specjalistycznych firm transportowych. Do grupy tej należą również samochody należące do firm transportowych, świadczących usługi transportowe krajowe i międzynarodowe, posiadające urządzenia monitorujące nie tylko temperaturę przewozu żywności, ale również czas transportu i postoju (elektroniczne termometry, rejestratory, tachografy).

Podczas kontroli środków transportu sprawdzano przede wszystkim: stan higieniczno-techniczny pojazdów, w tym poziom czystości pojazdów i wyposażenia, karty mycia i dezynfekcji pojazdów, przestrzeganie za-



sad higieny, w tym higieny osobistej osób odpowiedzialnych za warunki transportu. Zwracano uwagę na zapewnienie odpowiedniego, niezbędnego wyposażenia i sprzętu w celu zachowania ciągłości łańcucha chłodniczego i sposobu monitorowania warunków transportu (nabiału, wędlin i wyrobów garmażeryjnych, mrożonek). W skontrolowanych obiektach prowadzono identyfikację w zakresie dostawców oraz odbiorców oferowanych artykułów spożywczych.

5. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Jakość zdrowotną środków spożywczych w latach 2010-2020 przedstawia Tabela 3.

Tab. 3 Jakość zdrowotna środków spożywczych

Rok	Środki spożywcze razem		W tym					
			krajowe		importowane		UE	
	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %
2010	66 913	3,56	56 088	3,56	7 456	3,66	3 369	3,32
2011	70 075	3,0	57 373	2,9	8 438	3,8	4 264	3,0
2012	67 665	4,02	55 426	3,95	7 285	5,2	4 954	3,1
2013	67 036	2,89	54 453	2,87	8 274	3,55	4 309	1,88
2014	69 779	2,96	56 584	3,14	8 172	2,33	5 023	2,05
2015	70 611	2,7	57 938	2,88	7 204	1,62	5 469	2,19
2016	80 369	2,87	68 671	2,93	5 831	2,08	5 867	2,98
2017	81 655	2,83	69 762	2,84	5 903	2,47	5 990	3,15
2018	81 938	3,03	69 290	3,17	6 143	2,12	6 505	2,38
2019	82 513	2,55	69 810	2,62	6 226	2,22	6 477	2,30
2020	58 883	3,09	50 527	3,36	4 621	1,36	3 685	1,60

Z porównania odsetka próbek zakwestionowanych (niepełniających przepisów prawa) w latach 2019 i 2020 wynika, że w 2020 roku jakość środków spożywczych wprowadzanych do obrotu w kraju uległa nieznacznemu pogorszeniu o 0,54pp.

W 2020 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 58 883 próbek środków spożywczych, z których 3,09% nie spełniało obowiązujących wymagań jakości zdrowotnej (w 2019 r. – 2,55%), w tym ze zbadanych 50 527 próbek żywności krajowej 3,36% nie spełniało przepisów prawa (w 2019 r. – 2,62%), z 4 621 próbek żywności importowanej – 1,36% (w 2019 r. – 2,22%), a z 3 685 zbadanych próbek żywności wyprodukowanej w UE poza Polską – 1,60% nie spełniało przepisów prawa (w 2019 r. – 2,30%).

Jakość zdrowotną środków spożywczych w rozbiu na krajowe, importowane oraz wyprodukowane w Unii Europejskiej poza Polską przedstawioną jako odsetek próbek zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2020 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 4.

Z danych zawartych w Tabeli 4 wynika, że nastąpiła poprawa jakości zdrowotnej żywności w grupach:

- ◆ ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne
- ◆ wyroby cukiernicze i ciastkarskie,
- ◆ orzechy, w tym arachidy,
- ◆ owoce,
- ◆ grzyby,
- ◆ ziarna roślin oleistych,
- ◆ majonezy, musztardy, sosy,
- ◆ wyroby garmażeryjne i kulinarne,
- ◆ żywność dla określonych grup,
- ◆ suplementy diety,
- ◆ sól spożywcza i jej zamienniki,

W niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup: mięso, podroby i przetwory mięsne; drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory; mleko i przetwory mleczne; miód i produkty pszczelarskie; warzywa, w tym strączkowe; napoje alkoholowe; wody mineralne i napoje bezalkoholowe; tłuszcze roślinne; koncentraty spożywcze; zioła i przyprawy; kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe oraz substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu.

5.1. Znakowanie środków spożywczych

Prawidłowe znakowanie zawierające obowiązkowe informacje na temat żywności, w tym dotyczące substancji lub produktów powodujących alergie lub reakcje nietolerancji służy ochronie zdrowia konsumentów poprzez zapewnienie podstaw do dokonywania świadomych wyborów oraz bezpiecznego stosowania żywności. Dlatego próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2020 r. na 25 769 ocenionych próbek – zakwestionowano 202, co stanowi 0,78% (w 2019 r. – 2,17%).

5.2. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami

W roku 2020 tak jak w latach ubiegłych sprawowany był nadzór nad obrotem grzybami świeżymi, suszonymi oraz przetworami grzybowymi. Nadzór prowadzony był na bieżąco, jednak podobnie jak w latach poprzednich prace w tym zakresie wzmożono w okresie letnio – jesiennym oraz zimowym, tj. przedświątecznym. Podczas

Tab. 4 Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2018-2020 r według grup żywności

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek											
		Ogółem			w tym:								
					krajowych			UE*			Z importu		
		2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	1,7	2,08	3,12	1,75	2,13	3,17	-	-	-	-	-	-
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	5,77	5,01	5,22	5,9	4,92	5,33	-	10,52	-	-	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	1,23	0,86	0,86	1,2	0,78	0,88	1,66	2,2	-	1,01	0,43	1,27
4.	Mleko i przetwory mleczne	7,3	7,14	11,87	7,47	7,55	12,30	1,6	0,17	-	-	-	-
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	2,19	2,65	1,68	2,41	2,83	1,80	1,85	1,3	1,46	0,64	2,93	0,45
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	1,8	1,19	1,18	1,81	1,13	1,16	1,5	4,78	1,89	1,7	-	2,2
7.	Cukier i inne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	2,86	-	1,61	3,5	-	1,77	-	-	-	-	-	-
9.	Orzechy, w tym arachidy	1,74	1,38	0,50	8,75	0,92	-	-	11,43	-	0,65	0,79	0,65
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1,73	1	1,48	1,88	1,03	1,60	0,65	0,5	0,37	-	1,99	1,19
11.	Owoce	1,75	1,07	0,97	1,4	0,62	0,83	1,75	1,89	1,16	2,54	1,87	1,24
12.	Grzyby	2,35	2,95	1,14	2,54	2,18	0,65	-	-	nb	-	10	4,44
13.	Drożdże	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
14.	Napoje alkoholowe	0,7	0,21	2,69	0,87	-	0,58	-	-	-	-	1,67	18,52
15.	Ocet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	nb
16.	Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	5,26	1,63	2,81	5,35	1,59	2,83	-	4,35	-	5,26	-	-
17.	Tłuszcze roślinne	0,89	1,18	1,60	0,7	0,63	1,07	0,47	1,33	4,08	3,84	5,81	-
18.	Ziarna roślin oleistych	1,2	1,23	0,25	8,8	0,88	1,06	-	19,15	-	0,07	0,47	0,14
19.	Koncentraty spożywcze	0,92	0,55	1,72	0,68	0,41	1,33	6,25	5,88	-	-	-	7,14
20.	Majonezy, musztardy, sosy	0,64	1,49	0,52	0,88	1,29	0,67	-	2,7	-	-	1,54	-
21.	Zioła, przyprawy	1,1	1,9	2,06	0,1	1	0,70	1,9	-	5,73	2,9	4,4	2,50
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	0,45	0,29	0,46	0,28	0,33	0,28	0,67	-	1,56	0,79	0,45	0,43
23.	Wyroby garmazeryjne i kulinarne	2,35	1,16	0,72	2,38	1,19	0,75	1,1	-	-	-	-	nb
24.	Żywność dla określonych grup	1,4	1,47	0,47	1,27	1,27	0,30	1,77	2,08	2,03	4,9	7,89	-
25.	Nowa żywność	nb	nb	-	nb	nb	-	nb	nb	nb	nb	nb	nb
26.	Suplementy diety	5,14	3,95	1,95	3,19	2,7	1,47	8,33	6,64	3,19	14,6	10,32	5,30
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	2,67	-	0,72	3,26	-	nb	2,7	-	5,26	2,08	-	nb
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	6,03	4,82	0,64	4,9	4,8	0,72	33,3	-	-	16,7	5,0	-
29.	Inne środki spożywcze	11,3	11,8	6,25	12,3	12,12	6,35	-	-	-	-	50,0	nb
30.	Razem środki spożywcze	3,03	2,55	3,09									
31.	Środki spożywcze krajowe				3,17	2,62	3,36						
32.	Środki spożywcze UE							2,12	2,22	1,60			
33.	Środki spożywcze z importu										2,38	2,3	1,36

Objaśnienia:

nb – nie badano

„ - „ brak przypadków zdyskwalifikowanych próbek

kontroli sprawdzono punkty handlowe obrotu grzybami: sklepy spożywcze, warzywnicze i hurtownie, a w szczególności targowiska, na których prowadzi się sprzedaż grzybów świeżych i suszonych. Nadzór nad wykorzystywaniem grzybów w przetwórstwie i gastronomii kontrolowano również w zakładach żywienia zbiorowego typu otwartego i zamkniętego oraz w miejscach produkcji żywności i przetworów z dodatkiem grzybów.

Podczas kontroli pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zwracali uwagę na takie aspekty jak właściwości organoleptyczne grzybów, sprzedaż w jednostkowych opakowaniach oraz oznakowanie towaru umożliwiające identyfikację produktu i producenta. Sprawdzano zgodność obrotu grzybami świeżymi i suszonymi z prawem żywnościowym w zakresie zapewnienia sprzedaży wyłącznie atestowanych produktów. Zgodnie z przywołanymi przepisami każda wprowadzona do obrotu pochodzących ze stanu naturalnego partia grzybów świeżych i suszonych, powinna być zaopatrzona w atest odpowiednio na grzyby świeże lub suszone. Uzyskanie atestu na grzyby świeże nie stanowiło problemu dla zbieraczy grzybów, ponieważ na targowiskach zatrudnieni byli klasyfikatorzy grzybów. W okresie przedsięwziętym wzmożono kontrole nad obrotem grzybami suszonymi. Stwierdzono właściwe warunki przechowywania i sprzedaży grzybów. W większości w skontrolowanych obiektach obrót grzybami świeżymi i suszonymi oraz przetworami grzybowymi prowadzony był prawidłowo. Również w przetwórniach owocowo-warzywnych, w których odbywała się produkcja z wykorzystaniem grzybów, zatrudnione są osoby z odpowiednimi kwalifikacjami, tj. grzyboznawcy. W roku sprawozdawczym nie wystawiono mandatu za niezachowanie należytego stanu sanitarnego podczas produkcji środków spożywczych zawierających grzyby.

W ramach nadzoru w przedmiotowym zakresie pobierano próbki grzybów i przetworów z ich udziałem. Próbki grzybów i ich przetworów pobranych do badań laboratoryjnych przebadano w kierunku zawartości metali ciężkich, napromienienia, skażenia promieniotwórczego, jak również w kierunku zawartości substancji dodatkowych – substancji konserwującej. Nieprawidłowości w pobranych próbkach nie stwierdzono. Pobór próbek grzybów odbywał się w ramach urzędowej kontroli oraz monitoringu.

Zatrucia grzybami

Krajowy rejestr zatruc grzybami prowadzony jest przez Wojewódzką Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Poznaniu.

Zgodnie z danymi obejmującymi wszystkie województwa w Polsce w roku 2020 zatruciu grzybami uległo 8 osób – w tym 4 hospitalizowano, z czego odnotowano 4 zgony. W stosunku do lat poprzednich należy stwierdzić, że w 2020 r. liczba przypadków była znacznie mniejsza, niż w latach ubiegłych. (2019 r. – 27 przypadków, 2018 r. – 16 przypadków, 2017 r. – 24 przypadki, 2016 r. – 46 przypadków)

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2020 r. wg gatunków – przedstawia Tabela 5

Zestawienie zatruc grzybami w 2020 r. wg. województw – – przedstawia Tabela 6

Tab. 5 Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2020 r. wg gatunków

GATUNEK GRZYBA	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	liczba ognisk	liczba zachorowań	liczba hospitalizacji	liczba zgonów
A. ZATRUCIA CYTOTROPOWE																
Muchomor sromotnikowy									6						6	4
Piestrzenica kasztanowata																
Zasłonak																
A. ZATRUCIA NEUROTROPOWE																
Łysiczka lancetowata																
Strzępiaki																
Muchomor czerwony																
Muchomor plamisty																
C. O DZIAŁANIU GASTRYCZNYM																
Gołąbek																
Gąska																
Lisówka pomarańczowa																
D. ZATRUCIA NIESWOISTE																
E. ZATRUCIA GAT. GRZYBÓW O NIEUSTALONEJ PRZYNALEŻNOŚCI									2						1	
RAZEM ZACHOROWAŃ:									8						7	4

Tab. 6 Zestawienie zatruc grzybami w 2020 r. wg województw

L.p.	Województwo	Liczba zachorowań	Liczba hospitalizacji	Liczba zgonów	muchomor sromotnikowy	muchomor czerwony	muchomor plamisty	pieczarki	krowiak podwinięty	borowikowate	gąska	gołąbek	Mleczaj rydz	piestrzenica	Czubajka kania	zatrucia nieswoiste	Gatunki grzybów o nieustalonej przynależności
1.	dolnośląskie	Nie zanotowano															
2.	kujawsko-pomorskie	Nie zanotowano															
3.	lubelskie	2	2	-	2												
4.	lubuskie	Nie zanotowano															
5.	łódzkie	Nie zanotowano															
6.	małopolskie	1	1	-											1		
7.	mazowieckie	Nie zanotowano															
8.	opolskie	Nie zanotowano															
9.	podkarpackie	Nie zanotowano															
10.	podlaskie	Nie zanotowano															
11.	pomorskie	1	-	-													1
12.	śląskie	Nie zanotowano															
13.	świętokrz.	Nie zanotowano															
14.	warmińsko-mazurskie	Nie zanotowano															
15.	wielkopolskie	4	2	4	4												
16.	zachodniopomorskie	Nie zanotowano															
	Razem:	8	5	4	6	5	2	2	1	1	13				1		1

Największą liczbę zatruc grzybami stwierdzono w województwie wielkopolskim (4 zachorowania) po spożyciu muchomora sromotnikowego. Pozostałe przypadki odnotowano (2) w woj. lubelskim, (1) w pomorskim i (1) w małopolskim. W 2020 r. nie odnotowano zatruc u dzieci.

W centralnej ewidencji grzyboznawców dla całego kraju, na koniec 2020 r. znajdują się 2 092 osoby posiadające uprawnienia grzyboznawcy.

W związku z wprowadzonymi obostrzeniami sanitarnymi w roku sprawozdawczym nie odbyły się zaplanowane wcześniej kursy dla kandydatów na klasyfikatora grzybów świeżych oraz na grzyboznawców.

W sprawach dotyczących grzybów, jak co roku, podejmowane były różnego rodzaju akcje edukacyjne mające na celu zapobieganie zatruciom grzybami. Profilaktyka i edukacja były prowadzone w większości powiatów. W okresie wzmożonego wzrostu i zbioru grzybów przekazywano do mediów (radio, telewizja, prasa) informacje o podstawowych zasadach bezpieczeństwa dla osób zbierających i spożywających grzyby, wprowadzania do obrotu handlowego grzybów świeżych i suszonych oraz o możliwości dokonania oceny zebranych grzybów w ramach bezpłatnych porad grzybowych prowadzonych w PSSE i WSSE. Podobne informacje ukazywały się także na stronach internetowych poszczególnych stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz w siedzibach powiatowych inspektorów sanitarnych.



5.3. System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF

System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (ang. Rapid Alert System for Food and Feed, w skrócie RASFF) służy do wymiany informacji pomiędzy organami urzędowej kontroli w Europie będącymi członkami tego systemu. Do systemu wprowadzane są informacje o żywności, paszach i materiałach do kontaktu z żywnością, potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia ludzi, zwierząt lub środowiska i działaniach następczych w wyniku zidentyfikowania takich produktów.

Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) 2019/1715 z dnia 30 września 2019 r. ustanawiające przepisy dotyczące funkcjonowania systemu zarządzania informacjami w zakresie kontroli urzędowych oraz jego składników systemowych (rozporządzenie w sprawie systemu IMSOC), zwane dalej rozporządzeniem IMSOC, włączyło system RASFF do sieci powiadamiania i współpracy, w której skład wchodzi także system współpracy i pomocy administracyjnej (ang. Administrative Assistance and Cooperation, zwany dalej AAC) i sieć na rzecz przeciwdziałania fałszowaniu żywności (ang. Food Fraud Network, FFN). Poza rozporządzeniem IMSOC główną podstawę prawną działania systemu RASFF stanowi rozporządzenie (WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiające ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołujące Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiające procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności, w szczególności art. 50 – 52 tego rozporządzenia.

Członkami sieci RASFF są punkty kontaktowe RASFF, które reprezentują: Komisję Europejską, Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA), kraje członkowskie UE, kraje członkowskie EFTA (Islandia, Lichtenstein, Norwegia, Szwajcaria).

W sytuacji gdy wykryte zostaje zagrożenie związane z żywnością, paszą lub wyrobem/materiałem do kontaktu z żywnością krajowy punkt kontaktowy danego członka sieci ma za zadanie przekazać bezzwłocznie do punktu kontaktowego Komisji Europejskiej tzw. powiadomienie na specjalnie dla tego celu stworzonym formularzu powiadomienia w elektronicznym systemie iRASFF.

Powiadomienia zgłaszane do RASFF dzielą się na alarmowe, informacyjne, powiadomienia o odrzuceniu na granicy oraz news. Zgodnie z aktualnie obowiązującymi definicjami, na podstawie rozporządzenia IMSOC:

- ◆ Powiadomienie alarmowe (zwane także powiadomieniem o zagrożeniu) – oznacza powiadomienie w iRASFF o poważnym bezpośrednim lub niebezpośrednim ryzyku związanym z żywnością, materiałem do kontaktu z żywnością lub paszą w rozumieniu artykułu 50 rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i artykułu 29 rozporządzenia (WE) nr 183/2005, które wymaga lub może wymagać podjęcia szybkich działań przez innego członka sieci RASFF (inny kraj członkowski);
- ◆ Powiadomienia informacyjne – oznacza powiadomienie w iRASFF o bezpośrednim lub niebezpośrednim ryzyku związanym z żywnością, materiałem do kontaktu z żywnością lub paszą zgodnie z artykułem 50 rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i artykułem 29 rozporządzenia (WE) nr 183/2005, które nie

wymaga podjęcia szybkich działań przez innego członka sieci RASFF (inny kraj członkowski). Wyróżnia się dwa rodzaje powiadomień informacyjnych: w celu podjęcia działań oraz w celu zwrócenia uwagi;

- ◆ Powiadomienie o odrzuceniu na granicy – oznacza powiadomienie w iRASFF o odrzuceniu partii, kontenera lub przesyłki żywności, materiału do kontaktu z żywnością lub paszy z powodu zidentyfikowania ryzyka, jak określono w punkcie (c) artykułu 50 ust. 3 rozporządzenia (WE) nr 178/2002;
- ◆ Powiadomienie news (zwane także powiadomieniem o aktualnych zdarzeniach) – oznacza powiadomienie w iRASFF o ryzyku związanym z żywnością, materiałem do kontaktu z żywnością lub paszą zgodnie z artykułem 50 rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i artykułem 29 rozporządzenia (WE) nr 183/2005, które pochodzi z nieformalnego źródła, zawiera niezwerfikowane informacje lub dotyczy jeszcze niezidentyfikowanego produktu;

Zgodnie z art. 52 ust. 1 rozporządzenia nr 178/2002 oraz art. 24 ust. 3 rozporządzenia IMSOC, Komisja Europejska udostępnia do wiadomości publicznej informacje dotyczące powiadomień alarmowych, powiadomień informacyjnych i powiadomień o odrzuceniu na granicy przekazywanych w ramach systemu RASFF.

Ww. informacje są publikowane w ogólnodostępnej bazie danych RASFF Portal na stronie internetowej <https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/portal/> i odnoszą się do: typu produktu, zidentyfikowanych zagrożeń, wyników badań analitycznych jeśli są dostępne, kraju pochodzenia produktów, krajów do których produkt został dostarczony, kraju zgłaszającego powiadomienie, podstawy zgłoszenia powiadomienia, podjętych działań i statusu dystrybucji zgłoszonych przez członków sieci RASFF do punktu kontaktowego RASFF Komisji Europejskiej.

Szczegółowe zasady działania systemu RASFF zostały opracowane przez Komisję Europejską w dokumencie pt. „Standardowe procedury operacyjne dla sieci systemu wczesnego ostrzegania o niebezpiecznej żywności i paszach oraz sieci pomocy i współpracy administracyjnej”, który w wersji angielskiej dostępny jest na stronie internetowej: https://ec.europa.eu/food/sites/food/files/safety/docs/rasff_reg-guid_sops_2018_01-06_en.pdf

Każdy członek sieci RASFF wyznacza jeden punkt kontaktowy, reprezentujący dany kraj lub organizację międzynarodową.

W Polsce zgodnie z art. 85 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia Główny Inspektor Sanitarny kieruje siecią systemu RASFF oraz:

- ◆ prowadzi krajowy punkt kontaktowy (KPK) systemu RASFF,
- ◆ jest odpowiedzialny za funkcjonowanie KPK,
- ◆ powiadamia Komisję Europejską o stwierdzonych przypadkach niebezpiecznej żywności oraz pasz.

Krajowy punkt kontaktowy RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (zwany dalej KPK RASFF w GIS) od momentu wejścia w życie rozporządzenia IMSOC reprezentuje Polskę w sieciach RASFF i AAC jako pojedyn-

czy punkt kontaktowy (ang. single contact point, zwany dalej SCP). Zgodnie z ww. rozporządzeniem celem GIS jest zapewnienie właściwej komunikacji w ramach sieci RASFF i AAC pomiędzy Komisją Europejską i krajami członkowskimi obu sieci, a organami urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce.

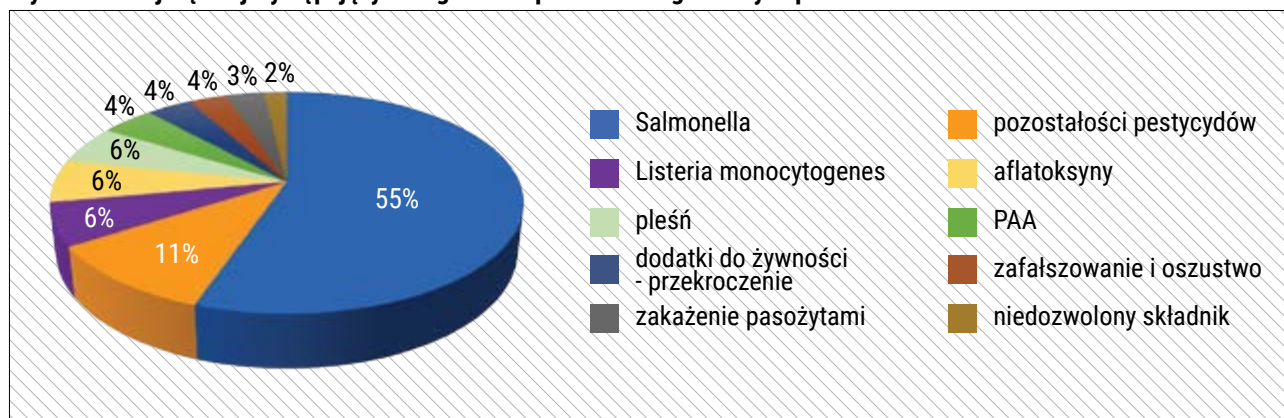
Organy urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce przekazują informacje o stwierdzonych na terenie Polski przypadkach niebezpiecznej żywności, pasz lub materiałów do kontaktu z żywnością zgodnie z zakresem systemu RASFF do KPK RASFF w GIS, obecnie SCP, oraz podejmują odpowiednie działania na podstawie powiadomień RASFF i raportują o wynikach tych działań.

W okresie od 01/01/2020 do 31/12/2020 KPK RASFF w GIS zgłosił 184 powiadomienia do systemu RASFF, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	57
informacyjne	81
o odrzuceniu na granicy	46
Suma końcowa	184

Z całkowitej liczby 184 powiadomień zgłoszonych do RASFF przez Polskę, 159 powiadomień dotyczyło żywności, 11 powiadomień dotyczyło wyrobów do kontaktu z żywnością, a 14 powiadomień dotyczyło paszy.

Wyk. 4 10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez PL w 2020 r.



Najczęstsze przyczyny zgłoszenia powiadomień do RASFF przez Polskę w 2020 r. to obecność w żywności i paszach: *Salmonella* (89 powiadomień), pozostałości pestycydów (17 powiadomień), *Listeria monocytogenes* (10 powiadomień), aflatoksyny (10 powiadomień) oraz pleśni (9 powiadomień).



Podstawą do zgłoszenia powiadomień w 2020 r. było wykrycie ryzyka:

- ◆ w trakcie kontroli na etapie produkcji lub obrotu prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (103 powiadomienia);
- ◆ w trakcie kontroli granicznych podczas importu towarów do Polski prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (48 powiadomień);
- ◆ w trakcie kontroli wewnętrznych prowadzonych przez przedsiębiorstwa branży spożywczej i paszowej (32 powiadomienia);
- ◆ w trakcie kontroli ofert internetowych prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (1 powiadomienie).

W całej Unii Europejskiej obowiązują specjalne przepisy, które zwiększają poziom kontroli urzędowych i nakładają specjalne warunki dotyczące przywozu niektórych rodzajów pasz i żywności z niektórych państw trzecich. Zwiększoną częstotliwość kontroli granicznych stosuje się do towarów, w których najczęściej wykrywane jest dane zagrożenie.

Znaczna liczba powiadomień o odrzuceniu na granicy zgłoszonych przez Polskę była wynikiem właśnie takich kontroli, w tym 10 powiadomień dotyczących aflatoksyn (w suszonych figach z Turcji – 2 powiadomienia, w orzeszkach ziemnych ze Stanów Zjednoczonych, Paragwaju, Brazylii, Nigerii – po 1 powiadomieniu, w orzechach laskowych z Gruzji i nasionach słonecznika z Turcji – po 1 powiadomieniu, ponadto w 2 przypadkach weryfikacja obowiązkowej dokumentacji w zakresie aflatoksyn w trakcie kontroli granicznej wykazała niezgodności), 7 powiadomień dotyczących pozostałości pestycydów (w herbacie czarnej i zielonej importowanej z Chin – 6 powiadomień oraz w cytrynach z Turcji – 1 powiadomienie), 4 powiadomienia dotyczące wykrycia pałeczek *Salmonella* (w nasionach sezamu z Nigerii i Indii – po 2 powiadomienia). Ponadto na podstawie wyników kontroli granicznej zgłoszono także m.in. 8 powiadomień dot. zapleśnienia – 7 w materiale paszowym (6 z Ukrainy i 1 z Rosji) oraz 1 w malinach pochodzących z Ukrainy; 7 powiadomień dot. nieprawidłowości w zakresie substancji dodatkowych do żywności oraz 5 powiadomień dot. obecności pasożytów w rybach.

Pozostałe zagrożenia najczęściej zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2020 r. to:

- ◆ stwierdzenie migracji pierwszorzędowych amin aromatycznych (7 powiadomień) oraz migracji formaldehydu i migracji globalnej (po 1 powiadomieniu) z wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością
- ◆ przekroczenia maksymalnego poziomu substancji dodatkowych: barwnika w chipsach ziemniaczanych i arkuszach sojowych; substancji słodzącej w marynowanej rzodkwi, substancji konserwujących w wiórkach kokosowych i śliwkach suszonych bez pestek (6 powiadomień) oraz niedozwolonego zastosowania barwnika w wyrobie czekoladopodobnym, substancji zagęszczającej w zupie instant, azotynu sodu w surowym wyrobie mięsnym (3 powiadomienia)

- ◆ stwierdzenie zafałszowania i oszustwa dot. niewłaściwych dokumentów importowych dla substancji dodatkowej: gumy guar, przekroczenia stężenia mocznika w drożdżach paszowych, niedozwolonego wprowadzenie do obrotu koniny i dodatku paszowego (5 powiadomień)
- ◆ stwierdzanie składników niedozwolonych w żywności: johimbiny i sydenafilu w suplementach diety i barwników: Gardenia Blue i Yellow w słomkach ryżowych (3 powiadomienia)
- ◆ przekroczenie najwyższego dopuszczalnego poziomu kadmu w bezglutenowym produkcie zbożowym, w makreli, w mięsie innym niż drobiowym (konina) (3 powiadomienia) oraz stwierdzenie migracji ołowiu z wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością (1 powiadomienie)
- ◆ WWA w chipsach bananowych oraz mielonym cynamonie (2 powiadomienia)
- ◆ obecność ciała obcego (plastikowy fragment, larwy owadów) w batonikach owocowych i orzechach laskowych (po 1 powiadomieniu)
- ◆ pozostałość leków weterynaryjnych w serwatce w proszku i w mięsie drobiowym (2 powiadomienia).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez Polskę do RASFF w 2020 r. pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

Tab. 7

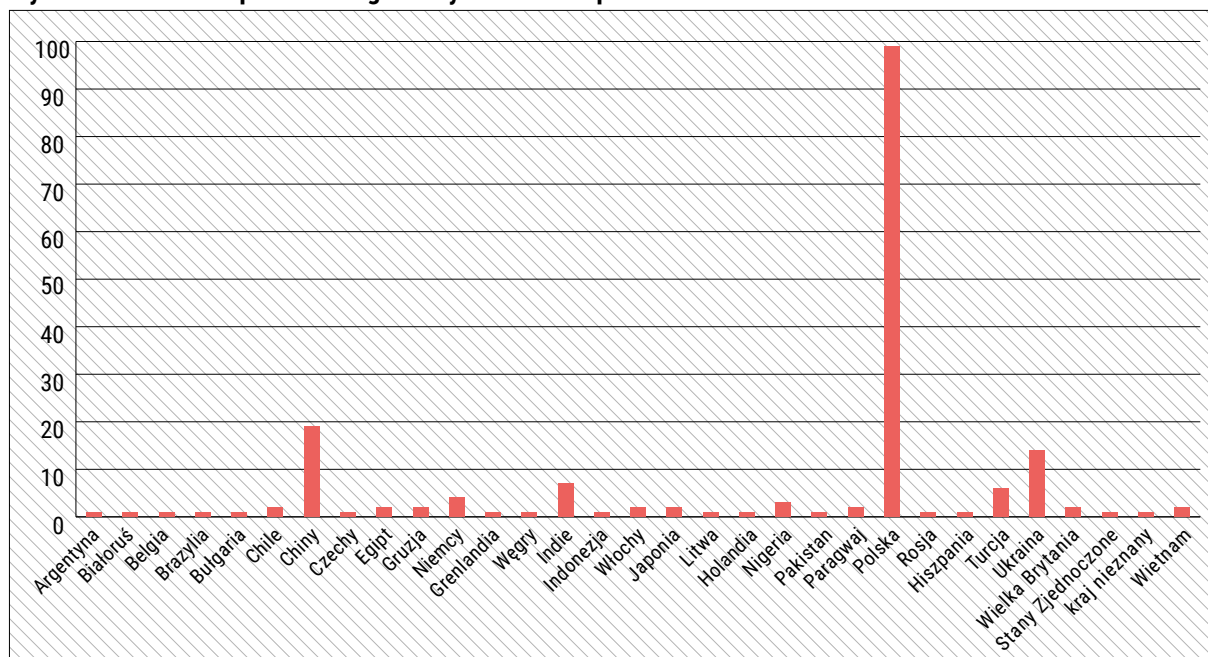
Zagrożenie	Suma
Salmonella	89
pozostałości pestycydów	17
Listeria monocytogenes	10
aflatoksyny	10
pleśń	9
PAA	7
dodatki do żywności – przekroczenie	6
zafałszowanie i oszustwo	5
zakażenie pasożytami	5
niedozwolony składnik	3
dodatki do żywności – niedozwolone zastosowanie	3
kadm	3
WWA	2
ciało obce	2
pozostałość leków weterynaryjnych	2
niedeklarowane w składzie – gluten	1
nieprawidłowa etykieta	1
ołów (migracja)	1
Escherichia Coli wytwarzająca toksynę Shiga (STEC)	1
migracja formaldehydu	1
migracja globalna	1
ochratoksyna A	1
DON	1
nowa żywność	1
wadliwe opakowanie	1
zanieczyszczenia produkcyjne	1
Suma	184

Tab. 8

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	73
orzechy, produkty pochodne, nasiona	18
wyroby do kontaktu z żywnością	11
owoce i warzywa	11
materiał paszowy	11
ryby i produkty pochodne	10
mięso inne niż drobiowe	10
kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	7
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	4
zioła i przyprawy	4
wyroby cukiernicze	4
produkty zbożowe i piekarskie	4
jaja i produkty jajeczne	3
dania gotowe i przekąski	3
żywność dla zwierząt	2
zupy, buliony, sosy i przyprawy	2
mleko i produkty mleczne	2
lody i desery	2
tłuszcze i oleje	1
substancje dodatkowe i aromaty	1
dodatki paszowe	1
Suma końcowa	184

Większość produktów zgłoszonych do RASFF przez Polskę w 2020 r. pochodziło z Polski oraz z krajów spoza Unii Europejskiej – Chin, Ukrainy, Indii i Turcji.

Wyk. 5 Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2020 r.



W okresie od 01/01/2020 do 31/12/2020 wszyscy członkowie sieci RASFF zgłosili do systemu 377 powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	147
informacyjne	229
o odrzuceniu na granicy	1
Suma końcowa	377

Z całkowitej liczby 377 powiadomień zgłoszonych do RASFF dotyczących produktów pochodzących z Polski, 359 powiadomień dotyczyło żywności (95,2%) i 18 powiadomień dotyczyło pasz (4,8%).

Wyk. 6 10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach pochodzących z Polski w 2020 r.

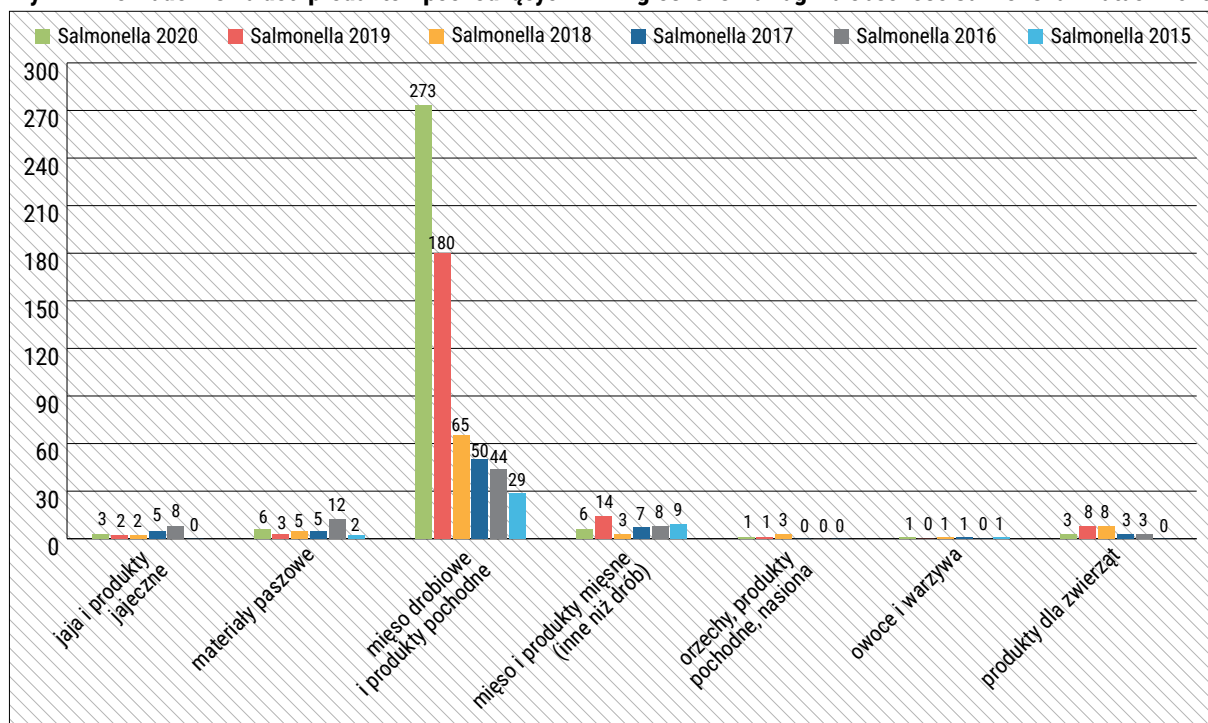


Najczęściej identyfikowane zagrożenie w roku 2020, będące przyczyną zgłoszenia do RASFF powiadomień dotyczących produktów z Polski to występowanie niebezpiecznej dla zdrowia bakterii *Salmonella*, przede wszystkim w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (273 powiadomienia), mięsie i produktach mięsnych innych niż drób (6 powiadomień), produktach dla zwierząt domowych – gryzakach (3 powiadomienia), materiałach paszowych (6 powiadomień), jajach (3 powiadomienia), w orzechach, produktach pochodnych i nasionach oraz owocach i warzywach (po 1 powiadomieniu).

Liczba powiadomień dotyczących produktów z Polski kwestionowanych z uwagi na wykrycie w nich pałeczek *Salmonella* wciąż rośnie na przestrzeni ostatnich lat. Tendencje w poszczególnych kategoriach żywności w tym zakresie w latach 2015-2020 obrazuje poniższy wykres (wykres nie uwzględnia kategorii żywności, które nie występowały w roku 2020).

Drugim oraz trzecim najczęściej notowanym w RASFF zagrożeniem wykrywanym w produktach pochodzących z Polski była obecność bakterii *Listeria monocytogenes* w rybach, mięsie drobiowym, mięsie i produktach innych niż drobiowe oraz w daniach gotowych i przekąskach (20 powiadomień) oraz stwierdzenie po-



Wyk. 7 Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność Salmonella w latach 2015 - 2020

zostałości pestycydów w owocach i warzywach (jabłka, truskawki, pomidory, brokuły i kapusta pekińska), w sezamie, w chmielu i w karmie dla ptaków oraz materiale paszowym (12 powiadomień).

Pozostałe zagrożenia najczęściej wykrywane w produktach pochodzących z Polski, które zgłoszono do RASFF w 2020 r. to:

- ◆ brak informacji o obecności alergenów tj. gorczyca, soja, orzechy, jęczmień, składniki mleka w różnych produktach spożywczych (7 powiadomień)
- ◆ powiadomienia związane ze stwierdzeniem: w wyrobach cukierniczych wysokiej zawartość izomerów trans kwasów tłuszczowych (3 powiadomienia), w maku wysokiej zawartości morfiny, w suplementie diety obecności substancji aktywnej farmakologicznej – melatoniny, w karmie dla ptaków wysokiej zawartości ambrozji (po 1 powiadomieniu)
- ◆ obecność niedozwolonego składnika nowej żywności – kannabidiolu (CBD) w suplementach diety (2 powiadomienia), ekstraktu z *Inonotus obliquus* (błyskoporek podkorowy) w kawie oraz sennozydu A i B oraz składnika – Kruszyny pospolitej w herbacie (po 1 powiadomieniu)
- ◆ stwierdzenie zafałszowania i oszustwa dot. niedozwolonego wprowadzenie do obrotu koniny (2 powiadomienia) i dodatku paszowego (1 powiadomienie)
- ◆ mikotoksyny: aflatoksyny B1 oraz sumy aflatoksyn B1+B2+G1+G2 w mielonym imbirze, deoksyniwalenolu w ziarnie kukurydzy przeznaczonym do prażenia, ochratoksyny A w płatkach jaglanych (po 1 powiadomieniu)
- ◆ biologiczne zanieczyszczenia: histamina w rybach i toksyczne nasiona chwastów *Datura stramonium* w płatkach owsianych

- ◆ wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (WWA) w mięsie i produktach mięsnych innych niż drób oraz w chipsach bananowych (po 1 powiadomieniu)
- ◆ przekroczenia maksymalnego poziomu substancji dodatkowych: substancji konserwującej – sorbinianu potasu E 202 w śliwkach suszonych bez pestek oraz barwnika – tartrazyny E 102 w dodatku paszowym (2 powiadomienia)
- ◆ ciała obce (szkło i plastik) w kawiorze i w batoniku owocowym (2 powiadomienia)
- ◆ kadm, pleśń, niewystarczająca kontrola i pozostałości leków weterynaryjnych w różnych produktach (po 2 powiadomienia dla każdego typu zagrożenia).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez członków sieci do RASFF w 2020 r. w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski, pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów.

Tab. 9

Zagrożenie	Suma
Salmonella	291
Listeria monocytogenes	20
pozostałości pestycydów	12
alergeny	7
skład	6
nowa żywność	4
zafałszowanie i oszustwo	3
mikotoksyny	3
zanieczyszczenia biologiczne	2
WWA	2
dodatki do żywności – przekroczenie	2
ciało obce	2
kadm	2
pleśń	2
niewystarczająca kontrola	2
pozostałość leków weterynaryjnych	2
dodatek paszowy – przekroczenie	1
dodatki do żywności – niedozwolone zastosowanie	1
nieprawidłowa etykieta	1
ołów	1
STEC	1
niepatogenne mikroorganizmy	1
sporysz żyta	1
alkaloidy pirolizydynowe	1
THC	1
zmiany organoleptyczne	1
wadliwe opakowanie	1
Campylobacter jejuni i Salmonella	1
podejrzanie ogniska zatrucia (Salmonella)	1
podejrzanie ogniska zatrucia (STEC)	1
norowirus	1
Suma końcowa	377

Tab. 10

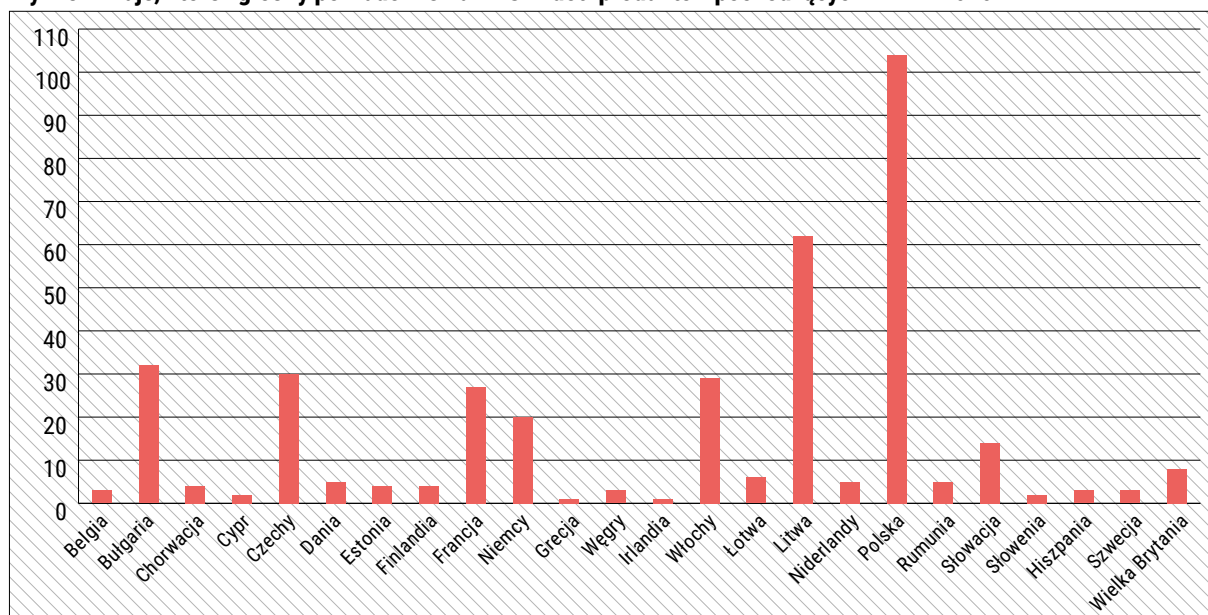
Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	276
mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	19
ryby i produkty pochodne	16
owoce i warzywa	12
materiały paszowe	10
produkty zbożowe i piekarskie	6
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	5
jaja i produkty jajeczne	4
orzechy, produkty pochodne, nasiona	4
żywność dla zwierząt	4
dania gotowe i przekąski	4
kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	3
wyroby cukiernicze	3
mieszanki paszowe	2
inny produkt spożywczy	2
zupy, buliony, sosy i przyprawy	2
dodatki paszowe	1
premiksy paszowe	1
zioła i przyprawy	1
miód i mleczko pszczele	1
lody i desery	1
Suma końcowa	377

W omawianym okresie najwięcej powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski zostało zgłoszonych przez Polskę (104 powiadomienia), Litwę (62), Bułgarię (32), Czechy (30), Włochy (29), Francję (27), Niemcy (20), Słowację (14), Wielką Brytanię (8) i Łotwę (6 powiadomień). Obowiązek przekazywania właściwych informacji do RASFF, które mogą być istotne z punktu widzenia odpowiednich władz odpowiedzialnych za kontrolę żywności i pasz w Unii Europejskiej, wynika z przepisów prawa Unii Europejskiej, a w szczególności art. 50 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002 r. i jest taki sam dla każdego członka sieci RASFF. Polska lojalnie i otwarcie uczestniczy w systemie RASFF przekazując odpowiednie informacje o niebezpiecznej żywności i paszach do systemu.

Wykres 8 obrazuje przedstawioną sytuację w tym zakresie.

Ponadto KPK RASFF w GIS systematycznie zgłaszał do systemu RASFF w analizowanym okresie powiadomienia uzupełniające (łącznie ponad 900), w których informowano o działaniach podjętych w Polsce przez organy urzędowej kontroli żywności i pasz i/lub zaangażowane podmioty w następstwie wykrycia produktów niebezpiecznych zgłoszonych do RASFF.

Wyk. 8 Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z PL w 2020 r.



Powiadomienia RASFF zwykle związane są z wycofaniem produktu (żywności, paszy, wyrobów do kontaktu z żywnością) z obrotu i/lub od konsumentów. Obowiązek wycofania żywności i pasz, które są niezgodne z wymaganiami w zakresie ich bezpieczeństwa, spoczywa na podmiotach działających na rynku żywności i pasz, zgodnie z art. 19 i 20 rozporządzenia (WE) nr 178/2002.

Zgodnie z art. 10 rozporządzenia (WE) nr 178/2002, w sytuacjach, w których istnieją uzasadnione podstawy, aby podejrzewać, że żywność może stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi, w zależności od charakteru, powagi i rozmiaru ryzyka, Główny Inspektor Sanitarny informuje opinię publiczną za pośrednictwem tzw. ostrzeżeń publicznych publikowanych na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/gis> o charakterze ryzyka dla zdrowia, określając możliwie najdokładniej żywność, bądź rodzaj żywności, ryzyko, jakie mogą one stanowić oraz środki podjęte lub, które są planowane w celu zapobieżenia, zmniejszenia lub likwidacji ryzyka. W 2020 roku na stronie internetowej GIS opublikowano 74 ostrzeżenia publiczne dotyczące zarówno żywności jak i materiałów do kontaktu z żywnością.

5.4. Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO)

W 2020 r. zbadano 329 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych. Spośród powyższych nie zdyskwalifikowano żadnej z próbek. Do badań w 2020 r., podobnie jak w latach ubiegłych, pobierano próbki z produktów potencjalnie mogących zawierać GMO, a nie oznakowanych informacją o modyfikacji genetycznej, produkty zawierające w oznakowaniu informację o braku modyfikacji genetycznej (w zakresie sprawdzenia zgodności z przepisami unijnymi, tj. pod kątem obecności nieautoryzowanego GMO oraz właściwego oznakowania)⁴ oraz produkty oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, ale potencjalnie mogące również zawierać inny materiał GM niedopuszczony w UE.

⁴ Zgodność oznakowania żywności informacją o braku modyfikacji genetycznej z przepisami krajowymi, tj. ustawą z dnia 13 czerwca 2019 r. o znakowaniu produktów wytworzonych bez wykorzystania organizmów genetycznie zmodyfikowanych jako wolnych od tych organizmów – kontrolują organy IJHARS

Do badań pobierano m.in. produkty z soi, kukurydzy i ryżu, warzywa, owoce, rzepak, przetwory mięsne i drobiowe, wyroby cukiernicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze oraz produkty zbożowe przetworzone i żywność dla dzieci.

Ważną rolę w zakresie nadzoru nad obrotem produktami odgrywa zawsze kontrola dokumentacji w zakresie możliwości śledzenia żywności w łańcuchu żywnościowym, tzw. traceability. Kontrola ta ma szczególne znaczenie w odniesieniu do produktów wyprodukowanych z GMO, dla których nie jest możliwe oznaczenie GMO z uwagi na brak materiału białkowego, w takich produktach jak olej, a także cukier.



5.5. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety, żywności dla określonych grup oraz żywności obowiązkowo wzbogacanej

5.5.1. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety

Nadzór sanitarny w zakresie bezpieczeństwa suplementów diety sprawowany przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z ustawowymi kompetencjami obejmuje zarówno produkcję jak i dystrybucję tych produktów. Nadzór sanitarny sprawowany jest m. in. poprzez kontrole planowe i interwencyjne, realizację planu pobierania próbek, szybką wymianę informacji w ramach systemu RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed), AAC (Administrative Assistance and Cooperation), a także przy współpracy z Państwową Inspekcją Farmaceutyczną.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wraz z organami Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej przeprowadziły kontrole obiektów znajdujących się pod wspólnym nadzorem (hurtownie farmaceutyczne, apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz sklepy zielarsko-medyczne). Zakres tematyczny kontroli obejmował najczęściej zagadnienia dotyczące: poprawności prezentacji i reklamy oferowanych do sprzedaży suplementów diety. Sprawdzano czy prezentacja i/lub reklama umożliwia odróżnienie suplementów diety od produktów leczniczych oraz monitorowano pozostawanie w obrocie produktów spełniających jednocześnie kryteria produktów leczniczych oraz produktów z grupy suplementów diety lub produktów zafałszowanych substancjami niedozwolonymi do stosowania w żywności.

Zakres nadzoru sanitarnego

Rejestr przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje, że na terenie Polski funkcjonują 273 wytwórnie oraz 844 hurtownie suplementów diety. Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i/lub dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) miało 244 wytwórnie suplementów diety oraz 609 hurtowni. Wdrożony system HACCP posiadało 235 zakładów produkcyjnych oraz 344 hurtowni suplementów diety.

W 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- ◆ 120 obiektów, tj. 43,96% wytwórców funkcjonujących na terenie kraju;
- ◆ 189 obiektów obrotu hurtowego, tj. 22,39% ogółu obiektów obrotu hurtowego suplementów diety.

Dokonano oceny kompleksowej w 35 obiektach kontrolowanych – 11,72% obiektów ogółem, natomiast w przypadku hurtowni ocenie kompleksowej poddano 25 obiektów – tj. 2,96% obiektów hurtowych ogółem. Wyniki oceny stanu sanitarnego z wykorzystaniem arkusza oceny nie wykazały żadnych niezgodności z ustalonymi wymaganiami sanitarno-higienicznymi. Łączna liczba kontroli i rekontroli przeprowadzonych w 2020 r.

we wszystkich obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety wynosiła 849, w tym 154 kontrole stanowiły kontrole interwencyjne.

W następstwie przeprowadzonych kontroli właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 136 decyzji administracyjnych, w tym 72 decyzje skierowano do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją, a 64 do wytwórców suplementów diety. Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 32 decyzje zakazujące wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2020 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych dokonały analiz laboratoryjnych 2206 suplementów diety, w tym:

- ◆ 1 773 produkcji krajowej,
- ◆ 282 z krajów członkowskich UE,
- ◆ 151 produktów z importu.

Kierunki badań oraz liczbę zbadanych próbek suplementów diety przedstawia Tabela 11.

Tab. 11 Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2020 r. (w nawiasie podano liczbę próbek zdyskwalifikowanych jeżeli takie były).

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych (z czego zdyskwalifikowanych) próbek	W tym:		
			import	UE	krajowe
1	zanieczyszczenia mikrobiologiczne	486	10	51	425
2	metale szkodliwe dla zdrowia	207	22	30	155
3	mikotoksyny	30	0	12	18
4	substancje dodatkowe dozwolone	214	2	21	191
5	znakowanie	1 550 (30)	94 (4)	194 (5)	1 226 (21)
6	organoleptycznie	1 175	72	149	954
7	zanieczyszczenia biologiczne	3	0	1	2
8	inne parametry	1 100 (14)	99 (4)	134 (4)	867 (6)

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania (68,18%). Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 30 przypadkach badanych próbek (4 spoza UE, 5 z krajów UE, 21 produktów krajowych). Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli 12.

Tab. 12 Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2020 r.

Rok	suplementy diety		W tym					
			krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2020	2 206	1,95%	1 773	1,47%	151	5,30%	282	3,19%

Ponadto w 2020 roku Narodowy Instytut Leków w ramach umowy z Głównym Inspektoratem Sanitarnym dokonał analizy 55 suplementów diety pobranych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Badania prowadzone były w kierunku identyfikacji w suplementach diety niedeklarowanych aktywnych farmakologicznie substancji (syldenafilu, tadalafilu, wardenfilu, sybutraminy i ich analogów, winpocetyny, hupercyny, johimbiny), delta – 9-tetrahydrokannabinolu oraz substancji zabronionych z listy Światowej Agencji Antydopingowej (WADA). Spośród przebadanych próbek w jednym produkcie wykryto substancję niedozwoloną w żywności – sildenafil, natomiast w drugim produkcie stwierdzono obecność johimbiny.

5.5.2. Żywność dla określonych grup

W katalogu żywności dla określonych grup wyróżniamy:

- ◆ preparaty do początkowego żywienia niemowląt i preparaty do dalszego żywienia niemowląt,
- ◆ produkty zbożowe przetworzone i inna żywność dla dzieci,
- ◆ żywność specjalnego przeznaczenia medycznego,
- ◆ środki spożywcze zastępujące całodzienną dietę, do kontroli masy ciała.

Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały łącznie 7 wytwórni żywności dla określonych grup. Liczba tego rodzaju obiektów objętych rejestrem przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2020 r. to 14 obiektów. Na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego zostały ocenione 3 spośród skontrolowanych wytwórni, w żadnej z nich nie wykazano niezgodności. Zatwierdzono jedną wytwórnię.

Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej stwierdzono w 13 wytwórniach; wdrożony system HACCP stwierdzono w 12 wytwórniach żywności dla określonych grup.

Łączna liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli wyniosła 40, w tym 6 kontroli interwencyjnych.

W roku 2020 w odniesieniu do wytwórni żywności dla określonych grup nie wydano żadnych decyzji administracyjnych, nie nałożono żadnych mandatów i nie wystawiono żadnych wniosków o ukaranie.

Ponadto z ww. wytwórni pobrano 150 próbek środków spożywczych, wśród których nie było żadnej, która została zdyskwalifikowana.

Stan sanitarny nadzorowanych obiektów oceniany był przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z jednolitymi procedurami urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością uwzględniającymi przepisy w zakresie wymagań higieniczno – sanitarnych.



Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup:

W 2020 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 4 068 próbek żywności dla określonych grup. Kierunki badań oraz liczba próbek żywności dla określonych grup zostały przedstawione w Tabeli 13.

Tab. 13 Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2020 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import	UE	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	2 273	0	144	2 129
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	468	17	50	401
3	Pozostałości pestycydów	180	0	14	166
4	Mikotoksyny	250	4	14	232
5	Zanieczyszczenia azotanami	197	2	18	177
6	Substancje dodatkowe dozwolone	66	0	31	35
7	Obecność GMO	15	0	3	12
8	Znakowanie	2 595	21	289	2 285
9	Organoleptycznie	2 261	16	140	2 105
10	Zanieczyszczenia biologiczne	25	1	1	23
11	Zanieczyszczenia fizyczne	38	1	5	32
12	Inne parametry	437	7	53	377

Spośród wszystkich 4 068 przebadanych próbek żywności dla określonych grup największy odsetek (89%) stanowiły próbki produktów krajowych – 3 639 próbek. Zbadano 394 próbki produktów z Unii Europejskiej (UE) (co stanowiło 10% wszystkich badanych próbek) oraz 35 próbek produktów z importu spoza UE (1% wszystkich zbadanych próbek).

Ogółem zdyskwalifikowano 19 próbek żywności dla określonych grup, co stanowi 0,5% wszystkich zbadanych próbek z tej kategorii. Wśród zdyskwalifikowanych próbek, żadna z nich nie pochodziła z importu, 8 pochodziło z UE a 11 było próbkami produktów krajowych. Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych wraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli 14.

Tab. 14 Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane.

Rok	żywność dla określonych grup		W tym					
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
			Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2020	4 068	0,5%	3 639	0,3%	35	0%	394	2%

Najwięcej – 13 próbek produktów – co stanowi 68% wszystkich zdyskwalifikowanych próbek, zakwestionowano ze względu na niewłaściwe oznakowanie, 5 próbek zdyskwalifikowano ze względu na „inne parametry”, 1 próbkę ze względu na metale szkodliwe dla zdrowia.

5.5.3. Żywność obligatoryjnie wzbogacana

W ramach planu pobierania próbek żywności do badań laboratoryjnych w zakresie urzędowej kontroli żywności i monitoringu w roku 2020 r. pobranych zostało 157 próbek z kategorii – sól spożywcza i jej zamienniki. Wśród pobranych próbek 139 pochodziło z produkcji krajowej, 14 z importu spoza UE, a 4 z innych krajów UE.

Kierunki badań oraz liczba próbek soli spożywczej i jej zamienników zbadanych przez laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej zostały przedstawione w poniższej Tabeli.

Tab. 15 Zakres badań próbek soli spożywczej i jej zamienników przeprowadzonych w 2020 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			Import	UE	krajowe
1.	Metale szkodliwe dla zdrowia	8	5	0	3
2.	Znakowanie	118	7	3	108
3.	Organoleptycznie	123	10	4	109
4.	Inne parametry	148	8	4	136

Wśród przebadanych próbek soli spożywczej i jej zamienników zdyskwalifikowana została 1 próbka krajowa, co stanowi wartość 0,64% ogółu zbadanych próbek (0,72% próbek krajowych).

Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych wraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli poniżej.

Tab. 16 Jakość zdrowotna soli spożywczej i jej zamienników – próbki zdyskwalifikowane.

Rok	Sól spożywcza i jej zamienniki		W tym					
			krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2020	157	0,64%	139	0,72%	14	0%	4	0%



6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu żywnością

Nadzór sanitarny nad materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością oraz obejmuje zarówno sanitarno-higieniczne warunki produkcji, jak i bezpieczeństwo zdrowotne tych produktów.

W 2020 r. przeprowadzono łącznie 1 749 kontrole w wytwórniach i miejscach obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością (w 2019 – 1668 kontroli). Zwracano uwagę na oznakowanie wyrobu i materiału przeznaczonego do kontaktu z żywnością pod kątem przestrzegania wymagań obowiązujących przepisów dotyczących prawidłowego znakowania tego typu produktów. W celu weryfikacji pobierano próbki materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością do badań laboratoryjnych. W 2020 r. na 1119 ocenionych próbek – zakwestionowano 15.

2020 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 1,34% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2019 r. – 1,14%), w tym produkcji krajowej – 0,80% (w 2019 r. – 0,74%), wyprodukowanych w UE – 0,58% (w 2019 r. – 1,45%) oraz z importu – 1,93% (w 2019 r. – 1,26%).

7. Wybrane zagadnienia żywienia zbiorowego

Żywnienie zbiorowe zamknięte jest szczególnie istotnym elementem podstawowej formy wyżywienia dla określonych grup konsumentów (pacjentów szpitali, dzieci w szkołach i przedszkolach, wychowanków domów dziecka, pensjonariuszy domów pomocy społecznej, itp.).

Warunki produkcji i obrotu żywnością regulują obowiązujące przepisy prawa żywnościowego. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorują warunki higieniczno-sanitarne w obiektach produkcji i obrotu żywnością, w tym m.in. w zakładach żywienia zbiorowego.

Natomiast zasady racjonalnego żywienia oraz zalecane racje pokarmowe dla różnych grup ludności opracowują (zgodnie z kompetencjami i aktualnym stanem wiedzy) oraz publikują jednostki badawczo-rozwojowe podległe i nadzorowane przez Ministra Zdrowia, w tym ostatnie kilkanaście lat głównie Instytut Żywności i Żywienia (obecnie włączony w strukturę Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny). Przy planowaniu i realizacji żywienia zbiorowego, korzystne jest posługiwanie się modelowymi racjami pokarmowymi, w których podane są ilości poszczególnych grup produktów spożywczych. Dla większości obiektów mają one formę zaleceń oraz spełniają rolę edukacyjną w praktycznej realizacji tego rodzaju żywienia. Oceny sposobu żywienia dokonywane w obiektach, dla których nie wprowadzono przepisów dot. żywienia – przesyłane są w formie pism (zawierających również informacje o stwierdzonych nieprawidłowościach) do przedsiębiorców prowadzących żywnienie – odpowiedzialnych za bezpieczeństwo żywności i jakość żywienia oraz do wiadomości jednostkom nadrzędnym lub dyrektorom obiektów.

Ocena sposobu żywienia zbiorowego w 2020 r. została przeprowadzona łącznie w 3 307 zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego – w szpitalach, domach opieki społecznej, żłobkach i domach małego dziecka, stołówkach szkolnych, bursach i internatach, stołówkach na koloniach, półkoloniach lub obozach, przedszkolach, domach dziecka, zakładach specjalnych i wychowawczych oraz innych zakładach żywienia. Przedstawiciele organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonali teoretycznej oceny sposobu żywienia na podstawie 3 425 jadłospisów oraz 725 zestawień dekadowych, analizowanych pod kątem wartości energetycznej i odżywczej posiłków.

7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach.

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.

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*.

W związku z tym, organy PIS w 2020 r.:

- ◆ 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;
- ◆ w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów przeprowadziły ogółem 332 kontrole sanitarne, w tym 37 interwencyjnych;
- ◆ w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym przeprowadziły ogółem 141 kontroli sanitarnych, w tym 18 kontroli interwencyjnych;

W trakcie powyższych działań:

- ◆ na 216 skontrolowanych szpitali prowadzących żywienie pacjentów we własnym zakresie, nieprawidłowości stwierdzono w 1 placówce niespełnianie wymagań higieniczno-sanitarnych oraz w 31 szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dot. żywienia pacjentów;
- ◆ na 141 skontrolowanych szpitali prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym, nieprawidłowości stwierdzono w 1 placówce niespełnianie wymagań higieniczno-sanitarnych oraz w 18 szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dot. żywienia pacjentów;

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały działania – zgodnie z kompetencjami i obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności:

- ◆ w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów ogółem nałożono 10 grzywien w drodze mandatu karnego na kwotę 3 100 PLN za uchybienia higienicznosanitarne, a w szpitalach prowadzących żywienie w systemie cateringowym 2 mandaty na kwotę 400 PLN,
- ◆ w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów ogółem wydały 96 decyzji administracyjnych, w tym 34 (1 dotycząca unieruchomienia zakładu) w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym.

Do najczęściej powtarzających się nieprawidłowości w zakresie wymagań higieniczno-sanitarnych należały:

- ◆ niewłaściwy stan sanitarno – techniczny pomieszczeń bloku żywienia (np.: odpryski farby na ścianach, uszkodzenia płytek, posadzki, zawilgocenie ścian, sufitów);
- ◆ niewłaściwy stan sanitarno – techniczny wyposażenia oraz urządzeń (np.: powierzchnie robocze o złym stanie technicznym, zniszczone deski do krojenia, nieprawidłowy stan techniczny urządzeń chłodniczych);
- ◆ niedostosowanie dokumentacji z zakresu GHP/GMP do stanu faktycznego lub nieprzestrzeganie zapisów instrukcji GHP/GMP (np.: brak lub nieprawidłowe zabezpieczenie obiektu przed szkodnikami, brak terminowego przeglądu i konserwacji maszyn, brak prawidłowego monitoringu ustalonego punktu kontroli);
- ◆ przechowywanie żywności po terminie przydatności do spożycia, brak segregacji produktów w urządzeniach chłodniczych, nieprawidłowe przechowywanie żywności (np.: w opakowaniach nieprzeznaczonych do kontaktu z żywnością lub wtórnie wykorzystywane opakowania jednorazowe).

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

- ◆ niepodawanie białka pełnowartościowego tj. białka zwierzęcego lub białka roślin strączkowych do wszystkich posiłków głównych (śniadania, obiadu oraz kolacji);
- ◆ mała podaż warzyw oraz owoców w dziennej racji pokarmowej;
- ◆ brak lub podawanie zbyt małej ilości mleka i przetworów mlecznych;
- ◆ mało urozmaicone śniadania i kolacje, w większości bez dodatku warzyw/owoców,
- ◆ brak lub podawanie zbyt małej ilości ryb i/lub przetworów rybnych,
- ◆ podawanie zbyt dużej ilości potraw smażonych (brak zróżnicowania technik przygotowywania potraw w dekadzie).

Każdorazowo po zakończonej kontroli protokoły z kontroli sanitarnych były przekazywane dyrektorom szpitali. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących warunków sanitarno-higienicznych, w których przygotowywano i wydawano posiłki, organy PIS wydawały zalecenia pokontrolne oraz decyzje administra-

cyjne obligujące do podjęcia działań mających na celu poprawę w tym zakresie. Ustalano terminy usunięcia ww. uchybień.

W przypadku stwierdzenia uchybień w zakresie żywienia pacjentów, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kierowały do dyrektorów szpitali pisma z uwagami dotyczącymi stosowania zasad racjonalnego żywienia.

Podczas kontroli oraz w wystąpieniach pokontrolnych kierowanych do dyrektorów szpitali oraz przedsiębiorców odpowiedzialnych za stwierdzone nieprawidłowości – organy PIS przekazywały uwagi dotyczące stosowania zasad racjonalnego żywienia pacjentów oraz zobowiązywały do wdrożenia działań naprawczych. Ponadto podkreślały potrzebę dbałości zarówno o bezpieczeństwo produkowanych posiłków, jak i prawidłowe żywienie, które powinno być dostosowane do stanu zdrowia pacjenta oraz wspomagać proces leczenia i rekonwalescencji.

7.2. Żywienie dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty

Żywienie zbiorowe w jednostkach systemu oświaty

Rok 2020 r. stanowił kolejny, szósty rok kontynuacji sprawowania nadzoru bieżącego w zakresie kontroli stosowania standardów dla środków spożywczych sprzedawanych i stosowanych w żywieniu zbiorowym dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty, wydanych na podstawie art. 52c ust. 6 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2020 r. poz. 2021), w tym od 1 września 2016 r. w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1154).

W przywołanym rozporządzeniu z 2016 r. Minister Zdrowia określił grupy środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży oraz wymagania jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty, czyli w przedszkolach, szkołach (z wyłączeniem szkół dla dorosłych), a także w bursach i internatach oraz w zakładach specjalnych i wychowawczych.

Jednakże, stan epidemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 ograniczył działania kontrolne organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w tym również obostrzenia wprowadzone w ramach przeciwdziałania epidemii przepisami prawa skutkujące m.in. zamknięciem szkół i wprowadzeniem nauki w systemie zdalnym.

Mimo wspomnianych trudności, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 5 356 zakładach żywienia zbiorowego w jednostkach systemu oświaty dokonały oceny żywienia na podstawie 2 517 jadłospisów i 535 zestawień dekadowych.

Nieprawidłowości stwierdzone w żywieniu dzieci i młodzieży były podobne, jak w latach ubiegłych i dotyczyły:

- ◆ braku mleka lub przetworów mlecznych,
- ◆ braku warzyw i owoców w posiłku,
- ◆ zbyt rzadkiego podawania ryb,
- ◆ serwowania więcej niż raz w tygodniu potraw smażonych,
- ◆ zbyt dużego udziału ziemniaków w stosunku do produktów zbożowych.

Sklepiki i kioski w szkołach

W 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały 3639 sklepików i kiosków szkolnych, z których skontrolowano 442 obiekty, tj. 12,15 % nadzorowanych. Przeprowadzono 491 kontroli sanitarnych, w tym 339 obejmujących sprawdzenie zgodności oferowanego asortymentu z wymaganiami zawartymi w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W 48 sklepikach szkolnych stwierdzono niezgodności asortymentu wprowadzanego do obrotu w zakresie ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. Za stwierdzone uchybienia sanitarno – higieniczne nałożono 35 mandatów karnych na łączną kwotę 5 250 PLN. Ponadto nałożono na właścicieli sklepików szkolnych 70 kar pieniężnych na łączną kwotę 93 970 PLN w związku z wprowadzaniem do obrotu środków spożywczych niezgodnych z przepisami zawartymi w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r.



Podsumowując dotychczasowe wyniki działań w obszarze żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty, podejmowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, można stwierdzić, że pomimo występowania przypadków naruszeń przepisów prawnych, określone w tych regulacjach wymagania dotyczące środków spożywczych sprzedawanych i stosowanych w żywieniu przyjęły się już jako norma, utrwalając nowe nawyki w tym zakresie. Wprowadzone przepisy prawne podniosły świadomość wśród osób odpowiedzialnych za prowadzenie żywienia dzieci i młodzieży, w tym m.in. dyrektorów szkół, przedszkoli, a także spotkały się z pozytywnym odbiorem u rodziców i opiekunów.

8. Program edukacyjny „Skąd się biorą produkty ekologiczne?”

W 2020 roku, Państwowa Inspekcja Sanitarna, we współpracy z Ministerstwem Rolnictwa i Rozwoju Wsi zrealizowała pilotażową edycję ogólnopolskiego programu edukacyjnego pt. „Skąd się biorą produkty ekologiczne?”, skierowanego do dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców. Głównym celem programu jest zwiększanie wiedzy na temat rolnictwa ekologicznego oraz budowanie właściwych nawyków żywieniowych wśród najmłodszych. Uzupełnieniem celu głównego są cele szczegółowe, tj.:

- ◆ zrozumienie, czym jest rolnictwo i produkty ekologiczne,
- ◆ kształtowanie umiejętności wyboru produktów ekologicznych,
- ◆ propagowanie zdrowego stylu życia,
- ◆ zwiększanie wiedzy przedszkolaków na temat prawidłowych nawyków higienicznych.

Podstawowymi narzędziami programu były: publikacja „Skąd się biorą produkty ekologiczne?”, animowany film edukacyjny oraz scenariusz zajęć dla nauczycieli.

Dodatkowo Główny Inspektorat Sanitarny przygotował dedykowane koordynatorom programu, jak również rodzicom przedszkolaków, webinaria #po1profilaktyka, dostępne na stronie internetowej jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Webinaria poruszają m.in. kwestie potrzeby rozmowy z dziećmi o profilaktyce chorób i zaburzeń, jej wadze oraz skutecznej komunikacji.

W ramach realizacji pilotażowej edycji programu, przeprowadzono na poziomie wojewódzkim 30 szkoleń grupowych dla 761 koordynatorów powiatowych. Dodatkowo zorganizowano 61 spotkań, w ramach których przeszkolono indywidualnie 107 osób.

Na poziomie powiatowym zorganizowano 509 szkoleń, w których uczestniczyło 1 773 realizatorów przedszkolnych. W trakcie realizacji pilotażowej edycji programu koordynatorzy powiatowi przeprowadzili wizytacje w 169 placówkach przedszkolnych. Ważnym punktem każdego ze spotkań była część poświęcona treściom programowym. Zwracano uwagę na potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej wśród dzieci, rodziców oraz pracowników przedszkoli a także konieczność jej integracji dom – przedszkole.

Do programu przystąpiło 1 753 placówki przedszkolne, co stanowi 14% wszystkich tego typu placówek w kraju. W inicjatywie udział wzięło 52 096 dzieci w wieku 5-6 lat (5% przedszkolaków w Polsce), jak również 30 339 rodziców i opiekunów.

Przedszkola uczestniczące w programie realizowały go zgodnie z wytycznymi przekazanymi przez koordynatorów powiatowych. Zajęcia edukacyjne zaplanowane były w taki sposób, aby przedszkolaki mogły jak najpełniej skorzystać ze zdobytej wiedzy. Jednocześnie w 713 placówkach (40,7%) program rozszerzono o dodatkowe działania wzmacniające jego przekaz. Wśród nich wymieniano: sporządzanie ekologicznych produktów – soków, przetworów, pieczywa, konkursy oraz projekcje filmów związanych z tematyką żywności ekologicznej.

Realizacja programu w wielu placówkach przedszkolnych uzyskała wsparcie lokalne. W działania programowe chętnie zaangażowały się instytucje takie jak: urzędy miejskie i gminne, nadleśnictwa, lokalne gospodarstwa ekologiczne, pszczelarze, lokalni przedsiębiorcy, dietetycy oraz pielęgniarki środowiskowe i psychologowie. Łącznie udało się uzyskać wsparcie od 431 partnerów.

Program pt. „Skąd się biorą produkty ekologiczne?” został odebrany pozytywnie i wysoko oceniony przez koordynatorów, nauczycieli oraz rodziców. W ich opinii, dzieci chętnie brały udział w zajęciach teoretycznych i praktycznych, zarówno w grupie rówieśniczej w przedszkolu, jak i w domu z rodzicami.

9. Produkty kosmetyczne

Produkt kosmetyczny to każda substancja lub mieszanina przeznaczona do kontaktu z zewnętrznymi częściami ciała ludzkiego (naskórkiem, owłosieniem, paznokciami, wargami oraz zewnętrznymi narządami płciowymi) lub z zębami oraz błonami śluzowymi jamy ustnej, której wyłącznym lub głównym celem jest utrzymywanie ich w czystości, perfumowanie, zmiana ich wyglądu, ochrona, utrzymywanie w dobrej kondycji lub korygowanie zapachu ciała.

W zakresie produktów kosmetycznych w 2020 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły kontrole na zgodność z przepisami rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 *dotyczącego produktów kosmetycznych* oraz ustawy z dnia 4 października 2018 r. *o produktach kosmetycznych*, w szczególności kontrole dokumentacji produktów kosmetycznych w aspekcie oceny bezpieczeństwa oraz warunków wytwarzania produktów kosmetycznych i wprowadzenia zasad dobrej praktyki produkcji.

W związku z informacjami otrzymywanymi od konsumentów i przedsiębiorców organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły również działania związane z naruszeniem przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 dot. produktów kosmetycznych, np. uchybień w znakowaniu lub niespełnienia wymagań w zakresie składu.

W 2020 roku przeprowadzono **1 573** kontrole obejmujące zakres działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Liczba decyzji w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie produktów kosmetycznych w 2020 roku wynosiła **47**.

Pobrano **522** próbki produktów kosmetycznych z czego 4 zdyskwalifikowano – uznano za niezgodne z wymaganiami.

W roku 2020 w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały **6** powiadomień dotyczących produktów kosmetycznych uznanych za mogące stwarzać zagrożenie dla zdrowia konsumentów, dla których osoby odpowiedzialne – w myśl przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 zdefiniowane jako producenci lub importerzy – znajdowały się na terenie Polski lub, dla których w liście dystrybucji wskazano podmioty z terenu Polski.



W celu monitorowania przestrzegania zasad dobrej praktyki produkcji produktów kosmetycznych wprowadzono obowiązek rejestracji zakładów, w których są wytwarzane lub konfekcjonowane produkty kosmetyczne. Odnotowano wzrost liczby zarejestrowanych zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne – z ok. **300** w 2018 roku, poprzez **498** w 2019 roku do **568** w roku 2020.

W 2019 roku powołano System Informowania o Ciężkich Działaniach Niepożądanych Spowodowanych Użyciem Produktów Kosmetycznych, który jest prowadzony przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi.

W okresie od 1 stycznia – do 31 grudnia 2020 roku do ośrodka administrującego Systemem wpłynęło 12 zgłoszeń (w roku 2019 było to 13 zgłoszeń), w tym od osób odpowiedzialnych otrzymano 9 zgłoszeń, od dystrybutorów – 1 zgłoszenie oraz od użytkowników końcowych – 2. Jeden przypadek został zgłoszony jednocześnie przez osobę odpowiedzialną oraz osobę wykonującą zawód medyczny oraz jeden przypadek pozostał niezakwalifikowany wobec niemożności uzyskania od konsumenta informacji pozwalających na weryfikację zgłoszenia.

Zgłoszenia otrzymane od osób odpowiedzialnych – producentów lub importerów – obejmowały następujące rodzaje produktów kosmetycznych:

- ◆ środki do farbowania włosów/farba – 2,
- ◆ środki do pielęgnacji skóry/krem – 2,
- ◆ środki do makijażu/inne środki do makijażu oczu – 1,
- ◆ środki do makijażu/pomadka – 2,
- ◆ serum do rzęs – 1,
- ◆ środki do higieny jamy ustnej – 1.

Należy jednak podkreślić, że wystąpienie działania niepożądanego jest indywidualną reakcją organizmu użytkownika i nie jest równoznaczne z niezgodnością produktu z wymaganiami.



CAUTION



**DANGER OF
INFECTION
COVID-19**



**ZAPOBIEGANIE ORAZ ZWALCZANIE ZAKAŻEŃ
I CHORÓB ZAKAŻNYCH U LUDZI W 2020 R.**

1. Choroby zakaźne objęte przez Światową Organizację Zdrowia programami eradykacji i eliminacji (odra, różyczka, poliomyelitis)

W odniesieniu do tych chorób zakaźnych, które nie mają rezerwuaru zwierzęcego (tzn. występują jedynie u człowieka) i dla których dostępne są szczepionki o wysokim stopniu skuteczności, możliwe jest osiągnięcie celu jakim jest eliminacja choroby na danym obszarze (rozumiana jako brak zakażeń na terenie kraju przy nadal możliwych jej zawleczeniach z zagranicy), a następnie eradykacja choroby tzn. całkowite wyeliminowanie na świecie. Obecnie Polska uczestniczy w koordynowanych przez WHO globalnych programach eliminacji odry i różyczki oraz eradykacji poliomyelitis (synonimy: ostre nagminne porażenie dziecięce, zapalenie rogów przednich rdzenia, choroba Heinego-Medina).

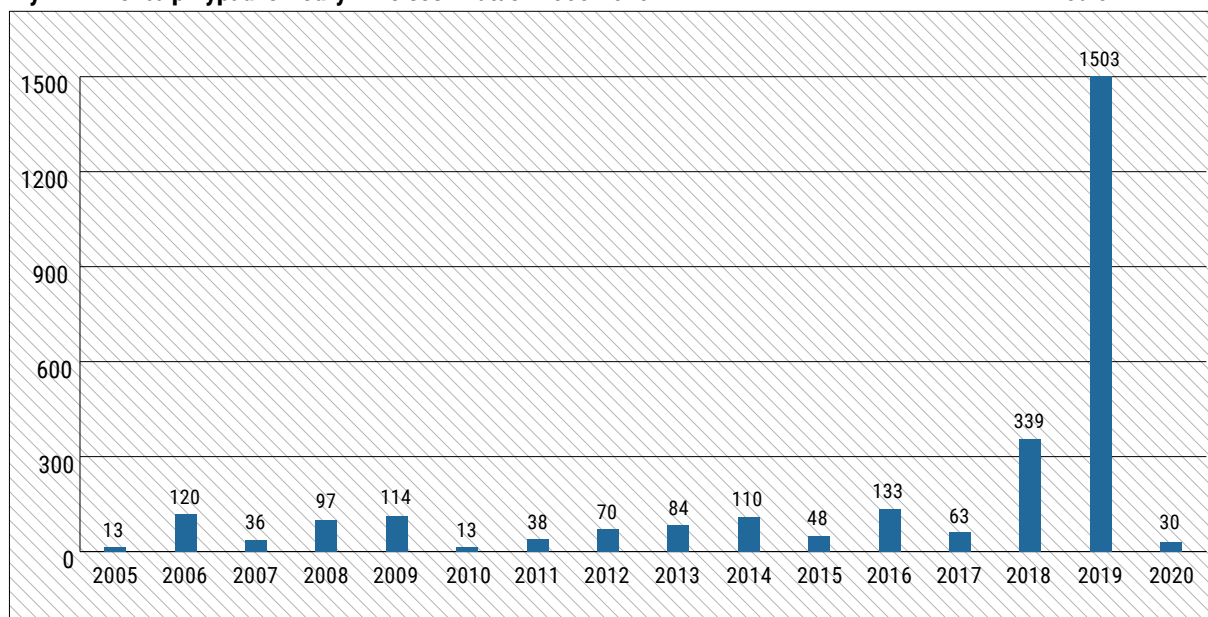
1.1. Odra

Odra jest ostrą chorobą wirusową przebiegającą z gorączką, kaszlem, zapaleniem spojówek oraz wysypką. Najczęstszym powikłaniem jej przebiegu jest zapalenie płuc oraz zapalenie ucha środkowego. W roku 2020, po okresie epidemii w latach 2018-2019, odnotowano w Polsce 30 przypadków zachorowań, podczas gdy w roku 2019 było ich 1502, a w 2018 – 339. Liczbę odnotowanych przypadków zachorowań na odrę w Polsce w latach 2005-2020 przedstawia Wykres 9.

Przypadki zawleczone z zagranicy stanowiły ok. 20% wszystkich przypadków odry zarejestrowanych w Polsce w 2020 r. (6 przypadków zawleczonych z Ukrainy i Wietnamu). Większość przypadków odry (28) były to przypadki sporadyczne. Wystąpiło tylko jedno ognisko tej choroby, którego liczebność wynosiła 2 osoby. Pierwszy przypadek z tego ogniska był przypadkiem zawleczonym z Wietnamu.

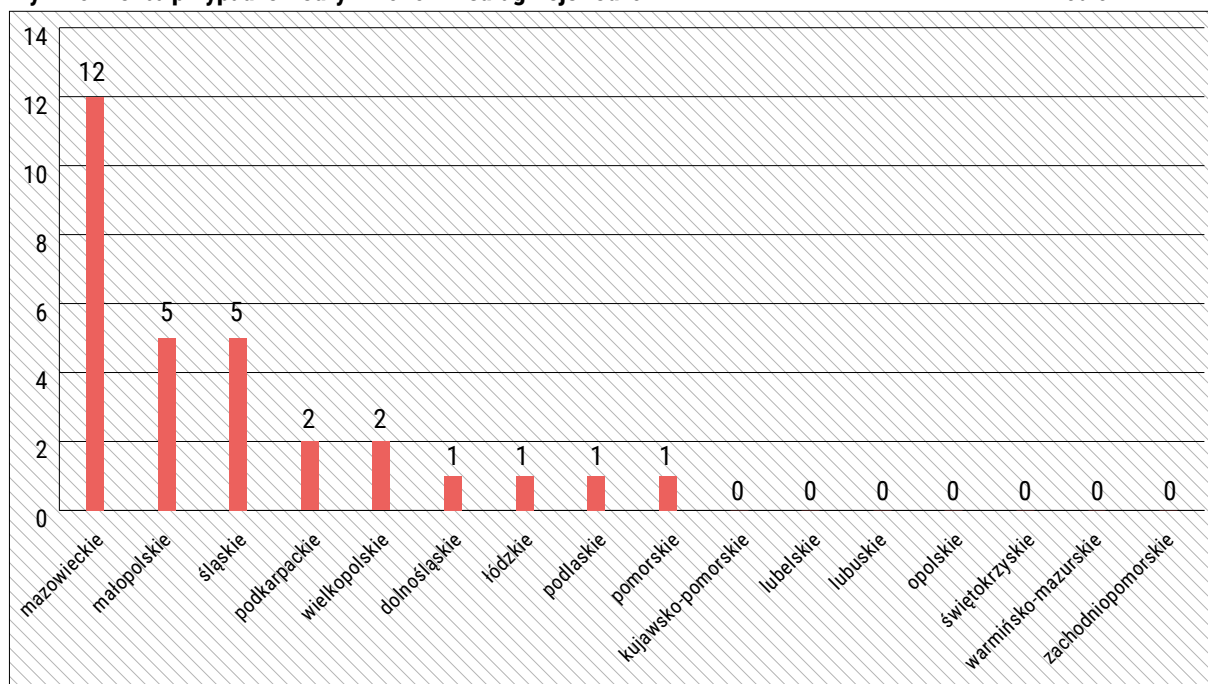
Wyk. 9 Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2005-2020.

Źródło: NIZP-PZH



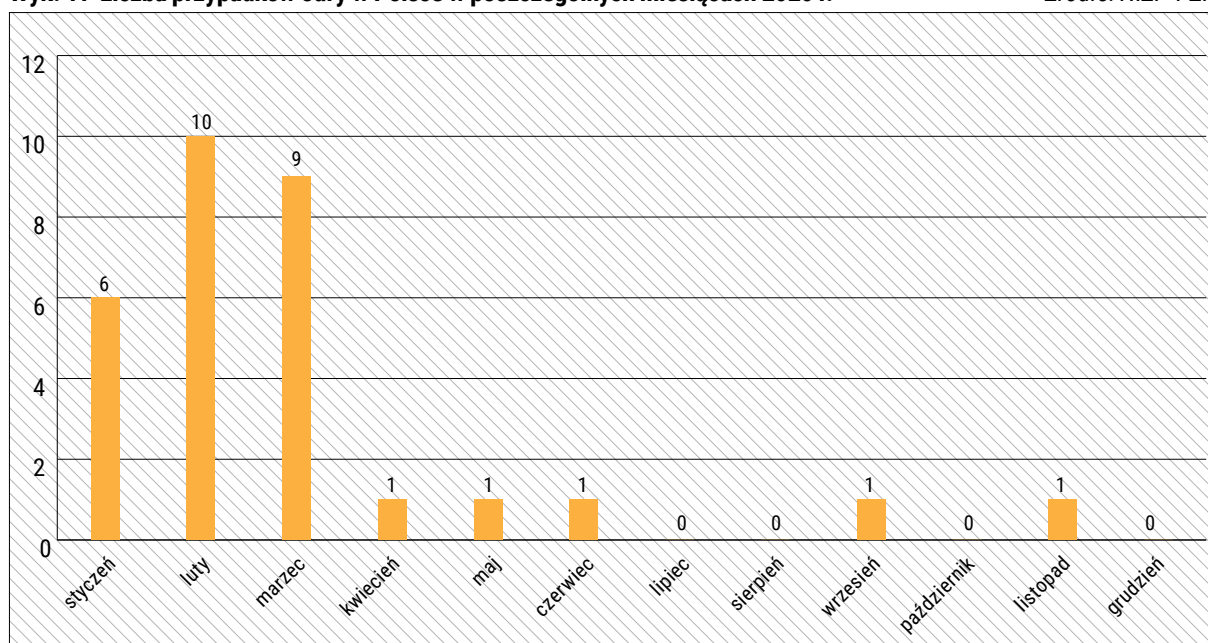
Wyk. 10 Liczba przypadków odry w 2020 r. według województw.

Źródło: NIZP-PZH



Wyk. 11 Liczba przypadków odry w Polsce w poszczególnych miesiącach 2020 r.

Źródło: NIZP-PZH



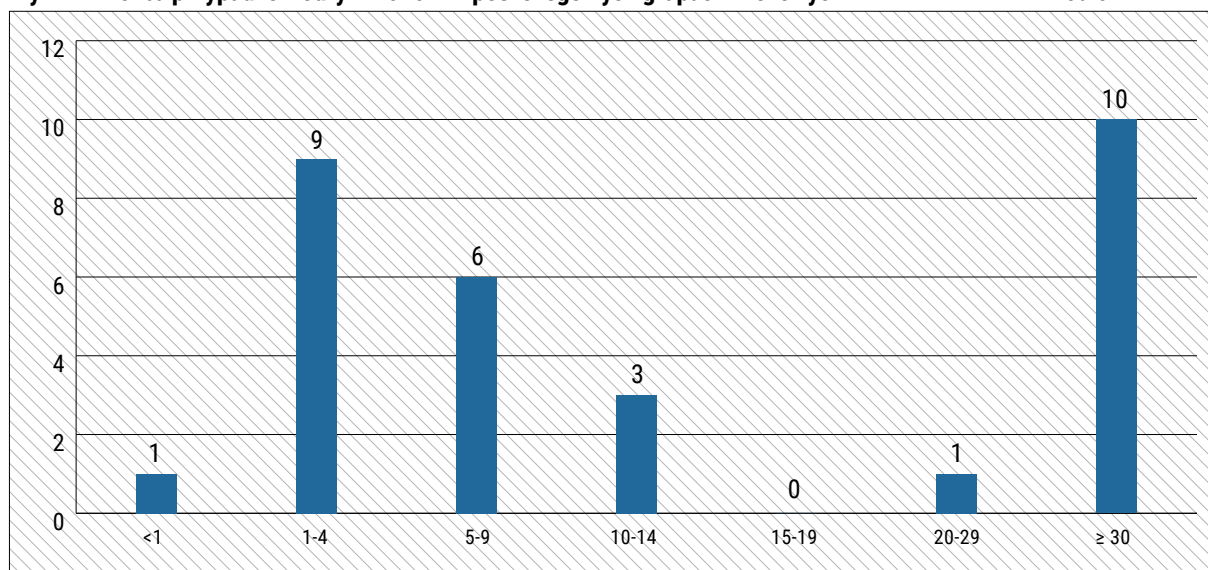
Najwięcej przypadków odry zarejestrowano w województwie mazowieckim – 12 (40%) oraz małopolskim i śląskim – po 5 (17%) przypadków. (Wykres 10)

Większość przypadków odry – 25 przypadków (83%) została zarejestrowana w I kwartale 2020 r. (Wykres 11)

Najwięcej przypadków odry – 10 (33%) zarejestrowano w grupie wiekowej ≥ 30 lat, następnie w grupie wiekowej 1-4 lat – 9 (30%) przypadków oraz w grupie wiekowej 5-9 lat – 6 (20%) przypadków. (Wykres 12)

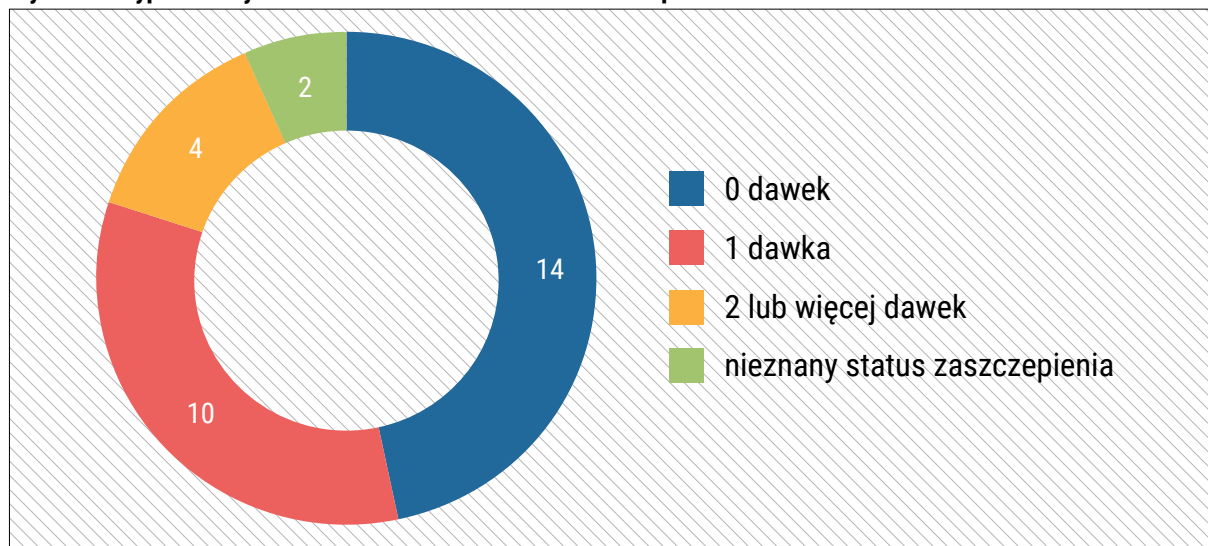
Wyk. 12 Liczba przypadków odry w 2020 r. w poszczególnych grupach wiekowych

Źródło: NIZP-PZH



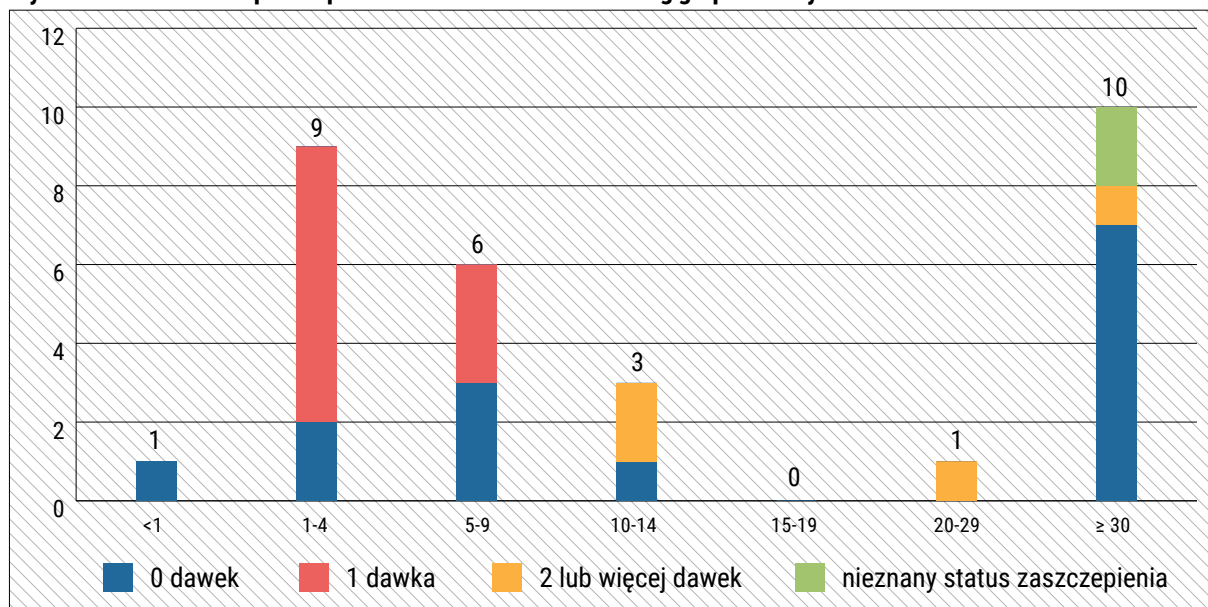
Wyk. 13 Przypadki odry w 2020 r. w kontekście statusu zaszczepienia.

Źródło: NIZP-PZH



Wyk. 14 Status zaszczepienia przeciwko odrze w 2020 r. według grup wiekowych.

Źródło: NIZP-PZH



Z 30 przypadków odry, prawie połowa – 14 osób (47%) – nie była zaszczepiona przeciw odrze, 10 osób (33%) zostało zaszczepionych tylko jedną dawką szczepionki, a 4 osoby (13%) dwiema dawkami. Nieznany status zaszczepienia dot. 2 (7%) przypadków. (Wykres 13)

Zachorowania o charakterze i rozmiarach ognisk epidemicznych mogą wystąpić jedynie wśród społeczności lokalnych lub w środowisku szkolnym, w których stopień uodpornienia dzieci i dorosłych jest niewystarczający dla uzyskania odporności zbiorowskiej, która powstaje gdy liczba osób uodpornionych w danym środowisku osiąga co najmniej 95%.

Indywidualne ryzyko zachorowania na odrę występuje natomiast u każdej osoby, która nie była szczepiona przeciw tej chorobie (lub jej wcześniej nie przechorowała). Stosowanie szczepień ochronnych ma zasadnicze znaczenie w zapobieganiu zachorowaniom na odrę i ze względu na wysoką zakaźność choroby oraz jej przenoszenie się drogą powietrzną, nie może być zastąpione jakimikolwiek innymi środkami ochrony.



1.2. Różyczka

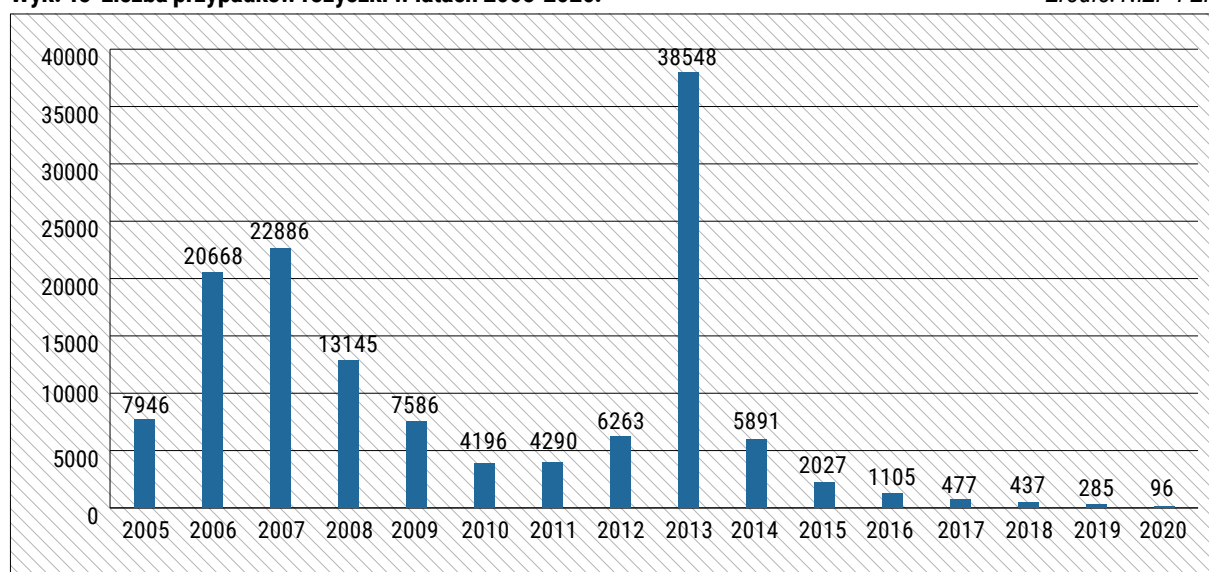
Różyczka jest ostrą chorobą wirusową przebiegającą z gorączką oraz wysypką. Pomimo relatywnie łagodnego przebiegu, zapobieganie różyczce jest niezwykle istotne ze względu na powodowanie przez tę chorobę zespołu wad wrodzonych (zespół różyczki wrodzonej) u dzieci urodzonych przez kobiety, które uległy zakażeniu w trakcie trwania ciąży.

Po okresie wystąpienia wzrostu zachorowań na różyczkę wywołanych epidemią wyrównawczą (ostatnia miała miejsce w 2013 r.) głównie wśród młodych mężczyzn, którzy nie byli objęci obowiązkowymi szczepieniami w latach 90. XX wieku, w kolejnych latach obserwowano spadek liczby zachorowań na różyczkę w Polsce.

W 2020 r. odnotowano 96 przypadków różyczki, podczas gdy w latach 2018 – 2019, odpowiednio 437 i 290. Liczbę odnotowanych zachorowań na różyczkę w poszczególnych latach przedstawiono na wykresie nr 15. W 2020 r., podobnie jak w latach ubiegłych, nie odnotowano w Polsce przypadków różyczki wrodzonej.

Wyk. 15 Liczba przypadków różyczki w latach 2005-2020.

Źródło: NIZP-PZH



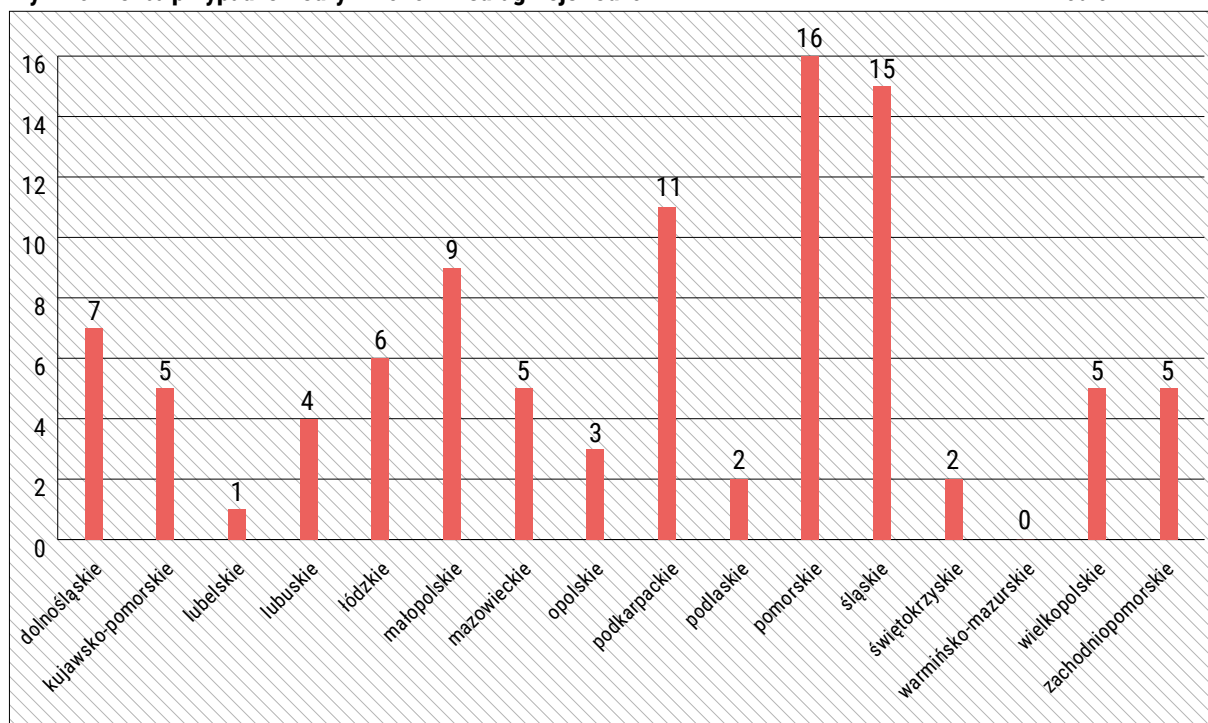
Pomimo, obserwowanego od kilku lat spadku liczby zachorowań, Polska uznawana jest za kraj, w którym różyczka występuje endemicznie.

Najwięcej przypadków różyczki rejestrowano w województwie pomorskim – 16 (17%) przypadków, śląskim – 15 (16%) przypadków oraz podkarpackim 11 (11%) przypadków. (Wykres 16)

Najwięcej przypadków różyczki zarejestrowano w grupie wiekowej 1-4 lat – 45 przypadków (47%), w grupie wiekowej 5-9 lat – 23 (24%) oraz w grupie wiekowej <1 – 12 (13%) przypadków a następnie w grupach wiekowych ≥ 30 lat – 8 (8%) przypadków, 10-14 lat – 4 (4%) przypadki, 20-29 lat – 3 (3%) przypadki oraz 15-19 lat – 1 (1%) przypadek. (Wykres 17)

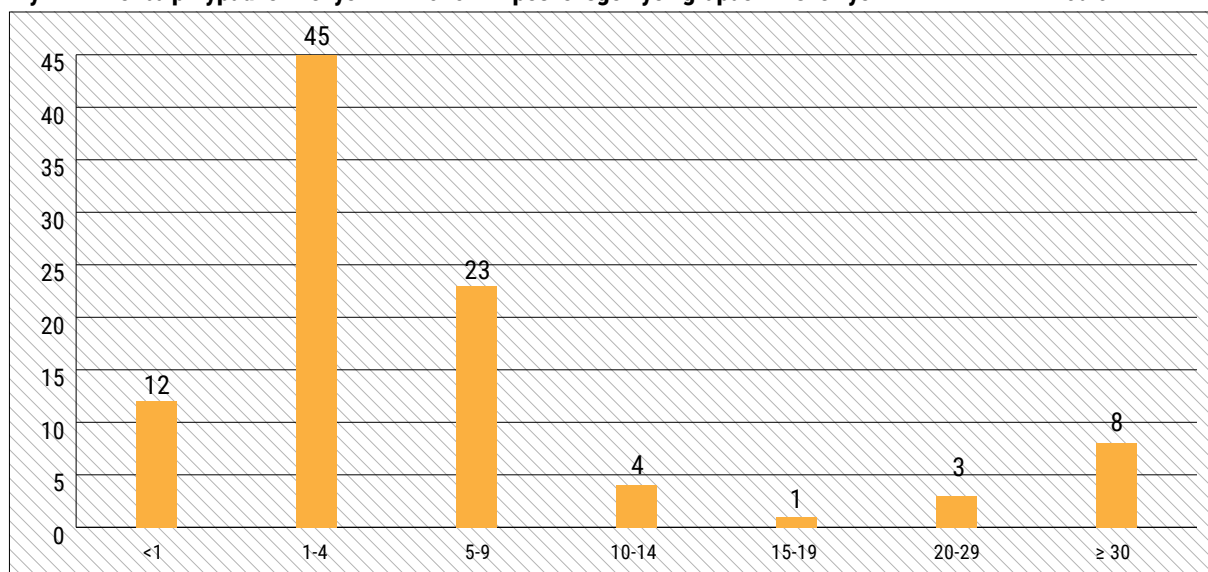
Wyk. 16 Liczba przypadków odry w 2020 r. według województw.

Źródło: NIZP-PZH



Wyk. 17 Liczba przypadków różyczki w 2020 r. w poszczególnych grupach wiekowych

Źródło: NIZP-PZH

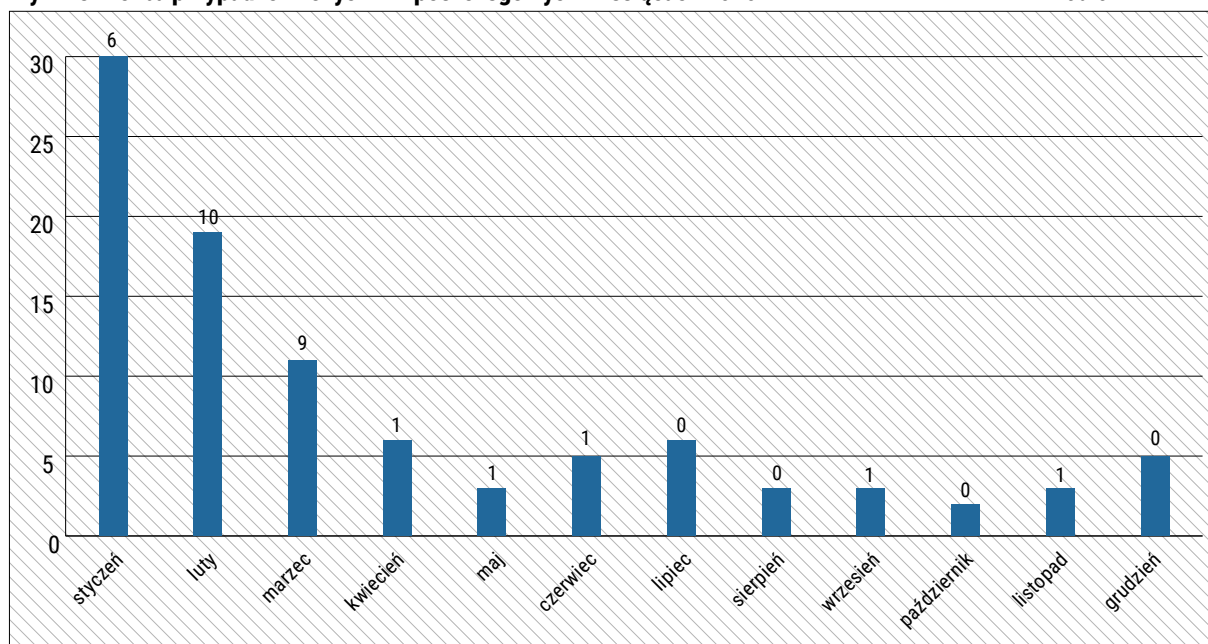


Większość przypadków różyczki – 60 przypadków (63%) została zarejestrowana w I kwartale 2020 r. (Wykres 18)

Spośród 96 osób, które zachorowały na różyczkę, 75 (78%) nie było zaszczepionych przeciw różyczce, 16 (17%) zostało zaszczepionych tylko jedną dawką szczepionki, a 1 osoba (1%) dwiema dawkami. Nieznany status zaszczepienia dot. 4 (4%) osób. (Wykres 19)

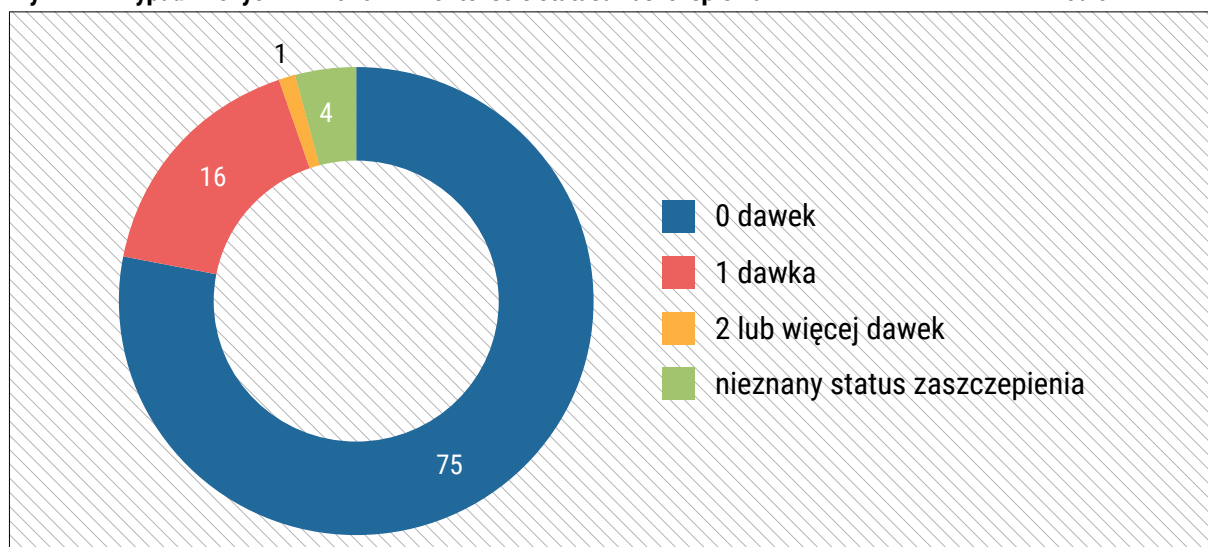
Wyk. 18 Liczba przypadków różyczki w poszczególnych miesiącach 2020 r.

Źródło: NIZP-PZH



Wyk. 19 Przypadki różyczki w 2020 r. w kontekście statusu zaszczepienia.

Źródło: NIZP-PZH



1.3. Poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce)

Poliomyelitis jest ostrą chorobą wirusową przebiegającą najczęściej w postaci bezobjawowego zakażenia lub niecharakterystycznych objawów z przewodu pokarmowego. W przypadku wystąpienia postaci porażennej powoduje trwałe upośledzenie narządu ruchu lub nawet zgon spowodowany porażeniem mięśni oddechowych. Polska, jak i cały Region Europejski WHO, jest oficjalnie wolna od *poliomyelitis* od 2002 r. Ostatnie dwa spowodowane dzikim wirusem polio przypadki tej choroby w Polsce odnotowano w 1982 oraz 1984 roku.

Mimo to groźba ponownego wprowadzenia dzikiego wirusa polio do Polski pozostaje realna, aż do momentu wyeradykowania tej choroby na świecie. Istnieją 3 szczepy dzikiego wirusa polio (WPV), typ 1, typ 2 i typ 3. WPV

2 i WPV 3 zostały eradykowane odpowiednio w 2015 r. (ostatni przypadek na świecie zanotowano w 1999 r.) i 2019 r. (ostatni przypadek na świecie zanotowano w 2012 r.), podczas gdy WPV 1 nadal krąży w dwóch krajach: Afganistanie i Pakistanie. W 2020 r. w krajach tych wykryto łącznie 140 potwierdzonych przypadków zakażenia WPV 1 (56 w Afganistanie i 84 w Pakistanie), w porównaniu do 176 przypadków w roku 2019 (29 w Afganistanie i 147 w Pakistanie). W celu zapobieżenia szerzeniu się zachorowań w przypadku zawleczenia wirusa na obszar Polski konieczne jest między innymi utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepienia oraz stałe monitorowanie przypadków ostrych porażek wiotkich, które są poddawane diagnostyce wirusologicznej dla celów nadzoru epidemiologicznego, w celu wykluczenia wirusa polio jako przyczyny wystąpienia tego zespołu chorobowego. Należy dążyć do osiągnięcia co najmniej 95% poziomu zaszczepienia dzieci w 2 r.ż. pełnym cyklem podstawowym (3 dawki szczepionki). Szczepienie przypominające w Polsce prowadzi się w 6 r.ż. podając jedną dawkę szczepionki inaktywowanej IPV. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), do czasu całkowitej eradykacji *poliomyelitis* na świecie, osoby wyjeżdżające na tereny endemicznego występowania *poliomyelitis* powinny posiadać kompletne zaszczepienie (uodpornienie) przeciwko tej chorobie.



1.4. Grypa

Grypa to ostre zakażenie górnych dróg oddechowych, wywoływane przez wirusy grypy. Przyczyną corocznych, sezonowych wzrostów zachorowań na grypę w okresie jesienno-zimowym są wirusy grypy typu A i B. Zachorowania mogą przybierać postać sezonową, epidemiczną lub pandemiczną. Grypa powoduje zachorowania w każdej grupie wiekowej. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że rocznie dotyczyć może 5% – 10% dorosłych i 20% – 30% dzieci.

W Polsce nadzór epidemiologiczny nad grypą prowadzony jest w ciągu całego roku, ze szczególnym wzmoczeniem nadzoru wirusologicznego w okresie zwiększonej liczby zachorowań, który trwa zwykle od września do kwietnia następnego roku, przy czym szczyt zachorowań przypada między styczniem a marcem. W Polsce, jako przypadki zachorowań i podejrzenia zachorowań na grypę, rejestruje się zachorowania przebiegające pod postacią zespołów objawów klinicznych takich jak: zachorowania grypopodobne (ILI) lub ostre zakażenia górnych dróg oddechowych (ARI), zgodnie z definicjami przypadku przyjętymi dla celów nadzoru epidemiologicznego.

W ramach monitoringu sytuacji epidemiologicznej grypy według wstępnych danych w 2020 r. zarejestrowano ogółem 3 164 446 przypadków grypy i podejrzenia zachorowań na grypę (zapadalność wynosiła 8 243,65/100 000). Zgłoszono 62 zgony osób, u których stwierdzono obecność wirusa grypy, na podstawie badań wykonanych metodą RT-PCR w laboratoriach wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Liczbę zachorowań lub podejrzenia zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczbę osób skierowanych do szpitala, w poszczególnych latach przedstawia Tabela 17.

Zapadalności (na 100 000 ludności) na grypę i podejrzenia grypy w sezonie epidemicznym 2019/2020 w porównaniu z poprzednimi sezonami przedstawia Wykres 20.

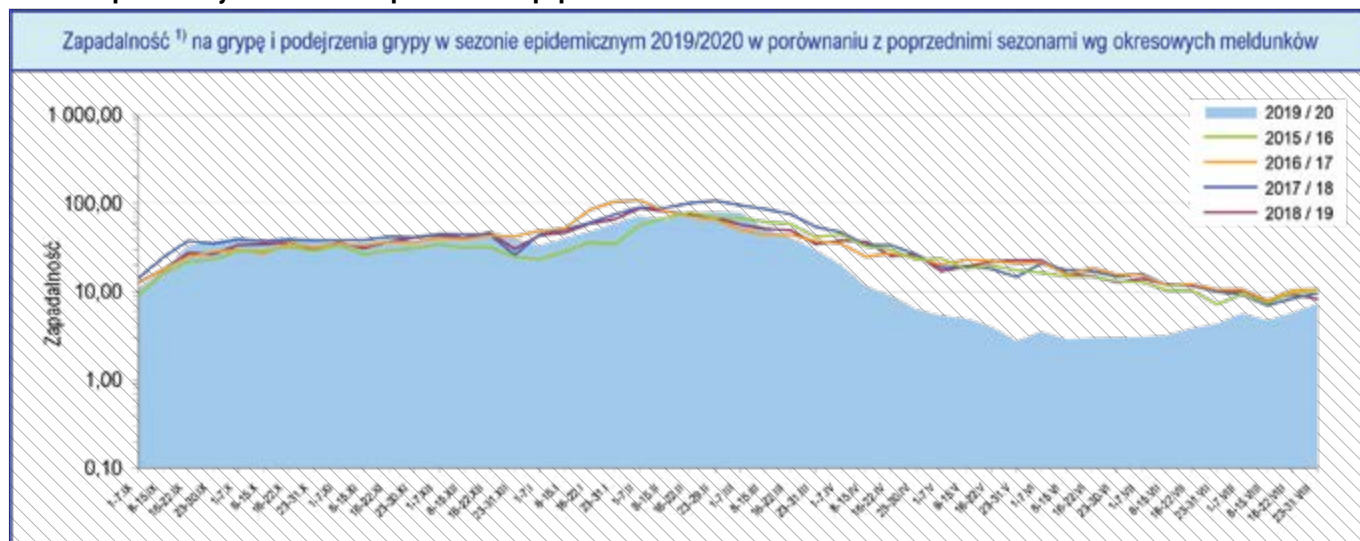
Tab. 17 Liczba zachorowań, podejrzenia zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w latach 2015-2020

Źródło: NIZP-PZH

Rok	Liczba przypadków (w tym dzieci do 0-14 lat)	Zapadalność (na 100 tys.)		Liczba osób skierowanych do szpitala
		Dorośli	Dzieci w wieku od 0 do 14 lat	
2020	3 164 446 (1 262 119)	5 850,8	21 492,1	15 302
2019	4 790 033 (2 176 248)	8 038,9	37 058,4	18 198
2018	5 239 293 (2 297 454)	9 032,9	39 305,3	26 485
2017	5 043 491 (2 269 154)	8 504,2	39 130,5	17 118
2016	4 316 823 (2 038 966)	11 233,9	35 399,9	26 076
2015	3 843 438 (1 784 680)	9 994,7	30 995,9	19 644

Wyk. 20 Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2019/2020 w porównaniu z poprzednimi sezonami.

Źródło: NIZP-PZH



Liczbę zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w poszczególnych miesiącach sezonów 2018/2019 i 2019/2020 i przedstawia Tabela 18.

Tab. 18. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2018/2019 i 2019/2020.

Źródło: NIZP-PZH

Miesiąc	Liczba przypadków sezon 2018/2019	Liczba przypadków sezon 2019/2020
Wrzesień	244 118	287 047
Październik	400 708	470 598
Listopad	416 800	423 352
Grudzień	472 207	508 435
Styczeń	645 376	544 063
Luty	844 755	821 653
Marzec	566 062	581 802
Kwiecień	364 209	132 530
Maj	241 447	49 961
Czerwiec	190 246	26 645
Lipiec	141 205	43 579
Sierpień	104 981	70 544
RAZEM	4 632 114	3 960 209

Początek epidemicznego wzrostu liczby zachorowań w sezonie grypowym 2019/2020 przypadł na okres od października 2019 roku do marca 2020 roku, a szczyt zachorowań wystąpił w okresie od 23 do 29 lutego 2020 roku, w którym zachorowało 215 994 osoby (zapadalność wynosiła 78,89/100 000). Dla porównania w sezonie 2018/2019 szczyt zachorowań przypadł na okres od 8 do 15 lutego 2019 roku, w którym zachorowało 250 131 osób (zapadalność wynosiła 87,94/100 000).

Ponadto, stosownie do wymogów European Influenza Surveillance Network (EISN) oraz European Center for Disease Control and Prevention (ECDC) prowadzono zintegrowany program nadzoru epidemiologicznego z uwzględnieniem diagnostyki wirusologicznej typu sentinel. Uczestniczyli w nim wybrani lekarze świadczący podstawową opiekę zdrowotną, stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZ-P-PZH, pełniący rolę koordynatora. W ramach nadzoru typu sentinel nad grypą lekarze biorący w nim udział, przesyłali dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne wraz z próbkami do badań wirusologicznych dla celów nadzoru.

Dominującymi w sezonie 2019/2020 wariantami grypy w Polsce były wirusy grypy A.

Z danych wspólnotowego nadzoru epidemiologicznego nad grypą wynika, iż szczepy wirusa grypy typu A były również dominującymi w Europie w sezonie 2019/2020. Wirusy grypy typu A wchodziły w skład szczepionek przeciwgrypowych w danym sezonie.

Pomimo, iż szczepienia przeciw grypie są jedyną i bezpieczną metodą profilaktyki przeciw tej chorobie oraz jej powikłaniom, a także pomimo udowodnionej skuteczności i powszechnej dostępności na rynku szczepionek przeciwko grypie sezonowej oraz akcji informacyjnych kierowanych do wielu grup ludności, poziom zaszczepienia przeciw grypie w Polsce jest bardzo niski. W sezonie grypowym 2019/2020 zaszczepiło się jedynie 4,12% populacji ale był to odsetek nieco wyższy niż w sezonie 2018/2019, w którym to zaszczepiło się 3,90% populacji, oraz w sezonie 2017/2018, w którym zaszczepiło się 3,64% populacji.

Według aktualnych międzynarodowych zaleceń z profilaktyki przeciwgrypowej powinny skorzystać wszystkie osoby chętne, a przede wszystkim osoby z grup ryzyka np. chorzy przewlekle, kobiety w ciąży, dzieci i osoby starsze.

1.5. Gruźlica

Gruźlica jest bakteryjną chorobą zakaźną o przewlekłym przebiegu występującą w postaci klinicznej gruźlicy płuc (najczęstsza postać) oraz gruźlicy innych narządów. Zaraźliwa jest jedynie gruźlica płuc – w okresie prątkowania. Pierwszy trwający najczęściej miesiąc okres leczenia, prowadzi się w warunkach izolacji szpitalnej pacjenta.

Gruźlica jest objęta przez WHO celem eliminacyjnym, jakim jest osiągnięcie do roku 2050 liczby zachorowań nie przekraczającej 1 przypadku na milion mieszkańców.

W związku z pandemią COVID-19 zaobserwowano zmniejszenie liczby zarejestrowanych przypadków gruźlicy. Może być to związane z niezgłaszaniem się chorych do lekarza (m.in. z powodu epidemii COVID-19 zaistniał utrudniony dostęp do placówek medycznych, w tym do diagnostyki. Chorzy z obawy przed zdiagnozowaniem COVID-19 i kwarantanną mogą unikać lekarza).



W związku z powyższym możliwe jest, że chorzy mogą zgłosić się do lekarza w bardziej zaawansowanym stadium gruźlicy – należy się spodziewać zwiększonej liczby chorych, u których nieleczona na czas gruźlica doprowadzi do nieodwracalnych zmian w płucach a liczba zgonów z powodu gruźlicy wzrośnie. Jednakże może wystąpić sytuacja, w której z powodu maseczek, dystansu i ograniczenia kontaktów zostanie ograniczona transmisja gruźlicy – liczba nowych zachorowań się zmniejszy – okaże się to w przyszłości, ponieważ u zakażonych prątkiem gruźlicy choroba rozwija się po roku, dwóch, a czasami po wielu latach od zakażenia. Tylko u 10% zakażonych osób dochodzi do rozwoju aktywnej gruźlicy.

W 2020 roku w Polsce zarejestrowano 3 375 zachorowań na gruźlicę (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 8,8), co oznacza 1946 przypadków gruźlicy mniej niż w roku poprzednim i 5 103 przypadki mniej w porównaniu z rokiem 2011. W 2019 roku zarejestrowano 5 321 zachorowań na gruźlicę (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 13,9), w 2018 roku – 5 487 (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 14,3).

Gruźlicę wywołaną przez prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwpłatkowy stwierdzono u 161 osób. Gruźlicę wielolekooporną stwierdzono u 37 osób.

U dzieci do 14 roku życia w 2019 r. zarejestrowano 39 zachorowań (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 0,7 w 2019 r. – 1,49).

Zmiany w zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957-2020 przedstawia Wykres 21.

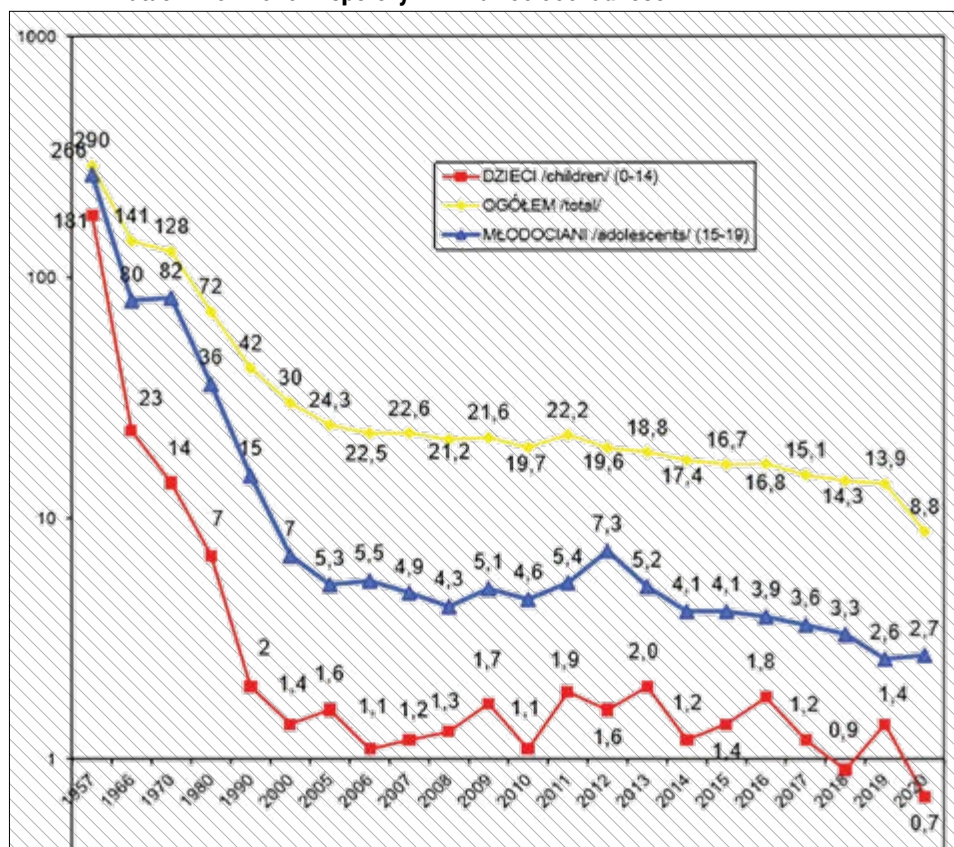
Znaczne różnice współczynników zapadalności na gruźlicę między województwami, obserwowane od lat, wystąpiły także w roku 2020. W 2020 roku największą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci zarejestrowano w województwach: lubelskim, świętokrzyskim, mazowieckim i lubuskim. W województwach: podlaskim, wielkopolskim, warmińsko – mazurskim i śląskim współczynniki zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci były najniższe w całym kraju.

Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2020 roku wg województw. (Wykres 22)

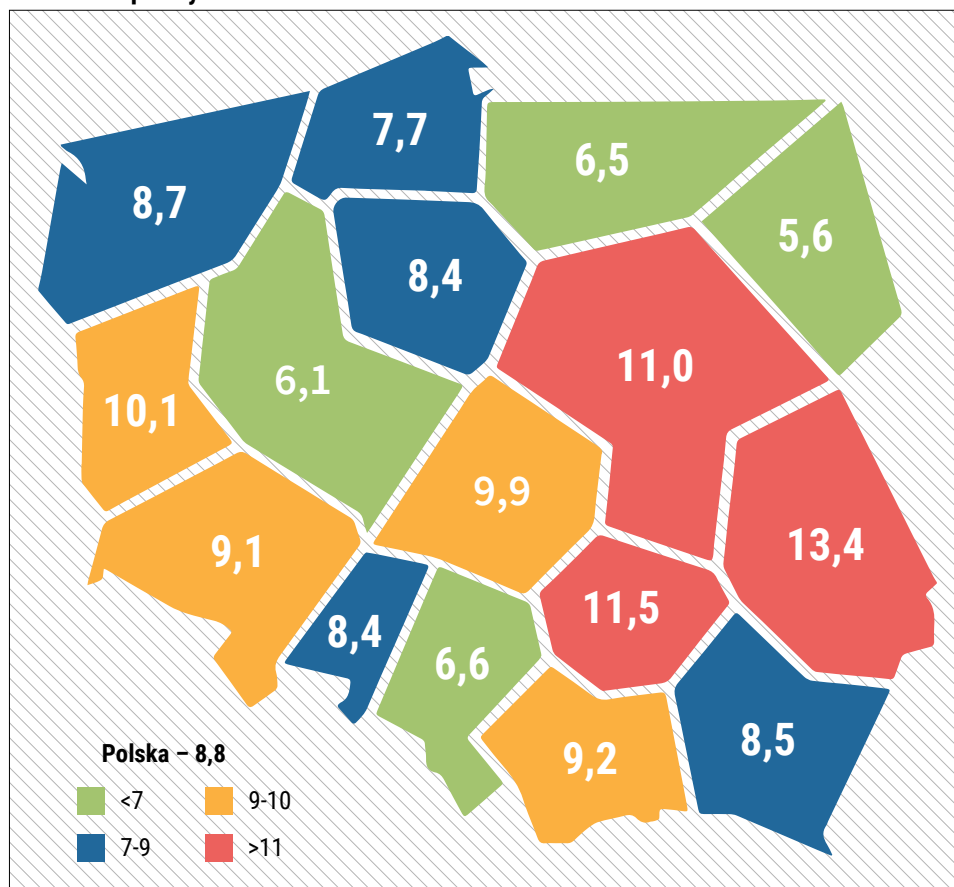
W 2020 r. roku spadek zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci w porównaniu z rokiem poprzednim wystąpił w 15 województwach. Współczynnik zapadalności większy niż w roku 2019 stwierdzono tylko w woj. lubuskim.

Przyczynami historyczno-społecznymi należy zapewne również tłumaczyć utrzymujące się wciąż różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. Gruźlica jest chorobą, która może ulec aktywacji po wielu latach od zakażenia pierwotnego, jak również reaktywacji w wiele lat po przebytych leczeniu. Współczesna sytuacja epidemiologiczna gruźlicy jest w znacznej mierze echem sytuacji epidemiologicznej sprzed wielu dziesięcioleci.

Wyk. 21 Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2020. Współczynniki na 100 000 ludności.



Wyk. 22 Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2019 roku wg województw. Współczynniki na 100 000 ludności.



W 2020 r. najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc, która stanowiła 95,6% (w 2019 r. – 95,4%) wszystkich zachorowań. W 2020 r. zarejestrowano 3 225 przypadków gruźlicy płuc (w 2019 r. – 5075). Chorzy tylko na gruźlicę pozapłucną stanowili 4,5% ogółu chorych – 150 przypadków (dla porównania w 2019 r. – 246 przypadki stanowiące 4,6% ogółu chorych).

Czynnikami ryzyka szerzenia się gruźlicy oraz pojawiania się szczególnie groźnego zjawiska lekooporności prątków gruźlicy są:

- ◆ przerywanie leczenia gruźlicy przez chorego przed jej zaleceniem,
- ◆ prowadzenie leczenia gruźlicy bez mikrobiologicznej weryfikacji lekooporności prątków gruźliczych,
- ◆ stosowanie leczenia przeciwprątkowego niezgodnie z rekomendacjami dot. zalecanych schematów leczenia i wielkości dawek leków przeciwprątkowych.

Swoistą metodą zapobiegania gruźlicy jest stosowanie od 80 lat szczepienie BCG, które zapobiega wystąpieniu u niemowląt ciężkich i śmiertelnych postaci klinicznych gruźlicy takich jak gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz gruźlica rozsiana (prosówka). Szczepienia te wykonywane są zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego. W roku 2020 zaszczepiono tą szczepionką 323 567 noworodków, co stanowiło 91,1% ogółu dzieci żywo urodzonych.

Przepisy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nakładają na osoby chore na gruźlicę obowiązek leczenia gruźlicy oraz przewidują obowiązek leczenia szpitalnego osób chorych na gruźlicę w okresie wydalania prątków gruźliczych (prątkowania) lub z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie. Leczenie osób chorych na gruźlicę jest bezpłatne dla wszystkich osób przebywających w Polsce (także dla cudzoziemców).

2. Choroby przenoszone drogą pokarmową

Do chorób przenoszonych drogą pokarmową zalicza się zarówno choroby odzwierzęce przenoszone poprzez żywność, które są najpowszechniejszą przyczyną zakażeń w tej grupie chorób, jak również choroby które występują wyłącznie u człowieka takie jak zakażenia rotawirusowe, norowirusowe, a także wirusowe zapalenie wątroby typu A (wzw typu A) oraz dur brzuszny, przy czym rozpowszechnienie ostatniej choroby jest w Polsce niewielkie i wiąże się najczęściej z powrotem z wyjazdów do krajów jej endemicznego występowania. W przypadku grupy chorób bakteryjnych zapobieganie przed zachorowaniami polega na przestrzeganiu zasad bezpiecznego przygotowania żywności, natomiast przed wzw typu A oraz dudem brzuszным można zaś skutecznie chronić się poprzez szczepienia.

2.1. Zakażenia bakteryjne

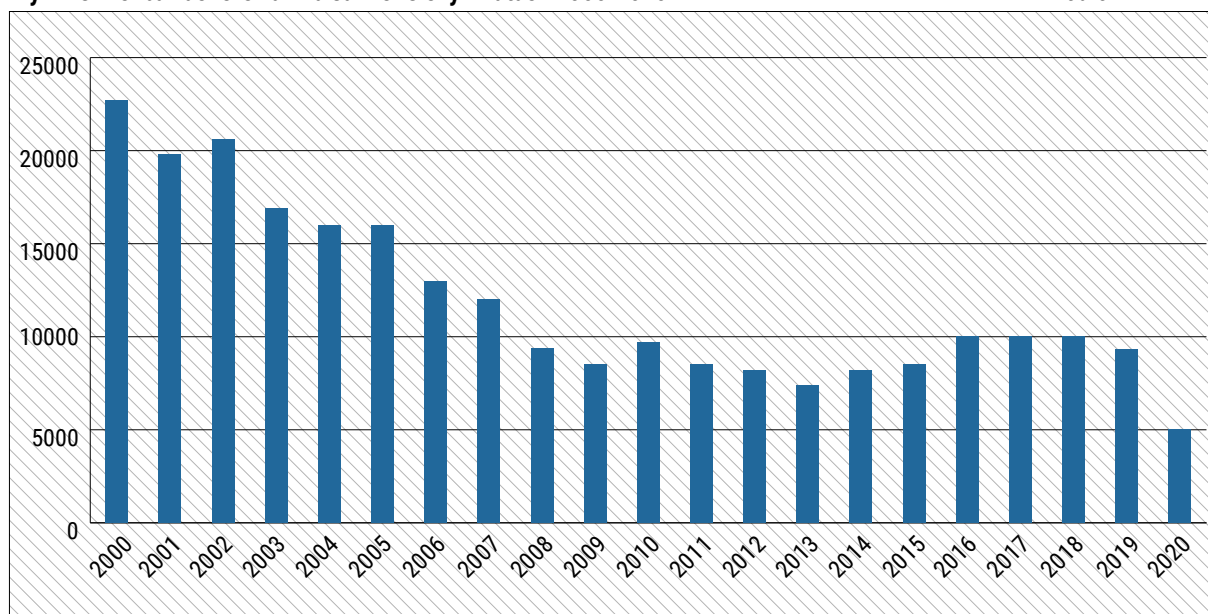
W Polsce wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zakażenie wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi *Salmonella*. W 2020 r. potwierdzono 5 270 zachorowań wywołanych tą bakterią (w tym 5 092 zatruc pokarmowych). Jest to znacznie mniejsza liczba jak w roku poprzednim, w którym liczba ta wyniosła 9 234 przypadków (w tym 8 919 zatruc pokarmowych). Przyczyny spadku liczby salmoneloz, która do 2019 r. utrzymywała się na podobnym poziomie (ok. 10 000 zachorowań rocznie) należy dopatrywać się jako efektu wprowadzonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii COVID-19. Ograniczenie kontaktów społecznych, zamknięcie restauracji, zakaz organizowania imprez okolicznościowych (w tym wesel, konsolacji, przyjęć z okazji przyjęcia sakramentu Chrztu Św., Komunii Św.) spowodowało zmniejszenie liczby zachorowań. Niemniej jednak bakteria ta nadal jest powszechną przyczyną choroby występującej u ludzi, ponieważ pałeczki *Salmonella* powszechnie występują u zwierząt hodowlanych.

Najczęstszym źródłem ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych są: mleko i inne produkty nabiałowe, gotowe dania (gotowe potrawy/gotowe posiłki), jaja oraz produkty je zawierające, mięso wieprzowe i drobiowe, owoce morza oraz wtórnie zanieczyszczona żywność pochodzenia roślinnego. Chorobotwórcze dla człowieka bakterie dość powszechnie występują w przewodach pokarmowych zwierząt i w czasie procesu produkcyjnego może dochodzić do zanieczyszczenia mięsa. Nieodpowiednia obróbka termiczna żywności (niewłaściwa temperatura, zbyt krótki czas obróbki), niewłaściwe warunki przechowywania żywności, w tym nieprzestrzeganie warunków chłodzenia, a także zanieczyszczenie krzyżowe podczas przechowywania i przygotowywania potraw może prowadzić do przeniesienia zakażenia na człowieka. Głównym źródłem zakażeń pokarmowych spowodowanych odzwierzęcymi pałeczkami *Salmonella* są mięso drobiowe oraz wołowe, jak również jaja i produkty je zawierające.

Liczbę zachorowań na salmonelozę w latach 2000-2020 przedstawia wykres 23.

Wyk. 23 Liczba zachorowań na salmonelozę w latach 2000-2020 r.

Źródło: NIZP-PZH



Escherichia coli (pałeczka okrężnicy) jest bakterią wchodzącą w skład fizjologicznej flory jelitowej ludzi i zwierząt. Niektóre szczepy tej bakterii są w stanie wywołać chorobę, zwykle infekcję przewodu pokarmowego objawiającą się biegunką. Chorobotwórcza *Escherichia coli* jest też najczęstszym czynnikiem etiologicznym tzw. biegunki podróżnych. Bakterie te mogą być przenoszone z człowieka na człowieka przy niezachowaniu higieny osobistej. Patogeny te mogą również dostać się do żywności podczas jej przygotowywania lub produkcji.

W latach 2014 – 2020 zakażenia wywołane przez enterokrwtoczne *E.coli* – EHEC utrzymywały się na poziomie kilku przypadków rocznie (2014 – 8 przypadków, 2015 – 2 przypadki, 2016 – 8 przypadków, 2017 – 6 przypadków, 2018 – 9 przypadków, 2019 – 17 przypadków, 2020 r. – 8 przypadków).

Liczba zakażeń bakteryjnych wywołanych przez *E. coli* biegunkotwórcze wykazuje trend malejący (2014 – 464 przypadków, 2015 – 368 przypadków, 2016 – 330 przypadków, 2017 – 270 przypadków, 2018 – 285 przypadków, 2019 – 288 przypadków, 2020 – 72 przypadki). Liczba zakażeń jelitowych *E.coli* inna i bliżej nie określone również maleje (2014 – 597 przypadków, 2015 – 496 przypadków, 2016 – 326 przypadków, 2017 – 306 przypadków, 2018 – 276 przypadków, 2019 – 281 przypadków, 2020 – 109 przypadków).

2.2. **Kampylobakterioza i Jersinioza**

W 2020 r. w Polsce zarejestrowano 443 zachorowania wywołane przez bakterie z rodzaju *Campylobacter* sp. Dla porównania w 2019 r. odnotowano 715 przypadków zakażenia jelitowego wywołanego przez ten drobnoustrój, w 2018 – 726, w 2017 r. – 874, w 2016 r. – 787 przypadków kampylobakteriozy, a w 2015 r. – 653. W 2020 r. zauważalny jest spadek liczby zachorowań na kampylobakteriozę. Głównym nośnikiem chorobotwórczych dla człowieka bakterii *Campylobacter* są: surowy (niedogotowany/niedopieczony) drób lub inne mięso, niepasteryzowane mleko krowie i kozie oraz ich przetwory.

W zakresie zakażeń wywołanych przez pałeczki z rodzaju *Yersinia* obserwowany jest również spadek (z 196 przypadków w 2019 r. do 99 w 2020 r.) W roku 2018 r. odnotowano – 170 przypadków; w 2017 – 191 przypadków; w roku 2016 r. – 167 przypadków, a w 2015 r. – 172 przypadki.

2.3. **Czerwonka bakteryjna (szigeloz)**

Na przestrzeni ostatnich dwóch dziesięcioleci w Polsce obserwowany był spadek liczby zachorowań na **czerwonkę (szigeloz)**. Zmniejszanie się liczby rejestrowanych corocznie zachorowań postępuje od 1995 roku. W 1999 r. zgłoszono ogółem tylko 292 zachorowania, o 47,41% mniej niż w roku 1998, w którym zgłoszono 555 zachorowań i prawie trzykrotnie mniej niż wynosiła mediana (815) z lat 1993-1997. Spadek zachorowań obserwowany jest w dalszych latach (od 2000 do 2017) z niewielkimi wahaniami.

Wysoka (284) liczba przypadków czerwonki w roku 2018 była spowodowana wystąpieniem dwóch dużych ognisk czerwonki. Jedno z nich wystąpiło na terenie Polski podczas imprezy zbiorowej, drugie zostało zawlezione do Polski z turystycznego wyjazdu za granicę. W latach 2019 (37 przypadków) i 2020 (12 przypadków) – powrót do trendu o niskiej zachorowalności.

Liczbę zachorowań na czerwonkę w latach 2009 – 2020 przedstawia tabela nr 19.

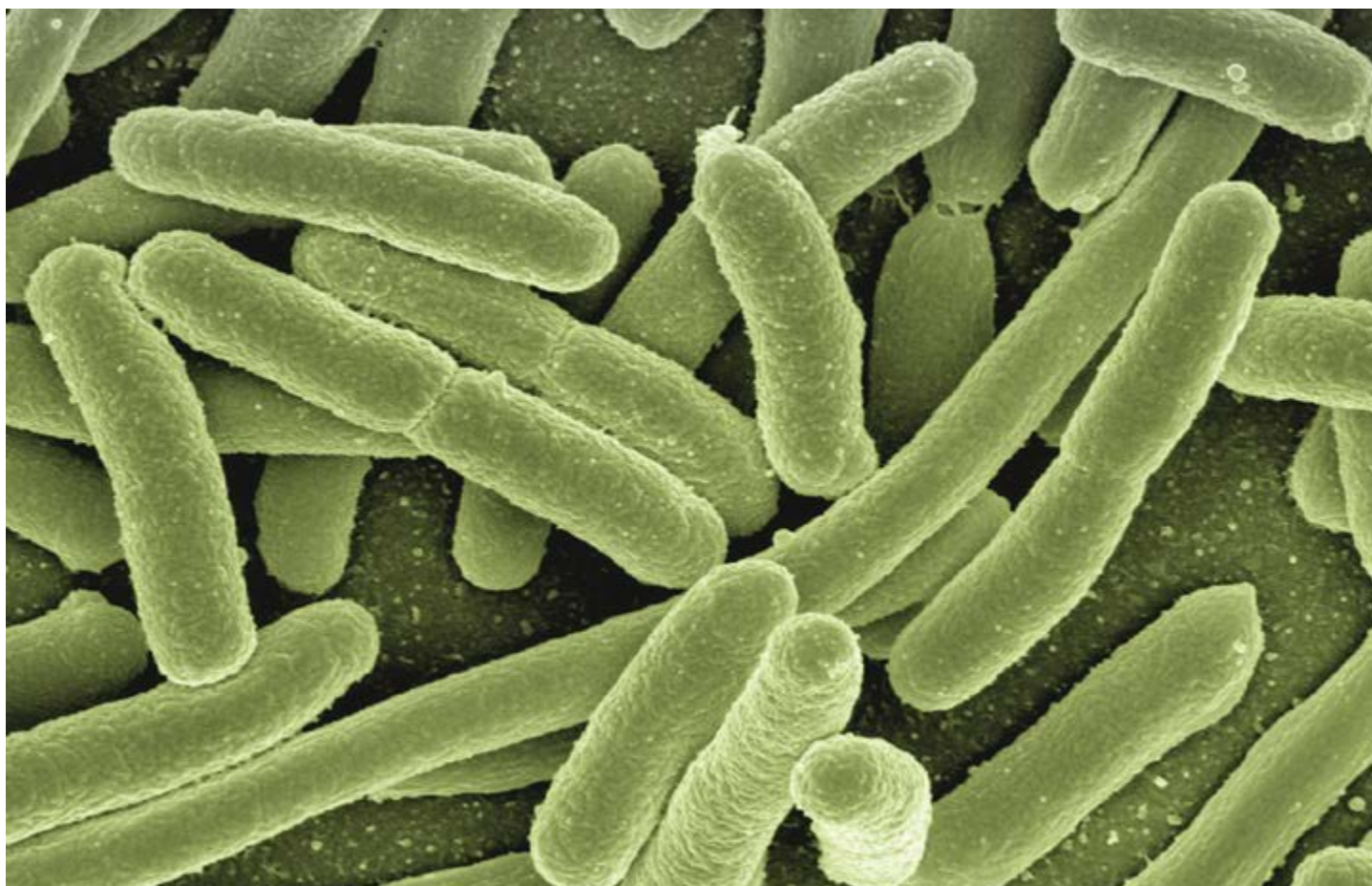
Tab. 19 Zachorowania na czerwonkę w Polsce w latach 1999-2020 r.

Źródło: NIZP-PZH

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Liczba przypadków w Polsce	30	30	18	13	19	44	18	15	44	284	37	12

* Wstępne dane, które mogą ulec zmianie

W krajach rozwiniętych, ryzyko zakażenia bakteriami z rodzaju *Shigella* jest małe. Dominującym sposobem transmisji bakterii jest droga kontaktowa przez zanieczyszczone ręce, przedmioty (np. klamki w toaletach), żywność. Osoby podróżujące do krajów o dużej częstości występowania zakażeń bakteriami z rodzaju *Shigella* powinny spożywać żywność przetworzoną termicznie, nie stosować lodu do napojów, spożywać owoce i warzywa umyte, obrane i najlepiej ugotowane. Należy pamiętać, że w krajach rozwijających się zanieczyszczona woda jest najczęstszym źródłem infekcji.



2.4. Dur brzuszny i dury rzekome oraz gronkowcowe zatrucia pokarmowe

Zakażenia pałeczkami durowymi od wielu lat występują na niezmiennie niskim poziomie i głównie u osób powracających z regionów, gdzie pałeczki duru nadal powszechnie występują w środowisku. W 2020 r. nie zarejestrowano żadnego przypadku, przyczyny należy upatrywać w ograniczeniu podróży zagranicznych spowodowanych pandemią COVID-19 na świecie (w 2019 r. – 3 zachorowania w 2018 roku zgłoszono 2 zachorowania, w 2017 r. – 7 zachorowań, w 2016 r. – 2 zachorowania, 2015 r. – 4 zachorowania) oraz 1 zachorowanie na dur rzekomy (w 2018 r. – 6 zachorowań, w 2017 r. – 2 zachorowania, w 2016 r. – 2 zachorowania, w 2015 r. – 5 zachorowań).

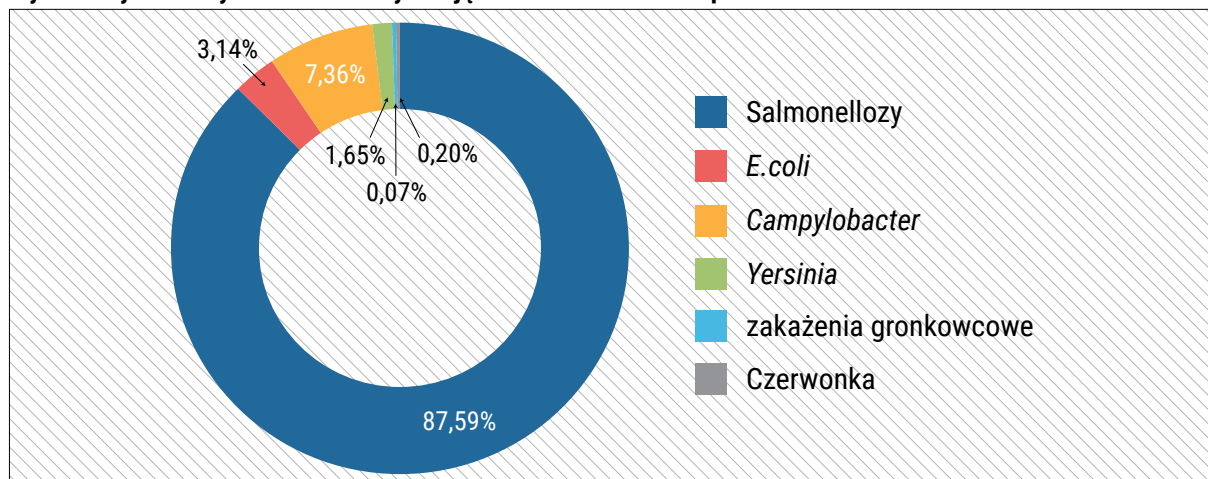
W 2020 r. odnotowano 4 przypadki gronkowcowych zatruc pokarmowych (w 2019 r. – 13 przypadków w 2018 r. – 66 przypadków, w 2017 r. – 54 przypadki, w 2016 r. – 37 przypadków, w 2015 r. – 98 przypadków).

2.5. Listerioza

Zakażenia wywołane przez bakterię *Listeria monocytogenes*. Warunki chłodnicze, krótka pasteryzacja czy mrożenie nie chronią żywności przed namnożeniem się tej bakterii w żywności. Do zakażenia człowieka dochodzi poprzez spożycie żywności zanieczyszczonej tym drobnoustrojem, głównie: wieprzowiny, drobiu, serów z niepasteryzowanego mleka krowiego. Wysokim ryzykiem odznaczają się także produkty RTE (*Ready to Eat*) tzw. do bezpośredniego spożycia. Najbardziej narażone na zakażenie pałeczkami *Listerii* są osoby z obniżoną odpornością tj. dzieci, kobiety w ciąży, chorzy przyjmujący leki immunosupresyjne. Zachorowanie kobiety w ciąży może spowodować poronienie, martwe urodzenie lub zespół chorobowy u noworodka.

W Polsce w 2020 r. zarejestrowano ogółem 51 przypadków listeriozy, w tym 6 przypadków listeriozy wrodzonej. Dla porównania w Polsce w 2019 r. zarejestrowano ogółem 121 przypadków listeriozy, w tym 9 przypadków listeriozy wrodzonej, w 2018 r. odnotowano ogółem 128 przypadków listeriozy, w tym 3 przypadki listeriozy wrodzonej, w 2017 r. ogółem 116, w tym 6 przypadków listeriozy wrodzonej, w 2016 r. odnotowano ogółem 101 przypadków listeriozy, w tym 3 przypadki listeriozy wrodzonej, a w 2015 r. – 69 zakażeń pokarmowych wywołanych przez *Listeria monocytogenes*, w tym 1 przypadek listeriozy wrodzonej.

Wyk. 24 Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2020 r.

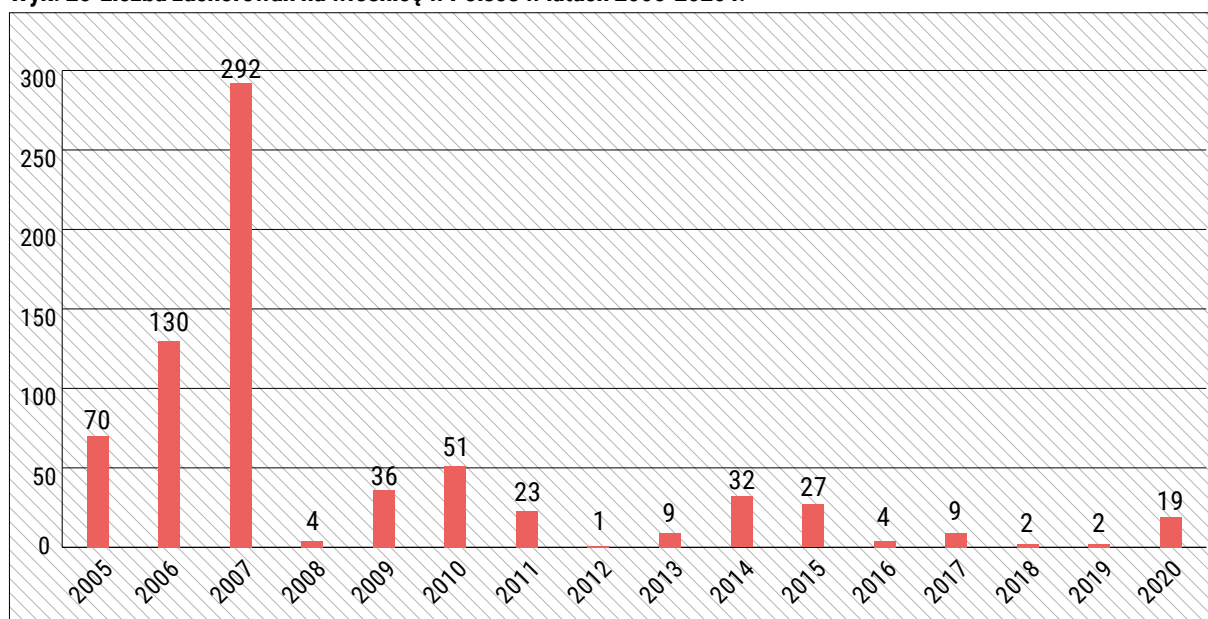


2.6. Włośnica

Ze względu na ryzyko wystąpienia ognisk zachorowań szerzących się drogą pokarmową poprzez źródło jakim jest mięso zwierząt zarażonych larwą pasożyta – włośnia krętego, pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostaje nadal włośnica. Zachorowania na włośnicę u ludzi obecnie zdarzają się rzadko i przede wszystkim wynikają ze spożycia mięsa i wędlin/ przetworów mięsnych, przygotowanych na własny użytek, ze zwierząt zarażonych włośniem, pozyskanych przez środowiska łowieckie i domowe. Przyczyną zachorowań jest spożycie żywności poddanej niewłaściwej obróbce termicznej, brak poddania próbek mięsa badaniu weterynaryjnemu w kierunku włośnia lub badanie przeprowadzone niewłaściwą metodą. Badanie w kierunku obecności larw włośnia w mięsie określonych gatunków zwierząt przeprowadzają laboratoria Inspekcji Weterynaryjnej.

Wzrost liczby zachorowań na włośnicę na przestrzeni lat przyjmował charakter cykliczny z tendencją do tworzenia epidemii. W latach 2005, 2006 i 2007 na terenie Polski miały miejsce duże ogniska epidemiczne włośnicy. Także w 2014 r. wystąpiły dwa ogniska, a łącznie odnotowano 32 zachorowania. W 2020 r. odnotowano 19 przypadków włośnicy u ludzi (2019 r. – 2; w 2018 r. – 2; w 2017 r. – 9; w 2016 r. – 4; 2015 r. – 27).

Wyk. 25 Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2020 r.

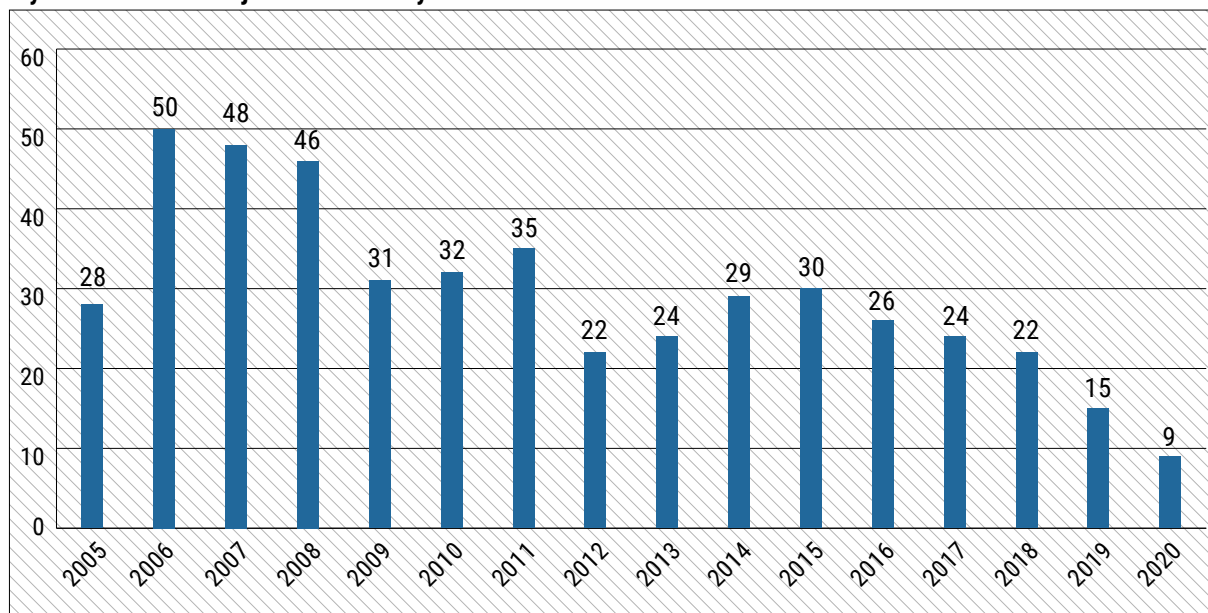


2.7. Zatrucie jadem kielbasianym (botulizm)

Toksyna jadu kielbasianego jest jedną z najsilniejszych trucizn występujących naturalnie. Efektem jej chorobotwórczego działania jest wiotkie porażenie mięśni szkieletowych. Naturalnym i powszechnym miejscem bytowania bakterii *Clostridium botulinum* oraz jej przetrwalników, które potrafią produkować toksynę są: gleba, osady wodne oraz zwierzęta. Toksyny *Clostridium botulinum* ulegają zniszczeniu w czasie gotowania, jednak zarodniki są odporne na wysoką temperaturę (np. w temperaturze 100 stopni Celsjusza potrafią przetrwać godzinę), w związku z czym ich zniszczenie wymaga bardzo wysokich temperatur i odpowiedniego czasu.

W Polsce co roku rejestruje się kilkadziesiąt przypadków zatruc pokarmowych jadem kiełbasianym (botulizm). Jest to związane z tradycją konserwowania pokarmów metodami domowymi (sporządzanie weków). Przeprowadzone w sposób nieprawidłowy procesy konserwowania prowadzą do produkcji toksyny przez namnażające się w żywności bakterie *Clostridium botulinum*. W Polsce są to najczęściej przypadki spowodowane spożyciem źle przygotowanych w warunkach domowych lub nieswieżych przetworów mięsnych (kiełbasy, peklowanego mięsa, także ryb), weków z warzyw o małej kwasowości takich jak: zielony groszek, kukurydza, oliwki, grzyby, szpinak, buraki. Corocznie notuje się wyłącznie kilkadziesiąt przypadków zachorowań, co jest wynikiem nadzoru nad przestrzeganiem przez firmy produkujące żywność systemu HACCP (ang. Hazard analysis and critical control points), zasad GHP (ang. Good Hygiene Practice) oraz przepisów prawnych i wytycznych zapewniających bezpieczeństwo produkcji żywności na każdym etapie łańcucha produkcyjnego, co przyczynia się do poprawy jakości oferowanej w sklepach żywności konserwowanej.

Wyk. 26 Liczba zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005-2020



3. Zakażenia wirusowe

Najważniejsze choroby przenoszone drogą pokarmową o etiologii wirusowej (rotawirusy, norowirusy i WZW A) występują wyłącznie u ludzi, szerzą się przez kontakt bezpośredni, pośredni lub poprzez wtórne skażenie żywności, w tym często roślinnej (mrożone owoce, zanieczyszczone przez osoby je zbierające).

3.1. Zakażenia rotawirusowe

W 2020 r. zarejestrowano 14 386 wirusowych zakażeń przenoszonych drogą pokarmową (w 2019 r. zgłoszono 62 333 wirusowe zakażenia przenoszone drogą pokarmową, zaś w 2018 r. – 48 577 przypadków), w większo-

ści wywołanych przez *rotawirusy* (2020 r. – 5 963 przypadki, 2019 r. – 34 019 przypadków, w 2018 r. – 23 263 przypadki, w 2017 r. – 32 993 przypadki). Zakażenia rotawirusowe szerząc się przez kontakt bezpośredni i pośredni są najczęstszą przyczyną biegunek i zakażeń pokarmowych u dzieci do lat 2.

3.2. Zakażenia norowirusowe

Drugą w kolejności wśród najczęstszych przyczyn zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej są zakażenia norowirusowe (2020 r. – 1 485 przypadków, 2019 r. – 5 536 przypadków, 2018 r. – 5 358 przypadków, 2017 r. – 3 501 przypadków, 2016 – 3 706 przypadków, 2015 – 3 637 przypadków).



3.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu A

Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu A (HAV) jest na całym świecie przyczyną 1,4 mln przypadków ostrego wzw A rocznie. Choroba ta występuje endemicznie na całym świecie, szczególnie na obszarach o złym stanie sanitarnym.

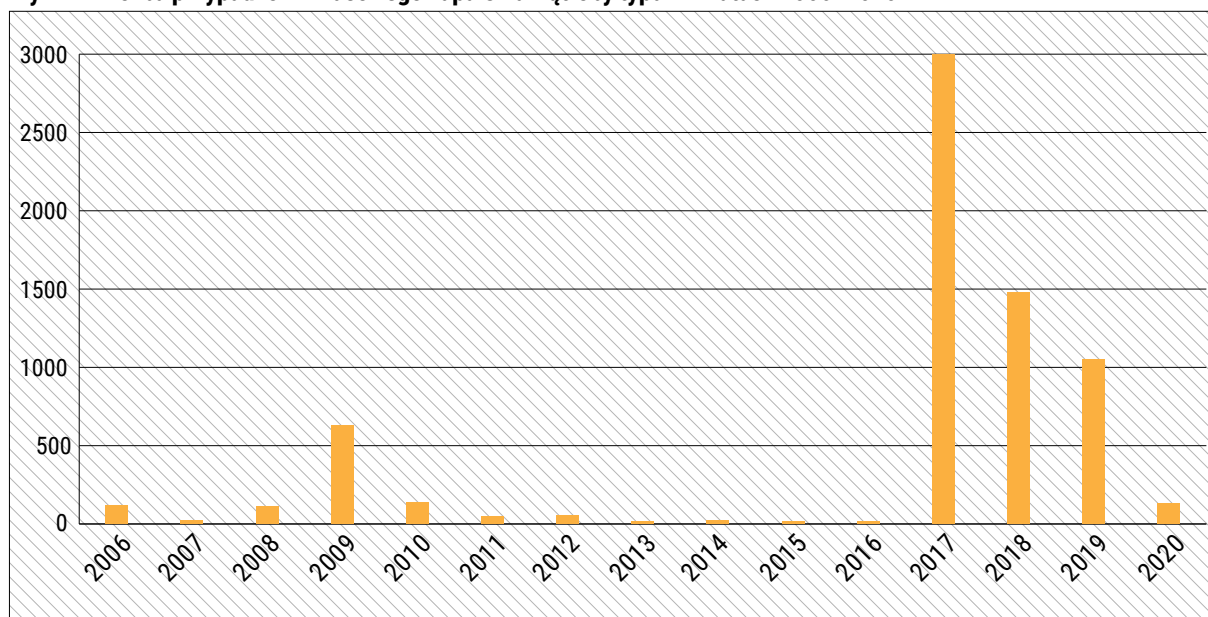
Do 1978 roku Polska była krajem endemiczności wysokiej (ok. 50 tys. zachorowań rocznie). Stopniowo następowała poprawa sytuacji epidemiologicznej, a po 1997 roku Polska należy do krajów o niskiej endemiczności WZW A. W 2017 roku wystąpił jednak znaczący wzrost liczby zachorowań wzw A. Zgodnie z danymi NIZP-PZH odnotowano łącznie 3 006 przypadków, tj. ponad 80-krotnie więcej w porównaniu z rokiem 2016, kiedy stwierdzono 35 przypadków. Wyraźne narastanie liczby zakażeń obserwowano od marca 2017 roku. W roku 2018 zarejestrowano 1 455 przypadków wzw A, tj. ponad 40-krotnie więcej w porównaniu z rokiem 2016, ale równocześnie ponad 2 – krotnie mniej w porównaniu z 2017 r. W 2019 r. liczba zgłoszonych przypadków wzw A wyniosła 1066. W roku 2020 r. obserwujemy dalszy wyraźny spadek do 109 przypadków, co sugeruje powrót do sytuacji epidemicznej wzw A w Polsce porównywalnej do lat z przed roku 2017 r.

W latach 2017-2018 r. liczba zachorowań wzrosła w całej Europie. W 2017 r. 24 kraje europejskie zgłosiły łącznie ponad około 20 tys. potwierdzonych laboratoryjnie przypadków zachorowań. Natomiast w pierwszej połowie 2018 r. 24 kraje europejskie zgłosiły około 5 tys. potwierdzonych laboratoryjnie przypadków. W 2017 r. w Europie zarejestrowano także ognisko wirusowego zapalenia wątroby typu A, w którym zachorowania głównie dotyczyły mężczyzn mających kontakty seksualne z innymi mężczyznami. Polska także była objęta tym ogniskiem.

W przypadku wzw A istnieje skuteczna profilaktyka (szczepienia ochronne). Zgodnie z *Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych* szczepienie przeciwko wzw A jest obecnie zalecane szczególnie osobom wyjeżdżającym do krajów o wysokiej i pośredniej endemiczności zachorowań na wzw A, osobom zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności, usuwaniu odpadów komunalnych i płynnych nieczystości oraz przy konserwacji urządzeń służących temu celowi, a także dzieciom w wieku przedszkolnym, szkolnym oraz młodzieży, które nie chorowały na wzw A. Szczepienie przeciw wzw A jako szczepienie zalecane, nie jest finansowane ze środków MZ.

Liczbę zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A w latach 2006 – 2020 przedstawia wykres 27.

Wyk. 27 Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006 -2020



Aby zapobiegać występowaniu chorób przenoszonych drogą pokarmową zawsze należy przestrzegać **5 kroków do bezpiecznej żywności** (zalecenia WHO) tj.:

- ◆ utrzymywać czystość rąk przed przygotowaniem i spożywaniem żywności oraz miejsc, w których są przygotowywane posiłki,
- ◆ oddzielać żywność surową od ugotowanej,
- ◆ poddawać żywność właściwej obróbce termicznej (gotowanie, pieczenie itp.),
- ◆ przechowywać żywność w prawidłowych warunkach chłodniczych,
- ◆ używać bezpiecznej wody i żywności.

4. Choroby krwiopochodne

4.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na świecie żyje około 325 milionów osób z przewlekłym zapaleniem wątroby, w tym 71 milionów osób z zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Znaczna liczba osób przewlekle zakażonych HCV rozwija marskość lub raka wątroby, a około 400 tys. ludzi umiera każdego roku z tego powodu. Leki przeciwwirusowe mogą wyleczyć obecnie ponad 95% osób z zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, zmniejszając tym samym ryzyko zgonu z powodu tych ciężkich i odległych powikłań.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) określane również jako zakażenie wirusem HCV stanowi jeden z priorytetów zdrowia publicznego na świecie w obszarze chorób zakaźnych, o czym świadczy przy-



jęta przez Światową Organizację Zdrowia w 2016 r. Strategia *Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021*¹, której głównym celem jest aby WZW nie stanowiło w roku 2030 istotnego problemu zdrowia publicznego na świecie. Cel ten ma zostać osiągnięty poprzez ograniczenie przenoszenia wirusów WZW, zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu WZW oraz zapewnienie wszystkim równego dostępu do kompleksowej profilaktyki, a dla osób zakażonych rekomendowanej diagnostyki i leczenia. Celem do osiągnięcia w skali globalnej w 2030 r. jest 90% redukcja zapadalności i 65% redukcja umieralności. Niestety dane światowe i europejskie wskazują, że cele te głównie z powodu przede wszystkim trwającej od ponad roku pandemii COVID-19 nie zostaną osiągnięte, w tym dotyczy to ponad 80% krajów o wysokim dochodzie, a prognozy te są zdecydowanie mniej korzystne dla krajów o średnim i niskim dochodzie.

W Polsce zgodnie z meldunkami o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce, udostępnianymi przez NIZP-PZH, w latach 2009-2012 odnotowywano ok. 2000 zachorowań na WZW C rocznie, natomiast w latach 2013 do 2019, co roku na terytorium naszego kraju rozpoznano między 3000 a 4000 zachorowań na WZW C. 95% zachorowań to postaci przewlekłe. W 2019 r. w Polsce zgłoszono 3 343 przypadki WZW C, w tym 64 postaci ostre i 3279 przewlekłych. W 2020 r. odnotowano 11 przypadków ostrego WZW C oraz 929 przypadków przewlekłych (dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie). Tak niewielka liczba zgłoszonych przypadków za rok 2020 r. w porównaniu z rokiem 2019 z pewnością jest wynikiem wystąpienia w 2020 r. i trwania epidemii zakażeń SARS-CoV-2 i wynikającej z tego z jednej strony ograniczonej dostępności do lekarza, a z drugiej strony rzadszego zgłaszania się pacjentów do systemu opieki zdrowotnej w celu uzyskania porady medycznej. Choć na przestrzeni lat odnotowuje się w Polsce spadek liczby zgonów związanych z WZW C, to liczba zachorowań (pomijając rok 2020) utrzymuje się na podobnym poziomie, co może oznaczać, że pomimo dotychczasowych metod testowania osób objawowych i ich leczenia w ramach populacji ogólnej, nadal problemem w zakresie rozpoznania i leczenia pozostają grupy zmarginalizowane (gł. użytkownicy narkotyków), wśród których rozpowszechnienie zakażeń HCV, ale także innych przenoszonych drogą krwiopochodną jest znaczące, a którzy mają ograniczony dostęp do służby zdrowia.

Do zakażenia HCV dochodzi poprzez kontakt z zakażoną krwią (wirus znajduje się w krwi i tkankach nosiciela) lub kontakt z przedmiotami, które zostały nią zanieczyszczone, wyłącznie w przypadku przerwania ciągłości tkanek np. nakłucia, rozcięcia skóry lub błony śluzowej, wówczas gdy w czasie ich wykonywania nie są przestrzegane standardy higieniczno-sanitarne. Zakażenie HCV może wystąpić także w warunkach domowych, gdy członkowie rodziny, najczęściej nieświadomi zakażenia, używają wspólnych przyborów higienicznych (np. maszynek do golenia, cążek do paznokci, szczoteczki do zębów). Zagrożenie ze strony HCV może pojawić się także przy zabiegach poprawiających urodę przebiegających z nakłuwaniem skóry/błony śluzowych ciała i twarzy (np. mikrodermabrazja, usuwanie zmarszczek, botoks), w czasie zabiegów typu tatuaż, piercing oraz w czasie usług kosmetycznych w rodzaju manicure, pedicure, które przeprowadzone niejałowym sprzętem i niezgodnie z procedurami higienicznymi niosą istotne ryzyko zakażenia HCV, a także HBV czy HIV. Istotne zagrożenie niesie również wielokrotne i przez wiele osób stosowanie zanieczyszczonych krwią osoby zakażonej sprzętów do przyjmowania środków odurzających, czy też niebezpieczne praktyki seksualne.

¹ <http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/>

Brak szczepionki przeciwko HCV powoduje, że szerzeniu się zachorowań na WZW C można zapobiec jedynie w drodze działań nieswoistych, polegających na wdrażaniu i utrzymywaniu wysokich standardów higieniczno-sanitarnych świadczeń zdrowotnych oraz zabiegów o charakterze niemedyceznym przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek, jak również poprzez działania o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym mające na celu podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa w zakresie WZW typu C i wykształcenie postaw oraz zachowań związanych z umiejętnością unikania narażenia na zakażenia HCV oraz zapobiegania szerzeniu się zakażenia HCV.

Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje działania w zakresie uregulowań prawnych, jak i w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie sterylizacji narzędzi i dezynfekcji pomieszczeń oraz urządzeń. W Polsce temat zakażeń HCV jest od co najmniej kilkunastu lat obecny w przestrzeni publicznej dzięki zaangażowaniu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w programy takie jak: „HCV można pokonać” w latach 2005-2006, „STOP! HCV” w latach 2010-2011, oraz Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” w latach 2012-2017 współfinansowany ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i Ministra Zdrowia. Dzięki temu intensyfikacji uległy także działania informacyjne i edukacyjne z zakresu profilaktyki HCV, prowadzone na poziomie centralnym i poszczególnych województw, powiatów i gmin.

Informacje pozwalające zrozumieć problem zdrowotny jakim jest zakażenie HCV, jego przyczyny i możliwości zapobiegania można znaleźć na stronach internetowych: <http://www.hcv.pzh.gov.pl>, <http://www.jestemswiadom.org>, <https://gis.gov.pl/> oraz <http://www.who.int/hepatitis/en>.

W roku 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały działania, choć były one w znacznej mierze ograniczone z uwagi na epidemię zakażeń SARS-CoV-2 oraz znacznym zaangażowaniem sił i środków w działania przeciwepidemiczne czy w związku z wprowadzonymi przepisami prawa obostrzeniami sanitarnymi, które były powodem istotnych ograniczeń w prowadzeniu wszelkiej działalności. Dlatego też działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej skoncentrowały się przede wszystkim na aktywności informacyjno-promocyjnej i wymianie doświadczeń i dobrych praktyk z wykorzystaniem narzędzi komunikacji na odległość (głównie strony internetowe stacji sanitarno-epidemiologicznych i Głównego Inspektoratu Sanitarnego czy media społecznościowe).

W roku 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały, w miarę posiadanych możliwości, dystrybucję materiałów opracowanych w ramach Projektu KIK/35. Były to zarówno ulotki i plany higieny jak i materiały, także multimedialne. W 2020 r. stacje sanitarno-epidemiologiczne rozdysponowały 2500 ulotek oraz ponad 400 planów higieny. Odnotowano także kilkadziesiąt okoliczności udostępnień filmów, zastosowania spotów i pozostałych materiałów multimedialnych (w postaci odtwarzania, wyświetlania, udostępniania, upowszechniania). Szkolenia nie były prowadzone z uwagi na ryzyko szerzenia się zakażeń SARS-CoV-2. W porównaniu z latami ubiegłymi widoczne jest zatem znaczne ograniczenie aktywności z uwagi na trwającą pandemię.

W przypadku dogodniejszej sytuacji epidemiologicznej zakażeń SARS-CoV-2 materiały były przekazywane: do podmiotów leczniczych (w tym przychodni POZ, gabinetów stomatologicznych, punktów szczepień), obiektów usługowych prowadzących działalność w zakresie fryzjerstwa, kosmetologii i tatuażu, odnowy biologicznej, ośrodków pomocy społecznej, placówek oświatowo-wychowawczych, placówek wypoczynku letniego i zimowego dla dzieci.

Prowadzono także dystrybucję materiałów edukacyjnych na drogowych i lotniczych przejściach granicznych.

Wśród ważniejszych inicjatyw kontynuowanych w 2020 r. przy których współpracował Główny Inspektorat Sanitarny wymienić należy publikację 26.06.2020 r. przez Europejski Komitet Normalizacyjny (CEN) normy dot. bezpieczeństwa i higieny usług tatuażu – EN 17169E „Tattooing – Safe and hygienic practice”. W polskim systemie norm prowadzonym przez Polski Komitet Normalizacyjny norma posiada numer PN-EN 17169E:2020-06 (ICS 03.080.30 – Usługi dla konsumentów). Norma jest wydana w języku angielskim. Na tym etapie norma jest wdrożona do polskiego porządku norm.



5. Choroby odzwierzęce

Nadzór nad chorobami odzwierzęcymi w Polsce realizuje Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Inspekcją Weterynaryjną. Obowiązujące jest Porozumienie ramowe o współdziałaniu i współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i organów Inspekcji Weterynaryjnej, zawarte pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym a Głównym Lekarzem Weterynarii.

Odzwierzęcymi czynnikami chorobotwórczymi wymagającymi szczególnego nadzoru są patogeny wywołujące: brucelozę, kamylobakteriozę, bąblowicę, listeriozę, włośnicę, gruźlicę wywołaną przez *Mycobacterium bovis*, werocytotoksyczne *Escherichia coli* i odzwierzęce typy serologiczne pałeczek *Salmonella*.

Od wielu lat przyczyną wystąpienia większości zoonoz jest spożycie pokarmów pochodzenia zwierzęcego, zanieczyszczonych chorobotwórczymi dla ludzi bakteriami odzwierzęcymi (salmonelozy odzwierzęce, kamylobakterioza, jersinioza, listerioza). Sytuację epidemiologiczną tych chorób opisano w punkcie poświęconym chorobom przenoszonym drogą pokarmową.

Istotną grupę zagrożeń stanowią także choroby odzwierzęce przenoszone przez wektory (stawonogi), zoonozy nabywane w wyniku bezpośredniego kontaktu z chorym zwierzęciem (np. wścieklizna) oraz choroby pasożytnicze (bąblowica). Na niektóre zoonozy (np. borelioza, kleszczowe zapalenie mózgu) narażone są statystycznie bardziej istotnie pewne grupy zawodowe, jak leśnicy i rolnicy.

W Polsce sytuację epidemiologiczną chorób odzwierzęcych w 2020 r. należy uznać za stabilną. Nie stwierdzono zauważalnych oraz nietypowych wzrostów zachorowań w stosunku do lat poprzednich, a cykliczne zmiany w liczbie stwierdzanych przypadków zoonoz są zgodne z wieloletnimi trendami obserwowanymi wcześniej.

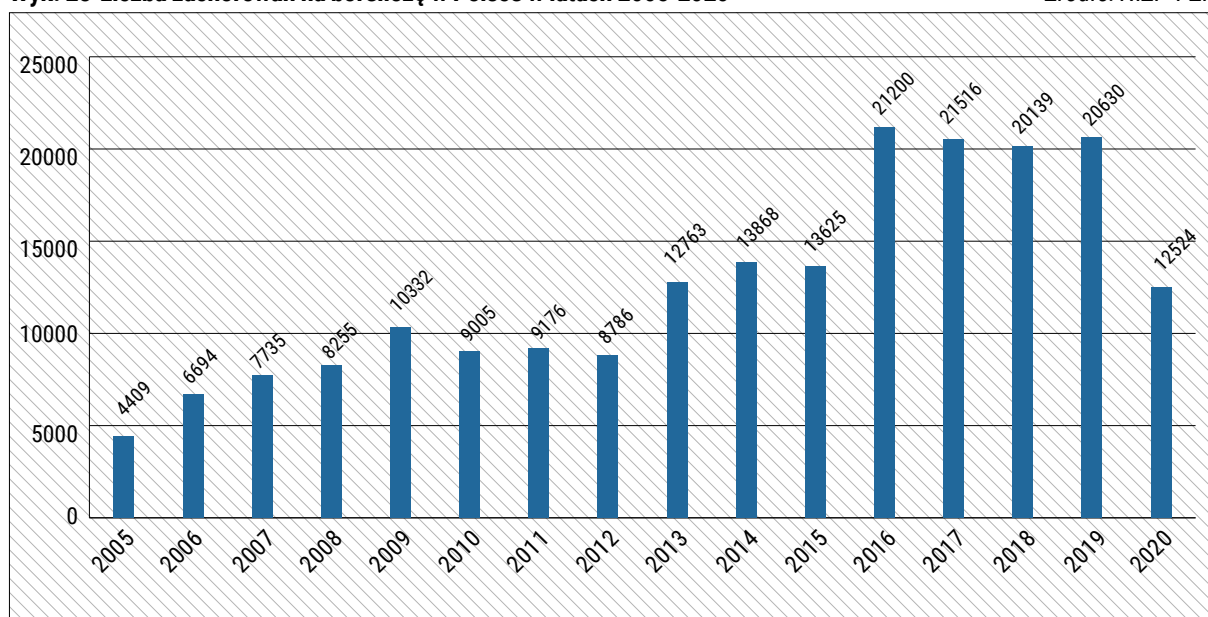


Borelioza z Lyme jest najczęściej występującą chorobą odkleszczową w Polsce i Europie, wywołaną przez krętki (bakterie) z rodzaju *Borrelia burgdorferi*. Choroba ta jest przenoszona przez kleszcze z rodzaju *Ixodes*, a rezerwuarem dla tego drobnoustroju są dzikie i domowe zwierzęta – gryzonie, drobne ssaki oraz ptaki. Borelioza występuje na całej półkuli północnej, ale także w Australii. Obszar całej Polski uznawany jest za terytorium endemiczne dla tej choroby, co oznacza, że kleszcze będące wektorami krętków z rodzaju *Borrelia* są obecne na terenie całego kraju.

W 2020 r. odnotowano 12 524 zachorowania na boreliozę, przy zapadalności 32,63/100 tys. mieszkańców (dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie). Tak niski wynik jest wynikiem trwającej epidemii zakażeń SARS-CoV-2 i jej szerokich konsekwencji w dostępie do leczenia, diagnostyki chorób czy też zdecydowanej zmiany (ograniczenia) aktywności ludzi. Dla porównania w 2019 r. w Polsce odnotowano 20 630 przypadków boreliozy, przy zapadalności 53,74/100 tys. mieszkańców. W latach 2018 – 2016 liczba zgłaszanych przypadków boreliozy utrzymywała się także na podobnym poziomie 20 – 22 tys. przypadków rocznie. Do roku 2012 liczba zgłoszonych przypadków boreliozy nie przekraczała 10 tys. zachorowań rocznie.

Wyk. 28 Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2020

Źródło: NIZP-PZH



Wobec braku dostępnej szczepionki przeciwko boreliozie podstawą jej profilaktyki jest stałe upowszechnianie wiedzy nt. tej choroby oraz edukacja społeczeństwa w zakresie stosowania środków ochronnych oraz właściwego postępowania w przypadku ukłucia przez kleszcza.

Kleszczowe zapalenie mózgu to ostra choroba wirusowa, która często wiąże się z powikłaniami neurologicznymi. Źródłem infekcji jest ukąszenie przez zakażonego kleszcza. Przyczyną zakażenia może być również spożycie niepasteryzowanego mleka zakażonego zwierzęcia (zwierzęta nie wykazują objawów chorobowych). W Polsce liczbę zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu wahała się na przestrzeni ostatnich lat od 150 do ponad 250 przypadków rocznie. W 2020 r. odnotowano 158 zachorowań, zaś w 2019 r. zarejestrowano

265 przypadków tej choroby zakaźnej. Najskuteczniejszą formą ochrony przed zakażeniem wirusem kleszczowego zapalenia mózgu jest szczepienie, które jest zalecane w szczególności dla najbardziej narażonych grup zawodowych (leśnicy, rolnicy itp.).

Obok boreliozy istotnym nadal problemem jest stała i wysoka liczba osób narażonych rokrocznie na kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o zakażenie wirusem wścieklizny, wśród których przypadki na terenie naszego kraju się zdarzają, choć są to pojedyncze zachorowania. W 2020 r. wg danych Głównego Inspektoratu Weterynarii wścieklizna wystąpiła u 10 zwierząt dzikich oraz 2 domowych. Dla porównania w 2019 dane te odpowiednio wynosiły – 11 zakażonych zwierząt dzikich, i brak przypadków wścieklizny wśród zwierząt domowych. W latach poprzednich statystyki były podobne, liczba zakażonych wirusem wścieklizny zwierząt dzikich nie przekraczała 10, a wśród zwierząt domowych zasadniczo wirus ten nie był odnotowywany. Jak dotąd w ostatnim kilku latach wścieklizna zwierząt nieudomowionych dotyczyła przede wszystkim nietoperzy, rzadko natomiast lisów będących głównym rezerwuarem tego wirusa.

Ostatnie przypadki wścieklizny u człowieka w Polsce (śmiertelne) miały miejsce w 2000 i 2002 r. Rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w nadzorze nad przypadkami/podejrzeniami wścieklizny u ludzi polega na współpracy z organami Inspekcji Weterynaryjnej i objęciu nadzorem osób ze styczności z takim zwierzęciem oraz na zapewnieniu dostępności preparatów immunoprofilaktyki czynno-biernej (szczepionki), podawanych według określonych schematów w ramach postępowania poekspozycyjnego.

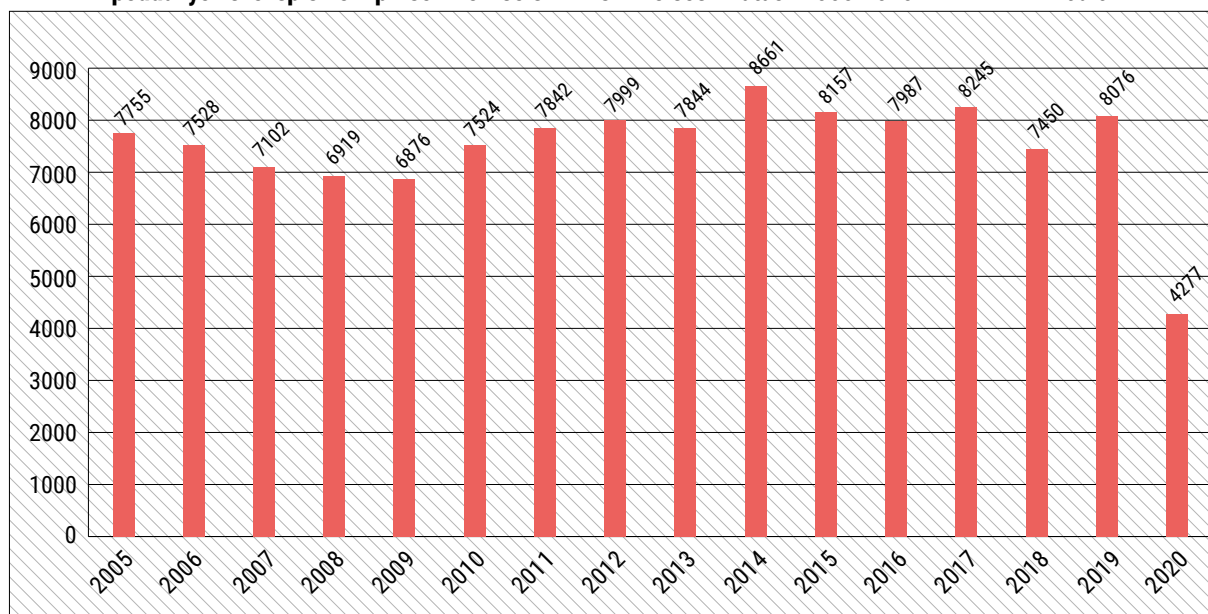
Niezmiennie jednak na przestrzeni lat (poniższy wykres) w Polsce obserwujemy stały trend 7-8 tys. przypadków rocznie narażenia na kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o zakażenie wścieklizną. Dane za rok 2020 wskazują na znaczne zmniejszenie się tego ryzyka, czego należy upatrywać przede wszystkim w znacznym ograniczeniu aktywności ludzi, w tym przebywania poza domem, na łonie natury i obniżeniu częstości ryzyka kontaktów z dzikimi zwierzętami. Jest to bez wątpienia efekt trwającej epidemii zakażeń SARS-CoV-2.

Aktualny jest natomiast dla właścicieli psów obowiązek, wynikający z ustawy z dnia 11 marca 2004 r. *o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt*, zgodnie z którym posiadacze psów są obowiązani zaszczepić je przeciwko wściekliznie w terminie 30 dni od dnia ukończenia przez psa 3. miesiąca życia, a następnie nie rzadziej niż co 12 miesięcy od dnia ostatniego szczepienia. Obowiązek ten nie dotyczy kotów domowych. Jednak mając na uwadze obecność wirusa wścieklizny w środowisku naturalnym, niski koszt szczepienia i niepodważalny jego wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie człowieka, rekomenduje się także właścicielom kotów, szczególnie tych swobodnie wychodzących, regularne szczepienie także tych zwierząt domowych przeciwko wściekliznie.

Za istotny problem dla zdrowia ludzi należy uznać także bąblowicę w okresie, kiedy pojawiają się owoce runa leśnego. Bąblowica jest chorobą powodowaną przez pasożyta tj. larwy tasiemca *Echinococcus granulosus* lub *Echinococcus multilocularis*. Liczba stwierdzanych przypadków tej choroby jest prawdopodobnie zaniżona, z uwagi na trudną wykrywalność choroby – przewlekły rozwój sięgający 5-10 lat, brak objawów w pierwszej kilkuletniej

Wyk. 29 Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005-2020

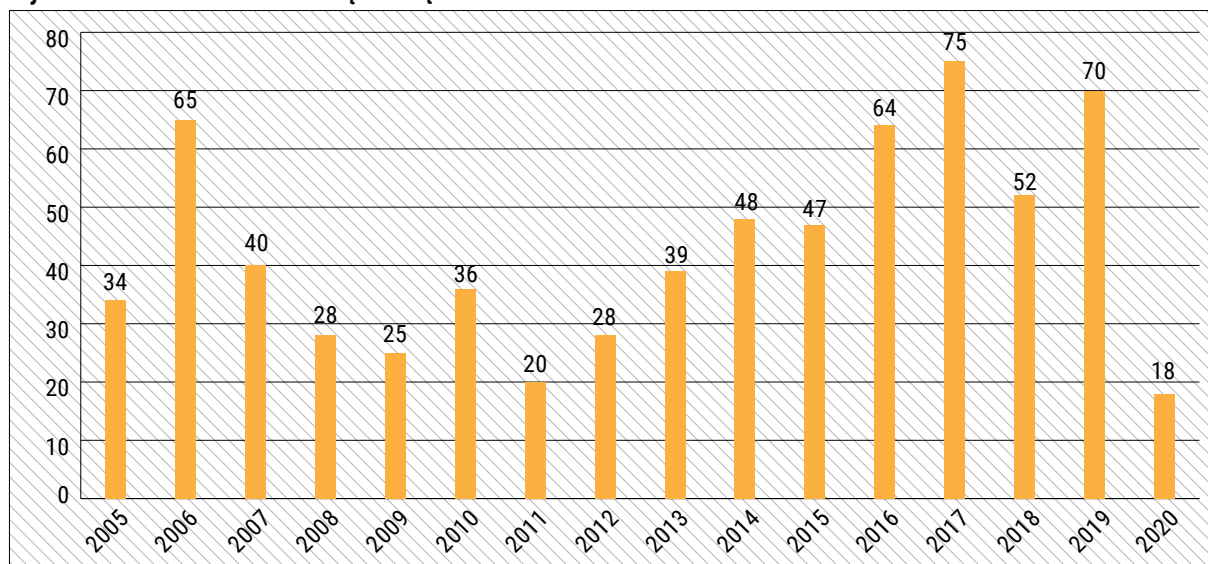
Źródło: NIZP-PZH



fazie rozwoju, a z drugiej strony powszechne skażenie środowiska jajami tasiemców, wydalanych wraz z kałem przez zakażone lisy. W warunkach polskich także pies, jeśli nie jest na bieżąco poddawany profilaktyce przeciw pasożytniczej, może być rezerwuarem tasiemców bąblowcowych. Jaja tasiemców dostają się do organizmu człowieka zarówno przez bliski kontakt z tymi zwierzętami (np. głaskanie) i przeniesienie jaj do ust za pośrednictwem brudnych rąk, jak i spożycie skażonej jajami tasiemca żywności (np. niemyte owoce runa leśnego) lub skażonej wody. Zakażenie jest realne w wielu regionach naszego kraju, także na terenach miejskich i podmiejskich, ze względu na pogłębiające się zjawisko powszechnego występowania lisów. W zakresie zapobiegania zachorowaniu na bąblowicę najistotniejsze jest upowszechnianie wiedzy nt. zasad higieny podczas i po pracy/relaksie w polu/ogrodzie/lesie, ochrona posesji przed lisami poprzez ogradzanie domostw i zabezpieczanie miejsc gromadzenia odpadów, które jako źródło resztek jedzenia wabią dzikie zwierzęta, a także prowadzenie regularnych zabiegów odrobaczania zwierząt domowych preparatami działającymi na tasiemce.

Wyk. 30 Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005-2020

Źródło: NIZP-PZH



6. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych w populacji

Wysoki spadek liczby przypadków chorób zakaźnych w Polsce można było zauważyć szczególnie po I kwartale roku, czyli po rozpoczęciu się epidemii COVID-19 w Polsce w marcu 2020 r. W związku z ogłoszeniem stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 w Polsce wprowadzono szereg ograniczeń oraz nakazów, których niewątpliwie pozytywnym efektem ubocznym, był spadek liczby przypadków innych chorób zakaźnych w Polsce. Na ten fakt największy wpływ miało: noszenie maseczek ochronnych, częstsze mycie oraz dezynfekcja rąk, utrzymywanie dystansu społecznego, ograniczenia dot. liczby osób korzystających z transportu zbiorowego czy danej usługi, ograniczenie kontaktów społecznych, w tym poprzez zamykanie placówek opieki, szkół, szkół wyższych, przechodzenie pracowników na tryb pracy zdalnej.

W 2020 zaobserwowano spadek liczby przypadków niemalże wszystkich chorób zakaźnych podlegających zgłoszeniu. Wyjątkiem była włośnica – zaobserwowano wzrost liczby przypadków w porównaniu z rokiem ubiegłym (19 do 2).

Tab. 20 Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2010–2020
(dane za 2020 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

Źródło: NIZP-PZH

Lp.	Jednostka chorobowa	Rok										
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1.	Zakażenie SARS-CoV-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1294 878
2.	AIDS	157	241	190	191	152	134	119	117	118	126	43
3.	Zakażenia HIV (nowowykryte)	747	1193	1135	1159	1090	1290	1387	1481	1 351	1763	934
4.	Dur brzuszny	0	2	2	2	3	4	2	7	2	3	0
5.	Dury rzekome A,B,C	6	2	5	5	1	5	2	2	6	2	0
6.	Salmonelozy – ogółem	9732	8813	8444	7578	8392	8650	10027	10000	9 957	9243	5 270
7.	Czerwonka bakteryjna	30	18	13	19	44	18	15	44	284	37	12
8.	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe – ogółem:	6388	6539	7046	9624	11329	13311	13003	15665	15364	15047	11800
9.	W tym: kamylobakteriozy	375	354	431	552	652	653	787	874	726	715	443
10.	Jersiniozy	206	238	201	199	2112	172	167	191	170	196	99
11.	Wirusowe zakażenia jelitowe	32723	44906	39462	42699	51561	55729	44844	55563	48577	62333	14386
12.	W tym rotawirusowe	20902	30769	23692	23529	33789	33943	21258	32995	23 263	34019	5962
13.	Biegunki u dzieci do 2 lat	30043	36478	34386	38101	41572	43502	35114	40218	40585	47642	14203
14.	Krzusiec	1266	1669	4684	2182	2100	4955	6828	3066	1 548	1629	743
15.	Tężec	16	14	19	14	13	12	12	11	8	17	2
16.	Odra	13	38	70	84	110	48	133	63	339	1502	30
17.	Różyczka	4197	4290	6263	38548	5891	2007	1105	477	437	285	96
18.	Ospa wietrzna	183446	172855	208276	178501	221628	187624	160707	173196	149 565	180 641	71392
19.	Nagminne zapalenie przyusznicy (świnka)	2754	2585	2779	2436	2508	2208	1978	1670	1 585	1338	577
20.	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	1184	1046	1284	1077	1823	891	952	810	1226	950	265
21.	Wirusowe zapalenie mózgu (inne niż przenoszone przez kleszcze)	183	200	187	172	157	137	153	120	110	103	35

Lp.	Jednostka chorobowa	Rok										
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
22.	Zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	294	221	190	227	195	149	283	283	197	265	158
23.	Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	229	296	241	251	188	220	167	228	242	221	115
24.	W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu – meningokokowe	146	193	165	163	122	121	91	122	102	95	54
25.	Inwazyjna choroba wywołana przez Haemophilus influenzae (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	25	31	36	25	41	62	69	116	115	99	60
26.	W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu – Haemophilus influenzae	11	11	11	9	11	14	9	11	6	10	9
27.	Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	364	430	441	540	708	979	964	1182	1 355	1541	545
28.	W tym zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu – pneumokokowe	180	192	146	195	199	197	180	171	212	181	66
29.	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	155	65	71	48	76	49	35	3006	1 455	1067	109
30.	Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1633	1583	1583	1541	2763	3518	3806	3363	3 196	2854	990
31.	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	2178	2241	2268	2264	3551	4285	4261	4 010	3 442	3350	942
32.	Włośnica	51	23	1	9	32	27	4	9	2	2	19
33.	Bakteryjne zatrucia pokarmowe – ogółem:	11464	10847	10054	9053	9734	9856	10734	10214	10161	9371	5189
34.	W tym: salmonelozowe	9549	8652	8267	7407	8197	8418	9701	9710	9 651	8919	5092
35.	Gronkowcowe	217	283	147	128	68	98	37	54	66	13	4
36.	Jadem kielbasianym	32	35	22	24	29	30	26	24	22	15	9
37.	Clostridium perfringens	8	24	5	18	16	1	0	1	1	0	6
38.	Borelioza (choroba z Lyme)	9003	9157	8783	12754	13863	13625	21200	21514	20150	20630	12524
39.	Grypa (i podejrzenia grypy) – ogółem	551054	1156357	1460037	3164405	3137056	3843438	4316823	5 043 491	5 239 293	4 790 033	3164 446
40.	Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41.	Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	7524	7842	7999	7844	8661	8157	7987	8245	7 450	8076	4277
42.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	18	21	17	23	24	22	26	24	29	30	11

7. Epidemia zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w Polsce

Rok 2020 był zdominowany trwającą na świecie pandemią COVID-19 wywołaną nowym koronawirusem SARS-CoV-2. Pierwsze przypadki zakażeń ludzi tym wirusem odnotowano pod koniec 2019 roku w mieście Wuhan w Chinach. Wirus przenosi się z człowieka na człowieka drogą kropelkową i u niektórych chorych może wywołać ciężkie zapalenie płuc oraz ostrą niewydolność oddechową. U części chorych konieczne jest podjęcie leczenia z zastosowaniem wentylacji mechanicznej. W porównaniu z innymi koronawirusami, takimi jak np. SARS i MERS wirus SARS-CoV-2 jest mniej wirulentny i powoduje mniejszą śmiertelność. Jednak z uwagi na wysoką zakaźność i szybką transmisję osób zakażonych odnotowywane są również wysokie liczby zgonów z powodu SARS-CoV-2.

Od dnia wykrycia pierwszego przypadku czyli dnia 04.03.2020r. zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce do dnia 31 grudnia 2021 r. odnotowano łącznie 1 294 878, w tym 28 554 zgonów, wyzdrowiało natomiast 1 036 138 osób.

W tym samym okresie na terenie UE/EOG odnotowano 15 857 298 przypadków oraz 376 891 zgonów. Najwięcej przypadków zachorowań odnotowano w następujących krajach UE/EOG: Francja (2 655 728), Włochy (2 155 446), Hiszpania (1 958 844), Niemcy (1 775 513). Najwięcej przypadków śmiertelnych w 2020 roku stwierdzono natomiast we Włoszech (75 332), Francji (65 037), Hiszpanii (51 078), Niemczech (34 574).

Łącznie na świecie w okresie od 31 grudnia 2019 r. do końca roku 2020 odnotowano blisko 84 532 824 przypadków COVID-19 (zgodnie z definicjami przypadków przyjętych w krajach), w tym 1 845 597 zgonów.

Epidemia SARS-CoV-2 została uznana za zagrożenie dla zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym przez Światową Organizację Zdrowia w dniu 30 stycznia 2020 r. W ramach przygotowań Polski, przygotowany został Krajowy plan działania na wypadek wystąpienia w Polsce przypadków podejrzenia lub zakażenia SARS-CoV-2 (z dnia 26 lutego 2020 r.). Dokument został przygotowany w oparciu o dane i zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia oraz Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób. Jeszcze przed ogłoszeniem epidemii SARS-CoV-2 zagrożeniem dla zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym, Główny Inspektor Sanitarny monitorował sytuację na świecie i już w styczniu wydał pierwszy komunikat dla podróżnych wracających z Chin. Kolejne komunikaty uwzględniały rozwój pandemii na świecie. Zagrożenie rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS-CoV-2 spowodowało konieczność wprowadzenia szczególnych rozwiązań, umożliwiających podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 325) zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 zostało objęte przepisami o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym w zakresie przepisów o izolacji i kwarantannie, która może być nakładane przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego w trybie art. 33

w związku z art. 5 ust. 1 pkt. 1 lt. f i g ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Natomiast w związku z wejściem w życie przepisów ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2020 poz. 374), która dokonała nowelizacji ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w dniu 7 marca 2020 r. wydano dwa rozporządzenia zawierające wykaz chorób zakaźnych uzupełniony o zakażenia SARS-CoV-2 (COVID-19):

- ◆ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (Dz.U. z 2020 r. poz. 375),
- ◆ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego oraz okresu obowiązkowej kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 376).



Zgodnie z art. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz.U. z 2020 r. poz. 1450, z późn. zm.) epidemia to wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących, zaś zagrożenie epidemiczne to zaistnienie na danym obszarze warunków lub przesłanek wskazujących na ryzyko wystąpienia epidemii. Pierwszy przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wykryty został w Polsce w dniu 4 marca 2020 r. W związku z powyższym w okresie od 14 do 20 marca obowiązywał w Polsce stan zagrożenia epidemicznego. Wraz z pojawianiem się kolejnych przypadków COVID-19 spowodowanego wirusem SARS-CoV-2 oraz ogłoszeniem w dniu 11 marca 2020 r. przez Światową Organizację Zdrowia pandemii COVID-19, również na terenie Polski w dniu 20 marca 2020 r. wprowadzono na obszarze kraju stan epidemii.

Należy pamiętać, iż miarą ryzyka wystąpienia choroby jest współczynnik zapadalności. Dane dotyczące zapadalności w Polsce, wg województw i powiatów, publikowane są na stronach Ministerstwa Zdrowia. Dane dotyczące zapadalności na zakażenia SARS-CoV-2 analizowane są na bieżąco przez GIS. W roku 2020, na podstawie analiz i ocen epidemiologicznych opracowano i opiniowano ponad 500 procedur przeciwepidemicznych dla niemal wszystkich obszarów funkcjonowania Państwa.

Pojawienie się przypadków zakażenia SARS-CoV-2 w Polsce wymusiło konieczność podjęcia skoordynowanymi działaniami na poziomie krajowym. Pierwsze obostrzenia zostały wprowadzone już w marcu 2020 r. Wraz z rozwojem epidemii w kraju i zwiększającą się liczbą rejestrowanych przypadków zachorowań wprowadzono kolejne ograniczenia, w tym dotyczące organizowania imprez i zgromadzeń masowych, zamknięcia szkół, zawieszenia wydarzeń kulturalnych, zakazów przemieszczania się, ograniczenia możliwości korzystania z infrastruktury publicznej, działalności usługowej, handlowej i wypoczynkowej, organizacji zgromadzeń religijnych, ograniczenie transportu międzynarodowego (tzw. zamknięcie granic). Wprowadzono ponadto obowiązek dystansowania społecznego oraz zakrywania nosa i ust w miejscach publicznych. Wprowadzenie restrykcyjnych ograniczeń w początkowej fazie pandemii spowodowało spowolnienie rozwoju epidemii oraz utrzymanie liczby przypadków na względnie niskim poziomie w pierwszej połowie 2020 r. Choć całkowite wyeliminowanie wirusa ze środowiska nie powiodło się, dzięki przyjętej strategii zyskano czas na organizację innych działań oraz przygotowanie do kolejnych fali epidemii COVID-19 w kraju.

Po ustabilizowaniu sytuacji epidemiologicznej, po dniu 20 kwietnia 2020 r. nastąpił okres stopniowego znośzenia obostrzeń, w tym m.in. otwarcie centrów handlowych, bibliotek, muzeów, galerii sztuki, hoteli, placówek rehabilitacji leczniczej, otwarcie żłobków i przedszkoli, a następnie przywrócenie działalności salonów fryzjerskich i kosmetycznych, restauracji, barów z zastosowaniem zaleceń Głównego Inspektoratu Sanitarnego (w tzw. reżimie sanitarnym).

Należy zauważyć, iż przebieg epidemii SARS-CoV-2 w Polsce, podobnie jak w przypadku innych zjawisk o charakterze epidemicznym opisuje się poprzez podanie liczby zakażeń (lub zapadalności) w podziale na przyjęte odcinki czasu, a graficznie przedstawia w postaci krzywej epidemicznej. Ze względu na cykl zle-



cania, wykonywania i raportowania wyników badań, który jest uzależniony od dnia tygodnia (od tego czy dni tygodnia są robocze czy świąteczne) i wynikające stąd nieuniknione opóźnienia w procesie diagnostyki i raportowania przypadków zakażeń, jako minimalny odcinek czasu podlegający analizie przyjmuje się tydzień przy równoczesnym przyjęciu 7-dniowej lub 14-dniowej średniej kroczącej zapadalności odpowiadającego średniemu (5-6 dni) lub maksymalnemu (14-dni) okresowi wylegania COVID-19. Na wykresie przebiegu krzywej epidemicznej można wyróżnić okresy, narastania, szczytu oraz spadku liczby zachorowań, które obrazowo można opisać jako „falę epidemiczną”, zwłaszcza jeżeli w przebiegu epidemii zostaną zaobserwowane wielokrotne duże i silnie wyrażone wzrosty liczby zakażeń z ich następczymi spadkami. Niemniej należy podkreślić, że liczba przypadków zakażeń i zachorowań mających wpływ na kształt krzywej epidemicznej (oraz wyróżnianych na niej „fal”) jest wypadkową zmian w liczbie przypadków na szczeblu regionalnym oraz poziomach lokalnych. Inaczej mówiąc „fala epidemiczna” jest sumą nakładających się na siebie ognisk epidemicznych, a te z kolei są sumą pojedynczych, powiązanych ze sobą pojedynczych przypadków. Oznacza to, iż szczyt zachorowań w poszczególnych województwach, powiatach czy gminach mógł przypadać w okresie poprzedzającym lub następującym po okresach, w których obserwowano najwyższe zapadalności tygodniowe (albo dobowe liczby zaraportowanych zakażeń) dla całego kraju. Epidemia w poszczególnych województwach różni się dynamiką i liczbą odnotowywanych przypadków zakażeń w tych samych okresach sprawozdawczych, w związku z powyższym w tym samym czasie w jednym województwie może dojść do wzrostu zachorowań skutkującego koniecznością wdrażania dodatkowych obostrzeń, podczas gdy w innych



województwach w tym samym czasie można obserwować stabilizację sytuacji epidemiologicznej lub wejście w fazę spadkową. To podejście było wyrażone m.in. regionalizacją obostrzeń (wprowadzoną w czerwcu 2020 r.) i podziałem powiatów na strefy zielone, żółte i czerwone itd. w zależności od występujących na ich obszarze liczby przypadków na 10 tys. mieszkańców, a także różnic w dynamice trendu lub zmian trendu. W tym samym okresie różne powiaty należały do różnych stref, lecz również różna była w nich dynamika przyrostu przypadków lub zmiana trendu.

W związku z powyższym nie jest możliwe precyzyjne i jednoznaczne określenie w jakich konkretnie okresach czasu (ograniczonych datą rozpoczęcia i zakończenia) wystąpiły poszczególne „fale” epidemii COVID-19 dla terenu całego kraju, jak również należy pamiętać, że poszczególne powiaty w danym okresie mogły się znajdować w różnych fazach epidemii lokalnych: narastania, szczytu lub opadania. Możliwe jest natomiast wskazanie maksymalnej liczby zachorowań (zapadalności tygodniowej), które wystąpiły w danym okresie i mogą zostać wyróżnione graficznie jako szczyt „kolejnej fali” na krzywej epidemicznej epidemii i które pozwalają ją wyodrębnić spośród innych fal, jednakże bez wyznaczenia początku i końca danej fali. Należy pamiętać, że raz rozpoczęty proces pandemiczny ma charakter ciągły i nieprzerwany, a jego skala jest globalna. Poprzez nieprzerwany ruch ludności oraz pojawienia się, importowanie i trwałą introdukcję do kolejnych lokalnych populacji nowych wariantów wirusa, mamy faktycznie do czynienia z równoczesnymi epidemiami różnych wariantów. Epidemia wywołana wariantem o niższej zakaźności może być w fazie spadkowej, podczas gdy wariant o wyższej zakaźności może znajdować się w fazie gwałtownego wzrostu. Te dwa równoczesne zjawiska będą jednak obserwowane jako jedna „fala” zachorowań.

Pierwsza fala epidemii COVID-19 w Polsce, w porównaniu z kolejną, z uwagi na wprowadzone restrykcyjne ograniczenia, charakteryzowała się znacznym spłaszczeniem krzywej epidemicznej i relatywnie niską liczbą zakażeń. Można wskazać kilka okresów w których wystąpiły wzrosty zachorowań, które przypadły na okres 16. tygodnia 2020 r. (13-19.04.2020 r.), dla którego zapadalność wyniosła 13,6 przypadków na 100 000 mieszkańców, a liczba zachorowań w poszczególnych dniach sięgała ok. 400 przypadków, lub w 21. tygodniu 2020 r. (18-24.05.2020), gdy zapadalność osiągnęła 14,04 przypadków /100 tys., lub 25. tygodniu 2020 r. (15-21.06.2020) – zapadalność osiągnęła 14,15, a w 31. tygodniu (27.07-02.08.2021) – 17,89. Sytuacja ta obrazuje umowność wyodrębniania początku i końca fal epidemicznych. Stosując przyjętą przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) metodologię opartą o wyliczenie 14-dniowej zapadalności dla poszczególnych tygodni roku „szczyt drugiej fali” zachorowań wystąpił w 46 tygodniu 2020 r. (09-15.11.2020 r.), dla którego zapadalność wyniosła 877,47 przypadków na 100 000 mieszkańców. Najwyższą dobową liczbą przypadków została natomiast zareportowana w dniu 07.11.2020 r. i wyniosła 27 875.

W związku z ponownie rosnącą liczbą zakażeń SARS-CoV-2 w okresie powakacyjnym ponownie stopniowo rozpoczęto wprowadzanie ograniczeń poszczególnych branż oraz obszarów funkcjonowania państwa. W dniu 24.10.2020 r. cała Polska ogłoszona została czerwoną strefą, a w dniu 9 listopada 2020 r. doszło do ponownego zamknięcia szkół podstawowych i ponadpodstawowych w Polsce. W grudniu 2020 r. liczba

zakażonych osób w Polsce przekroczyła 1 mln. Pod koniec 2020 r., w połowie grudnia pojawiła się informacja o nowych zakażeniach zmutowanym wirusem w południowej i południowo-wschodniej Anglii. Od tamtej pory nowy brytyjski wariant SARS-CoV-2 zaczął rozprzestrzeniać się po całej Europie, w tym także Polsce. Nowe szczepy mogą wykazywać się nie tylko zwiększoną zakaźnością co ma krytyczny wpływ na przyspieszenie epidemii w Polsce lecz mogą również zmniejszać skuteczność prowadzonej akcji szczepień oraz efektywność diagnostyki laboratoryjnej. Informacja o rozpowszechnieniu wariantów w połączeniu z wiedzą o ich zaraźliwości jest również kluczowa dla modelowania dalszego przebiegu epidemii w Polsce. W związku z powyższym już pod koniec 2020 roku rozpoczęto dążenia do wdrożenia monitorowania krążenia poszczególnych wariantów wirusa w kraju. We współpracy z Małopolskim Centrum Biotechnologii UJ, które otrzymało wsparcie finansowe z Agencji Badań Medycznych na prowadzenie sekwencjonowania SARS-CoV-2 oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, który od początku pandemii COVID-19 prowadzi działania z zakresu epidemiologii m.in. w ramach współpracy z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Główny Inspektorat Sanitarny rozpoczął koordynację i ujednoczenie systemu monitorowania oraz wymiany informacji o zmienności genetycznej wirusa SARS-CoV-2 włączając w system również 16 Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych. Jednym z celów koordynacji badania jest pozyskiwanie próbek w sposób zapewniający ich reprezentatywność geograficzną i demograficzną, co jest kluczowe z punktu widzenia poprawności analizy i interpretacji uzyskanych danych.

W celu ograniczenia szerzenia się wirusa w populacji, obok szczepień i stosowania się do wprowadzanych restrykcji tzw. lock down, kluczowe jest ściśle przestrzeganie kilku podstawowych zasad przeciwepidemicznych, w tym:

- ◆ w miejscach publicznych zachowywać dystans społeczny, wynoszący min. 1,5 m od innej osoby, nie gromadzić się w jednym miejscu, nie witać się poprzez podanie ręki, pocałunki, przytulanie (wirus przenosi się drogą oddechową, ale także przez kontakt ze skażoną powierzchnią),
- ◆ będąc w otoczeniu innych osób zasłaniać usta i nos maseczką, najlepiej z filtrem lub, wg ECDC, stosować podwójną maseczkę (wirus przenosi się drogą oddechową podczas np. mówienia, kichania, kaszlu). Kaszląc lub kichając zasłaniać usta i nos chusteczką lub zgięciem łokciowym,
- ◆ często myć ręce wodą z mydłem (min 30 sek.) lub dezynfekować je wcierając ok. 3 ml preparatu dezynfekcyjnego (1 doza), aż do całkowitego wyschnięcia (istnieje ryzyko przeniesienia wirusa z zanieczyszczonych powierzchni na ręce),
- ◆ regularnie wietrzyć pomieszczenia w domu, a także w pracy (w niewietrzonych pomieszczeniach stężenie wirusa utrzymuje się),
- ◆ myć wodą z detergentem lub dezynfekować powierzchnie często dotykane, takie jak np.: klamki, poręcze, telefon, kierownica, włączniki światła (na powierzchniach często dotykanych łatwo gromadzą się i utrzymują drobnoustroje chorobotwórcze, w tym wirusy).

Wśród metod zapobiegania i ograniczania transmisji należy wymienić:

1. likwidację źródła zakażenia – w przypadku SARS CoV-2 oznacza to izolację osoby zakażonej na jak najwcześniejszym etapie choroby.
2. przecięcie dróg szerzenia – oznacza to redukcję liczby kontaktów między ludźmi, wprowadzanie zasad dystansu społecznego, noszenie maseczek, zasad higieny itp.
3. uodpornienie populacji poprzez zaszczepienie.

Pod koniec grudnia 2020 rozpoczęto w Polsce realizację Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19, co oznacza, iż w trakcie trwania 2020 r. wdrożone zostały wszystkie elementy strategii ograniczania epidemii w kraju. W perspektywie kolejnych lat szczepienia ochronne będą z pewnością jednym z głównych narzędzi zwalczania COVID-19.



8. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych w 2020 r.

Polska od lat 60-tych XX wieku realizuje program powszechnych szczepień ochronnych, który ewoluje zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i systematycznie jest rozszerzany w miarę pojawiania się dostępu do nowych szczepionek – z uwzględnieniem możliwości finansowych budżetu Ministra Zdrowia. Obowiązek poddawania się szczepieniom ma w Polsce charakter powszechny i podlegają mu wszystkie osoby przebywające na terenie Polski. Podstawą prawną do nałożenia obowiązku szczepień przeciw wybranym chorobom zakaźnym jest art. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.), który nakłada obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym na osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zwolnione z tego obowiązku są osoby przebywające krócej niż 3 miesiące. W odniesieniu do osób nieposiadających zdolności do czynności prawnych (np. dzieci), odpowiedzialność za wypełnienie tego obowiązku ponosi osoba sprawująca nad tą osobą prawną pieczę (rodzic) albo jej opiekun faktyczny. Wykonanie obowiązku szczepień przez osoby zobowiązane do poddawania się szczepieniom (poddawania dzieci szczepieniom) jest zabezpieczone środkami egzekucji administracyjnej.

8.1. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych

Obowiązkowe szczepienia ochronne odgrywają znaczącą rolę w zapobieganiu chorobom zakaźnym. Na przestrzeni lat obowiązek poddawania się szczepieniom (poddawania dzieci szczepieniom) był stopniowo rozszerzany i dotyczył szczepień przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi, gruźlicy, ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (przeciwko poliomyelitis), odrze, różyczce, nagminnemu zakażeniu przyusznic (śwince), wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, inwazyjnym zakażeniem *Haemophilus influenzae* typu b oraz *Streptococcus pneumoniae*, ospie wietrznej, oraz wścieklicznie (dla osób narażonych na zachorowanie w wyniku styczności lub pogryzienia przez zwierzę chore lub podejrzanę o wścieklicznę) a obecnie również przeciw rotawirusom. Wytyczne merytoryczne dla wykonawców szczepień dotyczące przeprowadzania obowiązkowych szczepień z uwzględnieniem terminu oraz przesłanek epidemiologicznych i wynikających ze stanu zdrowia wykonania szczepienia są corocznie określone w komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie *Programu Szczepień Ochronnych* na dany rok.

Zmiany Programu Szczepień Ochronnych są dokonywane zgodnie z rekomendacjami ekspertów. Ostatecznie jest on opiniowany przez Radę Sanitarно-Epidemiologiczną przy Głównym Inspektorze Sanitarnym i ogłaszany w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia. Spośród rekomendacji ekspertów dotyczących kształtu Programu Szczepień Ochronnych zrealizowano takie postulaty, jak wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom u całej populacji dzieci (w 2017), wprowadzenie szczepienia przeciwko krztuścowi u młodzieży w 14 roku życia oraz wprowadzenie szczepienia przeciw poliomyelitis szczepionką inaktywowaną (IPV) w miejsce żywej szczepionki (OPV) u dzieci w 6 roku życia (w 2016), przesunięcie wieku szczepienia przypominającego przeciwko odrze, śwince i różyczce (MMR) z 10 roku życia na 6 rok życia oraz możliwość

przeprowadzenia szczepienia przeciwko gruźlicy przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego (w 2019), zaś od 2021 roku wprowadzono szczepienie niemowląt przeciwko rotawirusom.

Zakup szczepionek do realizacji PSO jest finansowany w całości z budżetu Ministra Zdrowia.

Corocznie w Polsce jest opracowywana również analiza stanu zaszczepienia populacji dzieci i młodzieży. Dokonuje się jej na podstawie danych uzyskanych ze sprawozdania rocznego ze szczepień ochronnych (MZ-54), którego wzór i terminy sporządzania określają przepisy o statystyce publicznej. Analiza uwzględnia m.in.:

- ◆ stan zaszczepienia przeciwko poszczególnym chorobom zakaźnym dzieci z poszczególnych roczników oraz osób z określonych grup zawodowych i grup ryzyka podlegających obowiązkowi szczepień, w odniesieniu do poszczególnych województw oraz całego kraju;
- ◆ porównanie stanu zaszczepienia osób podlegających szczepieniom w roku bieżącym do roku poprzedniego;
- ◆ analizę występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).

Na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego wyniki analizy są corocznie publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie (NIZP-PZH) w biuletynie pt. „Szczepienia Ochronne w Polsce za rok...”. Biuletyn stanowi podstawowe źródło informacji o stanie uodpornienia populacji dzieci i młodzieży w Polsce. Dane dotyczące zaszczepienia populacji w 2020 roku będą dostępne w II połowie 2021 roku, w tym również na stronie internetowej NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl).

8.2. Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej są obowiązane do sporządzania ilościowego zapotrzebowania na szczepionki służące do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych, wraz z harmonogramem dostaw szczepionek. Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych dla powiatu, jak w latach poprzednich, w roku 2019 określili państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, zgodnie z wykazem chorób zakaźnych objętych obowiązkami szczepień ochronnych, określonym w art. 17 ust. 10 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, z uwzględnieniem w szczególności:

- ◆ aktualnej sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych na terenie powiatu;
- ◆ danych demograficznych i struktury wiekowej mieszkańców powiatu;
- ◆ liczby osób obowiązanych do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, objętych podstawową opieką zdrowotną oraz uczęszczających do szkół na terenie powiatu;
- ◆ stanu zaszczepienia grup osób obowiązanych do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym w latach wcześniejszych;

- ◆ stanu realizacji zapotrzebowania na szczepionki na dany rok;
- ◆ wytycznych państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego oraz Głównego Inspektora Sanitarnego, dotyczących sposobu ustalenia rocznego zapotrzebowania na szczepionki na rok kolejny.

Zapotrzebowania dla województw określili państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni, z uwzględnieniem w szczególności:

- ◆ zapotrzebowań przekazanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych;
- ◆ stanu realizacji zapotrzebowania na szczepionki w województwie na dany rok;
- ◆ wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczących sposobu ustalenia rocznego zapotrzebowania na szczepionki na rok kolejny.

Główny Inspektor Sanitarny opracował w 2020 roku roczne ilościowe zapotrzebowanie na szczepionki do realizacji Programu Szczepień Ochronnych w kraju na rok 2021. Podstawę stanowił określony przez Radę Sanitarno-Epidemiologiczną przy GIS kształt PSO na kolejny rok z uwzględnieniem priorytetów zmian w Programie Szczepień Ochronnych przyjętych do realizacji na kolejne lata, w tym rekomendacji dotyczących wprowadzenia do Programu Szczepień Ochronnych szczepionek wysokoskojarzonych (tzw. 5 w 1) dla całej



populacji dzieci. Zapotrzebowanie na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych dla całego kraju na rok 2021 Główny Inspektor Sanitarny określił z uwzględnieniem w szczególności:

- ◆ zapotrzebowań zgłoszonych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych;
- ◆ prognozowanych zmian sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w kraju i na świecie;
- ◆ planowanych zmian w wykazie chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych;
- ◆ wielkości rezerw magazynowych

8.3. Sposób przekazywania szczepionek prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne – dystrybucja szczepionek

Zgodnie z art. 18 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi podmiotami odpowiedzialnymi za dystrybucję i przechowywanie szczepionek służących do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych zakupionych Przez Ministra Zdrowia jest Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Przeciwi epidemicznych w Porębach oraz, w łańcuchu dystrybucji, wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne. Centralny dystrybutor przechowuje szczepionki i zapewnia ich transport do magazynów wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, które następnie przekazują je powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym. Powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przekazują szczepionki tym świadczeniodawcom, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy na przeprowadzanie szczepień obowiązkowych. Podczas transportu i przechowywania szczepionek zachowany jest tzw. łańcuch chłodniczy oraz stosowane są zasady dobrych praktyk dystrybucji przewidziane w przepisach ustawy – *Prawo farmaceutyczne*.

Główny Inspektor Sanitarny koordynuje przekazywanie szczepionek zakupionych do realizacji Programu Szczepień Ochronnych na poziomie województw i powiatów; ich dystrybucję koordynują odpowiednio wojewódzcy i powiatowi państwowi inspektorzy sanitarni.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobowiązane są do prowadzenia racjonalnej gospodarki szczepionkami zakupionymi przez Ministra Zdrowia. W przypadku wystąpienia obawy, że szczepionki zgromadzone w magazynach Centralnego Dystrybutora z uwagi na kończący się termin ważności mogą nie zostać wykorzystane do realizacji PSO podejmują z wyprzedzeniem stosowne działania minimalizujące straty szczepionek i zapobiegające ich utylizacji np. w drodze nieodpłatnego wydania ich do zużycia do szczepień innych niż obowiązkowe (za zgodą Ministra Zdrowia).

Dystrybucja i efektywne wykorzystanie szczepionek do realizacji szczepień obowiązkowych na wszystkich poziomach Państwowej Inspekcji Sanitarnej w kraju prowadzona jest z zastosowaniem Elektronicznego Systemu Nadzoru nad Dystrybucją Szczepionek (ESNDS). ESNDS zapewnia jednolity obieg dokumentacji oraz umożliwia uzyskanie bieżących danych o aktualnej dostępności i rozmieszczeniu zapasów szczepionek w magazynach Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

8.4. Uchylenie się od obowiązku szczepień ochronnych przez osoby prawnie do tego zobowiązane, jako czynnik determinujący możliwy spadek stanu zaszczepienia populacji przeciw chorobom zakaźnym – działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowane w celu egzekwowania obowiązku szczepień.

Obowiązkowe szczepienia ochronne w ramach Programu Szczepień Ochronnych są skuteczną i powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej). Odgrywają zatem istotną rolę w ochronie zdrowia publicznego przed szerzeniem się chorób zakaźnych i zapobieganiem następstwom tych chorób. Skuteczne zapobieganie zachorowaniom na choroby zakaźne jest uwarunkowane m. in. poziomem społecznej akceptacji prawnego obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym, rzetelnością działań lekarzy, pielęgniarek, położnych realizujących szczepienia obowiązkowe oraz działaniami organów administracji w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby do tego prawnie zobowiązane.



Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest wysoki odsetek zaszczepionych osób (zwykle odporność populacyjną osiąga się przy zaszczepieniu wysokiego odsetka populacji – tj. co najmniej ok. 95%), co skutecznie zapobiega szerzeniu się zachorowań na choroby zakaźne w populacji. Chronione są bowiem nie tylko osoby uodpornione w drodze szczepienia, ale również te osoby, które ze względu na przeciwwskazania zdrowotne nie mogą być przeciw nim szczepione, noworodki i najmłodsze niemowlęta, a także osoby, które nie wykształciły odporności immunologicznej pomimo prawidłowego przeprowadzonego szczepienia (np. osoby z niedoborami odporności immunologicznej oraz w trakcie leczenia immunosupresyjnego po przeszczepie).

Niezależnie od sprawowanego nadzoru Główny Inspektor Sanitarny inicjuje działania informacyjne promujące szczepienia ochronne jako bezpieczną i skuteczną metodę zapobiegania chorobom zakaźnym w szczególności u dzieci. Podejmowane w tym zakresie działania są prowadzone we współpracy z samorządami zawodowymi lekarzy, pielęgniarek i położnych, instytutami naukowymi, towarzystwami naukowymi, stowarzyszeniami działającymi w obszarze medycznym oraz przy udziale stowarzyszeń i inicjatyw społecznych tworzących ogólnopolską koalicję na rzecz promocji szczepień.

W sporządzanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych sprawozdaniach za rok 2020 o osobach uchylających się od obowiązku szczepień oraz w sprawozdaniach zbiorczych sporządzanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, uwzględniono wyłącznie te osoby, które będąc prawnie zobowiązane do poddania się (lub poddania swoich dzieci) obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym (w związku z wiekiem lub przesłankami wynikającymi ze stanu zdrowia albo przesłankami epidemiologicznymi określonymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, następnie zostały zgłoszone przez lekarzy odpowiedniemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, jako osoby uchylające się.

Szczegółowe dane o liczbie osób uchylających się w 2020 roku od obowiązku szczepień oraz o działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się zawierają tabele:

- ◆ Tabela 21 - Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2020 roku - wg województw i przyczyn uchylania się,
- ◆ Tabela 22 - Dane o osobach uchylających się wykonania obowiązku szczepień ochronnych - wg województw i przyczyn uchylania się – porównanie za lata 2014 -2020
- ◆ Tabela 23 - Dane o działaniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się w 2020 roku - wg województw i przyczyn uchylania się,
- ◆ Tabela 24 - Dane o liczbie dzieci niezaszczepionych w związku z uchylaniem się od obowiązku szczepień w 2018 -2020 roku - wg województw i przyczyn uchylania się.

Tab. 21 Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2020 roku - wg województw i przyczyn uchylania się.

wg województw	liczba osób uchylających się na początek 2020 roku	liczba osób uchylających się, które wykonały obowiązek szczepień w 2020 roku	liczba nowych uchylających się osób w 2020 roku	liczba osób uchylających się na koniec 2020 roku	zmiana [%] liczby osób uchylających się w okresie 1.01.-31.12 2020 r	liczba osób uchylających się od obowiązku szczepień w całym 2020 roku (kol. 2+4)
0	1	2	3	4	5	6
01 dolnośląskie	3 785	247	519	4 057	7,2%	4 304
02 kujawsko-pomorskie	1 886	87	368	2 147	13,8%	2 234
03 lubelskie	3 869	144	484	4 166	7,7%	4 310
04 lubuskie	1 444	322	183	1 305	- 9,6%	1 627
05 łódzkie	2 766	79	417	2 974	7,5%	3 053
06 małopolskie	3 496	344	831	3 983	14,0%	4 327
07 mazowieckie	11 046	1 078	1607	11 575	4,8%	12 653
08 opolskie	1 664	209	546	1 989	19,5%	2 198
09 podkarpackie	2 062	111	270	2 221	7,8%	2 332
10 podlaskie	2 379	110	655	2 924	22,9%	3 034
11 pomorskie	5 777	410	662	6 029	4,4%	6 439
12 śląskie	9 385	641	1 900	10 644	13,4%	11 285
13 świętokrzyskie	1 143	41	217	1 319	15,4%	1 360
14 warmińsko-mazurskie	2 078	99	531	2 487	19,7%	2 586
15 wielkopolskie	8 600	483	1 495	9 671	12,5%	10 154
16 zachodniopomorskie	2 741	215	663	3 150	14,9%	3 365
RAZEM wg przyczyn	64 121	4 638	11 348	70 641	10,2%	75 279
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	382	45	37	375	-1,8%	482
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	983	102	104	991	0,8%	1093
wpływ ruchów antyszczepionkowych	24 050	1 581	2 888	25 305	5,2%	26 886
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	794	82	775	788	-0,8%	870
inna przyczyna	37 912	2 808	8 244	43 182	13,9%	45 990

Tab. 22 Dane o osobach uchylających się wykonania obowiązku szczepień ochronnych - wg województw i przyczyn uchylania się - porównanie za lata 2014 -2020.

wg województw	na koniec 2013	na koniec 2014	wzrost w 2014 w %	na koniec 2015	wzrost w 2015 w %	na koniec 2016	wzrost w 2016 w %	na koniec 2017	wzrost w 2017 w %	na koniec 2018	wzrost w 2018 w %	na koniec 2019	wzrost w 2019 w %	na koniec 2020	wzrost w 2020 w %
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
01 dolnośląskie	437	556	27,2	965	73,6	1680	74,1	2260	34,5	3140	38,9	3785	20,5	4057	7,2
02 kujawsko-pomorskie	305	432	41,6	617	42,8	795	216,7	1192	49,9	1577	32,3	571	21,5	2147	13,8
03 lubelskie	539	717	33,0	1083	51,0	1444	33,3	2018	39,8	2832	40,3	3869	36,5	4166	7,7
04 lubuskie	255	358	40,4	451	26,0	842	78,0	979	23,6	1148	17,3	1444	25,8	1305	-9,6
05 łódzkie	533	722	35,5	886	22,7	1200	38,6	1768	46,8	2158	22,1	2766	28,2	2974	7,5
06 małopolskie	562	769	36,8	1138	47,0	1307	14,9	2096	60,9	3053	45,7	3496	14,5	3983	14,0
07 mazowieckie	1348	2005	48,7	4214	110,2	5183	23,0	6540	26,2	9217	40,1	11046	19,8	11575	4,8
08 opolskie	265	360	35,8	573	59,2	791	38,0	1025	29,6	1422	38,7	1664	17,0	1989	19,5
09 podkarpackie	320	321	0,3	303	- 5,6	411	35,6	640	55,7	991	54,8	2062	108,1	2221	7,8
10 podlaskie	257	404	57,2	618	53,0	873	41,3	1199	37,3	1881	56,9	2379	26,5	2924	22,9
11 pomorskie	1359	1848	36,0	2633	42,5	3051	15,9	3984	30,6	4957	24,4	5777	16,3	6029	4,4
12 śląskie	1693	2989	76,6	3881	29,8	4849	25,0	6469	33,4	8350	29,1	9385	12,4	10644	13,4
13 świętokrzyskie	126	135	7,1	196	45,2	305	55,6	526	72,5	771	46,6	1143	48,2	1319	15,4
14 warmińsko-mazurskie	207	510	146,4	776	52,2	961	23,8	1390	44,6	1836	32,1	2078	13,2	2487	19,7
15 wielkopolskie	1730	2894	67,3	3503	21,0	4403	25,7	5799	31,7	7244	24,9	8600	18,7	9671	12,5
16 zachodniopomorskie	186	460	147,3	555	20,7	888	60,0	1310	47,5	2156	64,6	2741	27,1	3150	14,9
RAZEM wg przyczyn	10122	15480	52,9	22392	44,7	28983	31,6	39195	35,4	52733	34,5	62806	21,6	70641	10,2
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	213	276	29,6	294	6,6	373	15,8	330	-11,5	372	12,8	379	-59,3	375	-1,8
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	406	560	37,9	639	14,1	795	28,0	825	20,6	955	15,8	981	18,7	991	0,8
wpływ ruchów antyszczepionkowych	2723	4665	71,3	7135	52,9	9570	35,2	13461	39,5	19676	46,2	23414	22,5	25305	5,2
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	241	245	0,2	476	94,3	502	11,6	663	28,7	744	12,2	791	6,7	788	-0,8
inna przyczyna	6539	9734	48,9	13848	42,3	17743	30,9	23916	35,0	30986	29,6	37241	22,2	43182	13,9

Tab. 23 Dane o działaniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się w 2020 roku - wg województw i przyczyn uchylania się.

wg województw	liczba upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień z zagrożeniem skierowania na drogę egzekucji administracyjnej	liczba wystawionych tytułów wykonawczych	liczba wniosków do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień	liczba postępowań dot. zarzutów w sprawie prowadzenia egzekucji administracyjnej	liczba skarg wierzycieli na przewlekle prowadzone postępowania przez organ egzekucyjny	liczba zażaleń wnoszonych przez organy PIS na postanowienia organu egzekucyjnego	liczba skarg sądowo-administracyjnych wierzycieli na postanowienia odwoławczego organu egzekucyjnego	liczba postępowań w sprawach o wykroczenia zakończonych wystawieniem mandatu lub wnioskiem do sądu
0	1	2	3	4	5	6	7	8
01 dolnośląskie	134	4	0	4	0	4	0	0
02 kujawsko-pomorskie	101	65	62	45	0	0	0	0
03 lubelskie	114	58	68	32	2	3	0	2
04 lubuskie	2	0	0	0	0	0	0	0
05 łódzkie	84	30	22	21	0	4	0	0
06 małopolskie	29	40	32	38	0	24	0	0
07 mazowieckie	156	1	1	2	0	0	0	0
08 opolskie	0	0	0	0	0	0	0	0
09 podkarpackie	33	43	43	38	0	0	0	0
10 podlaskie	42	20	20	2	0	0	0	0
11 pomorskie	217	109	105	90	0	11	0	0
12 śląskie	16	21	21	49	0	0	0	0
13 świętokrzyskie	10	22	12	4	0	0	0	0
14 warmińsko-mazurskie	89	70	70	33	0	0	0	0
15 wielkopolskie	253	123	105	98	0	13	0	0
16 zachodniopomorskie	191	90	143	82	0	2	0	0
RAZEM wg przyczyn	1 471	696	704	538	2	61	0	2
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	8	0	0	0	0	0	0	0
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	20	14	16	2	0	0	0	0
wpływ ruchów antyszczepionkowych	554	292	276	225	2	21	0	0
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	17	0	0	0	0	8	0	0
inna przyczyna	872	390	412	311	0	32	0	2

Tab. 24 Dane o liczbie dzieci niezaszczepionych w związku z uchyleniem się od obowiązku szczepień w 2018 -2020 roku - wg województw i przyczyn uchylenia się.

wg województw	Dzieci niezaszczepione w 2018 r	Dzieci niezaszczepione w 2019 r	Przyrost w 2019 r [%]	Dzieci niezaszczepione w 2020 r	Przyrost w 2020 r [%]
0	1	2	3	4	5
01 dolnośląskie	1 599	2 843	77,8	3 052	7,4%
02 kujawsko-pomorskie	1 213	461	-72,0	1 654	258,8%
03 lubelskie	2 154	2 963	37,6	3 157	6,5%
04 lubuskie	959	1 224	27,6	1 345	9,9%
05 łódzkie	1 480	1 907	28,9	2 059	8,0%
06 małopolskie	2 352	3 058	30,0	3 352	9,6%
07 mazowieckie	6 155	7 273	18,2	7 739	6,4%
08 opolskie	883	1 122	27,1	1 423	26,8%
09 podkarpackie	684	1 239	81,1	1 426	15,1%
10 podlaskie	1 487	2 428	63,3	2 580	6,3%
11 pomorskie	3 619	4 251	17,5	4 432	4,3%
12 śląskie	7 154	8 148	13,9	9 254	13,6%
13 świętokrzyskie	554	720	30,0	813	13,0%
14 warmińsko-mazurskie	1 281	1 523	18,9	1 722	13,1%
15 wielkopolskie	5 488	6 914	26,0	7 485	8,3%
16 zachodniopomorskie	1 354	1 716	26,7	2 037	18,7%
RAZEM wg przyczyn	38 416	47 790	24,4	53 530	12,1%
odrębność kulturowa, religijna lub etniczna	245	252	2,9	244	-3,2%
wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną	625	698	11,7	721	33,0%
wpływ ruchów antyszczepionkowych	14 179	17 361	22,4	19 293	11,1%
wcześniej NOP u osoby zobowiązanej	521	512	-1,7	520	1,2%
inna przyczyna	22 846	28 967	26,8	32 752	13,1%

Należy zwrócić uwagę, że w przedmiotowej analizie, na koniec 2020 roku wykazano liczbę 70 641 osób uchylających się od obowiązku szczepień w porównaniu, do 62 806 osób uchylających się do 52 733 osób uchylających się na koniec 2018 roku, 39 195 osób uchylających się na koniec 2017 roku, 28 983 osób uchylających się na koniec 2016 roku, 22 392 osób uchylających się na koniec 2015 roku, 15 480 osób uchylających się na koniec 2014 roku i 10 122 osób uchylających się na koniec 2013 roku.

W trakcie 2020 roku liczba osób uchylających się wzrosła zatem o 10,2% w stosunku do danych z końca 2019 roku i łącznie o 598,5% (blisko 7 krotny wzrost) w stosunku do danych z końca 2013 roku. Przyrost liczby osób uchylających się od obowiązku szczepień w 2020 roku był jednak niższy niż w 2019 roku w którym wyniósł 21,6%, oraz w trakcie 2018 roku, w którym wyniósł 34,5%, oraz w trakcie 2017 roku, w którym wyniósł 35,4%.

Uwzględniając dodatkowo te osoby, które w trakcie 2019 roku uchylały się od obowiązku szczepień (lub obowiązku poddania dzieci szczepieniom) i które następnie w trakcie trwania roku spełniły ten obowiązek (m.in. w wyniku nasilonych działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz wojewodów) wykazano, że zjawisko uchylania się od szczepień ochronnych w trakcie całego 2020 roku dotyczyło 75 279 osób w porównaniu do 70 258 osób w trakcie całego 2019 roku oraz do 57 874 osób w trakcie całego 2018 roku.

Analiza geograficzna rozpowszechnienia zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień w 2020 roku wskazuje, że ulegało ono wyraźnemu nasileniu we wszystkich województwach z wyjątkiem województwa lubuskiego, w którym wystąpił spadek liczby osób uchylających się o 9,6% w stosunku do roku 2019.

Największy wzrost liczby osób uchylających się w wystąpił w województwach:

- ◆ podlaskim – o 22,9,1%,
- ◆ warmińsko-mazurskim – o 19,7%,
- ◆ opolskim – o 19,5%

najmniejszy przyrost liczby osób uchylających się wystąpił w województwach:

- ◆ pomorskim – o 4,4%
- ◆ mazowieckim – o 4,8%
- ◆ dolnośląskim – o 7,2%

Wskutek uchylania się rodziców od wykonania prawnego obowiązku poddania dzieci szczepieniom ochronnym w wymaganym prawem zakresie w 2020 roku nie zostało poddanych szczepieniom ochronnym 53 530 dzieci w porównaniu do 47 790 dzieci w 2019 roku (wzrost o 12,1%) oraz 38 416 dzieci w 2018 roku (patrz Tabela 24). Największy przyrost odsetka dzieci nieszczepionych w następstwie uchylania się rodziców od obowiązku poddawania dzieci szczepieniom dotyczył: województwa kujawsko-pomorskiego



(wzrost 258,8%), województwa opolskiego (wzrost o 26,8%) oraz województwa zachodniopomorskiego (wzrost o 18,7%).

Analizując przyczyny nasilania się zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień wykazano, że najszybszy wzrost liczby osób uchylających się w 2020 roku dotyczył osób pozostających pod wpływem ruchów antyszczepionkowych (wzrost o 5,2%) oraz osób nie uzasadniających powodów niezaszczepienia dziecka – najczęściej w wyniku zaniedbań (wzrost o 13,9%).

W znikomym stopniu wzrost ten dotyczył osób motywowanych względami odrębności kulturowej, etnicznej lub religijnej, wyrażających obawy związane z wystąpieniem w przeszłości u nich lub u ich dzieci niepożądanego odczynu poszczepiennego lub osób pozostających pod wpływami środowisk propagujących tzw. medycynę alternatywną.

Przeprowadzono również ocenę działań podejmowanych w 2020 roku przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień ochronnych przez osoby zobowiązane.

Państwowy powiatowy inspektor sanitarny, jako organ administracji publicznej sprawujący nadzór nad realizacją szczepień ochronnych, w trybie przewidzianym w przepisach ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o *postępowaniu egzekucyjnym w administracji* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.) jest bowiem uprawniony do żądania od osób zobowiązanych wykonania obowiązku szczepień w drodze egzekucji administracyjnej, tj. jest wierzycielem tego obowiązku. Przepisy ww. ustawy jednocześnie nakładają na organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jako wierzycieli obowiązku szczepień ochronnych, prawny obowiązek podejmowania wszelkich czynności zmierzających do zastosowania przewidzianych prawem środków egzekucyjnych w celu nakłonienia osoby uchylającej się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych. Organem egzekucyjnym właściwym w sprawie prowadzenia egzekucji obowiązku szczepień jest wojewoda, do którego kierowane są wnioski o jej wszczęcie przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych. Skierowanie wniosku do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień jest poprzedzone wystosowaniem do osoby uchylającej się upomnienia, zawierającego wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej, następnie sporządzeniem przez wierzyciela tzw. tytułu wykonawczego.

W 2020 roku państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wystosowali do osób uchylających się od wykonania obowiązku poddania dzieci szczepieniom ochronnym:

- ◆ 1 471 upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej (w 2019 roku – 6 183, w 2018 roku – 4 478, w 2017 roku – 4 405, w 2016 roku – 4 081, w 2015 roku – 4 411, w 2014 roku – 4 081),

- ◆ 696 tytułów wykonawczych (w 2019 roku – 3 397, w 2018 roku – 2 677, w 2017 roku – 2 519, w 2016 roku – 2 002, w 2015 roku – 1 661, w 2014 roku – 1 090)

i skierowali

- ◆ 704 wnioski do wojewodów o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień (w 2019 r. – 3 301, w 2018 roku – 2 557, w 2017 roku – 2 287, w 2016 roku – 1 851, w 2015 roku – 1 604, w 2014 roku – 901).

Należy też zauważyć, że w 2020 roku w większości województw nasilenie działań administracyjnych do których są zobowiązane organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień było nieproporcjonalnie małe (zmniejszyło się w porównaniu do 2019 roku aż o 80%) i to pomimo dalszego wyraźnego wzrostu liczby osób uchylających się. M.in. w województwie opolskim, a ponadto w województwach lubuskim, dolnośląskim i mazowieckim mimo obserwowanego wzrostu liczby osób uchylających się zarówno w 2020 roku zaniechano podejmowania jakiegokolwiek przewidzianych prawem działań administracyjnych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby do tego zobowiązane.



9. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach – ogniska epidemiczne

9.1. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce

Sytuację prawną w Polsce w zakresie nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami szpitalnymi i drobnoustrojami alarmowymi regulują:

1. ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2020 r. poz.1845 z późn.zm);
2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. *w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala* (Dz. U. z 2021 r. poz. 240);
3. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji* (Dz. U. Nr 100 poz. 645);
4. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie zakresu, sposobu i częstości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych* (Dz. U. Nr 100 poz. 646);
5. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych* (Dz. U. z 2014 r. poz.746).

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi i drobnoustrojami alarmowymi ma charakter wewnątrzszpitalny i regulowany jest przepisami art. 11-16 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*. Art. 14 ust. 2 ustawy nakłada na kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność w rodzaju świadczenia szpitalne obowiązek gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń i czynników alarmowych.

Kierownicy podmiotów leczniczych, zgodnie z art. 14 ust. 1 ww. ustawy, są obowiązani między innymi do monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych, wykonywania badań laboratoryjnych i ich weryfikacji, sporządzania i przekazywania raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala, oraz zgłaszania w ciągu 24 godzin potwierdzonego, epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych. Ponadto art. 14 ust. 2 ustawy nakłada na kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność w rodzaju świadczenia szpitalne obowiązek gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń i czynników alarmowych.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. *w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala* Państwowa Inspekcja Sanitarna otrzymuje zbiorcze roczne dane dotyczące patogenów alarmowych

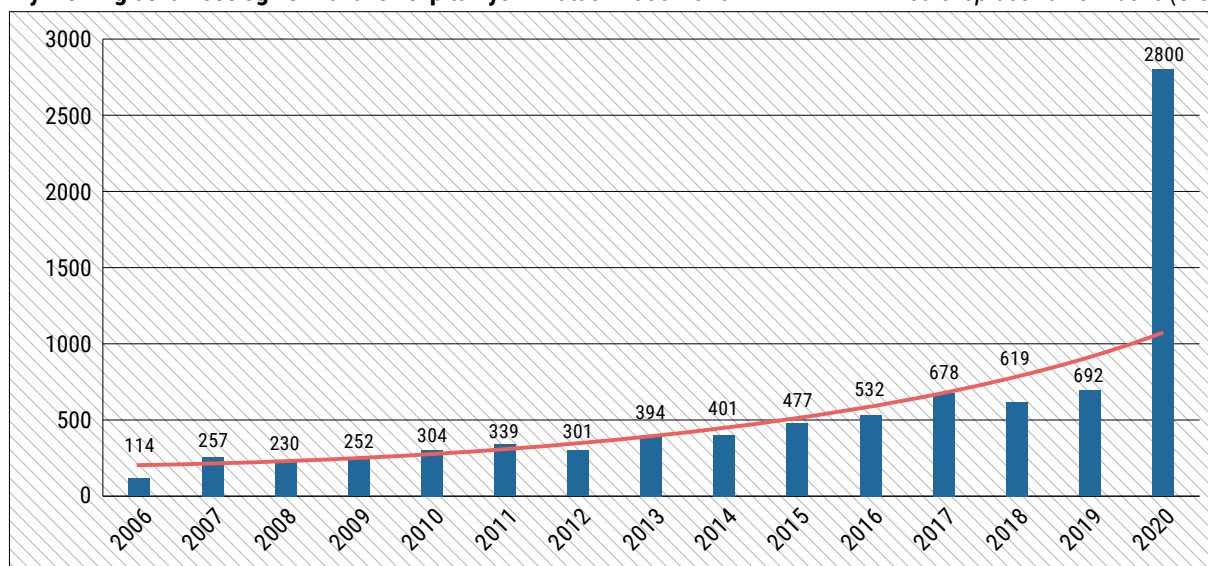
występujących w szpitalach oraz dane dotyczące zakażeń w sytuacji wystąpienia potwierdzonego epidemicznego wzrostu ich liczby – informacje o ogniskach zakażeń w szpitalach.

9.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala

Od kilkunastu lat obserwuje się tendencję wzrostową zgłaszalności liczby ognisk zakażeń szpitalnych. W 2020 roku zgłoszono 2800 ognisk. Zwiększoną zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych na przestrzeni wielu lat należy wiązać z lepszym nadzorem ZKZS w podmiotach leczniczych, wykorzystaniem badań z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej, jak również wzrastającą świadomością personelu szpitali oraz lepszą realizacją obowiązujących przepisów związanych ze zgłaszalnością ognisk epidemicznych, w wyniku wejścia w życie nowej ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi do której wprowadzono przepisy o zgłaszaniu ognisk epidemicznych. (Wykres 31)

Wyk. 31 Zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w latach 2006-2020

Źródło: opracowanie własne (GIS)



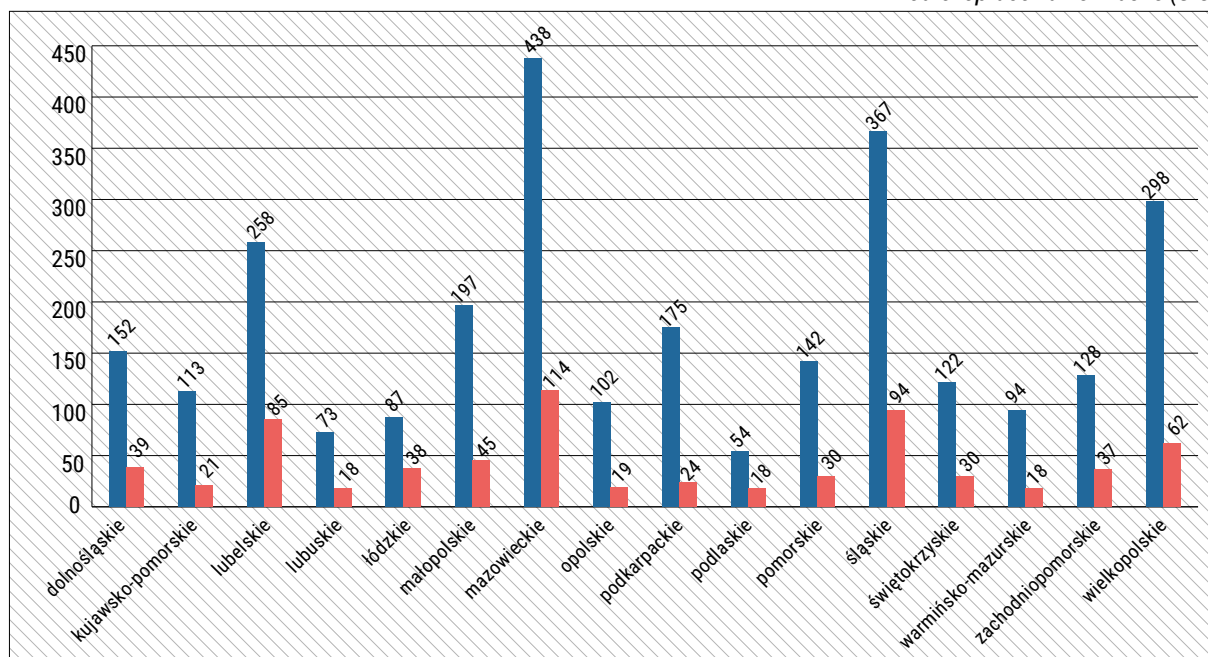
W latach 2006 – 2019 zgłoszono do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 5 590 ognisk zakażeń szpitalnych. W roku 2020 zgłoszono 2 800 ognisk zakażeń, co stanowi 50% wszystkich zgłoszonych ognisk na przestrzeni ostatnich 14 lat. Wzrost liczby zgłoszonych ognisk epidemicznych zanotowano we wszystkich województwach. (Wykres 32)

Zgodnie z danymi przekazanymi przez Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych w 2020 roku pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 1 133 podmioty wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych w 2020 roku wpłynęły z 583 podmiotów leczniczych w tym 550 szpitali (4 szpitale uzdrowiskowe) co stanowiło 49% ogółu wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w Polsce. Należy zaznaczyć, że w roku 2019 ogniska

Wyk. 32 Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2019 - 2020

Źródło: opracowanie własne (GIS)

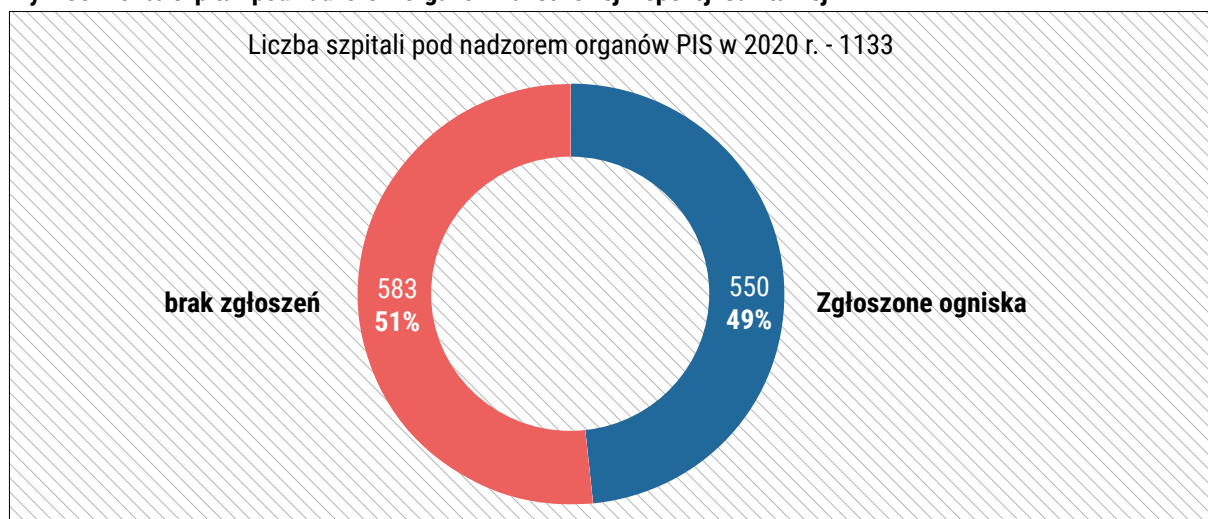


zakażeń zostały zgłoszone jedynie z 25% szpitali w Polsce. W porównaniu do roku 2019 jest to zauważalny wzrost przesyłanych raportów do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej dotyczących bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitali – raportów ognisk epidemicznych. (Wykres 33)

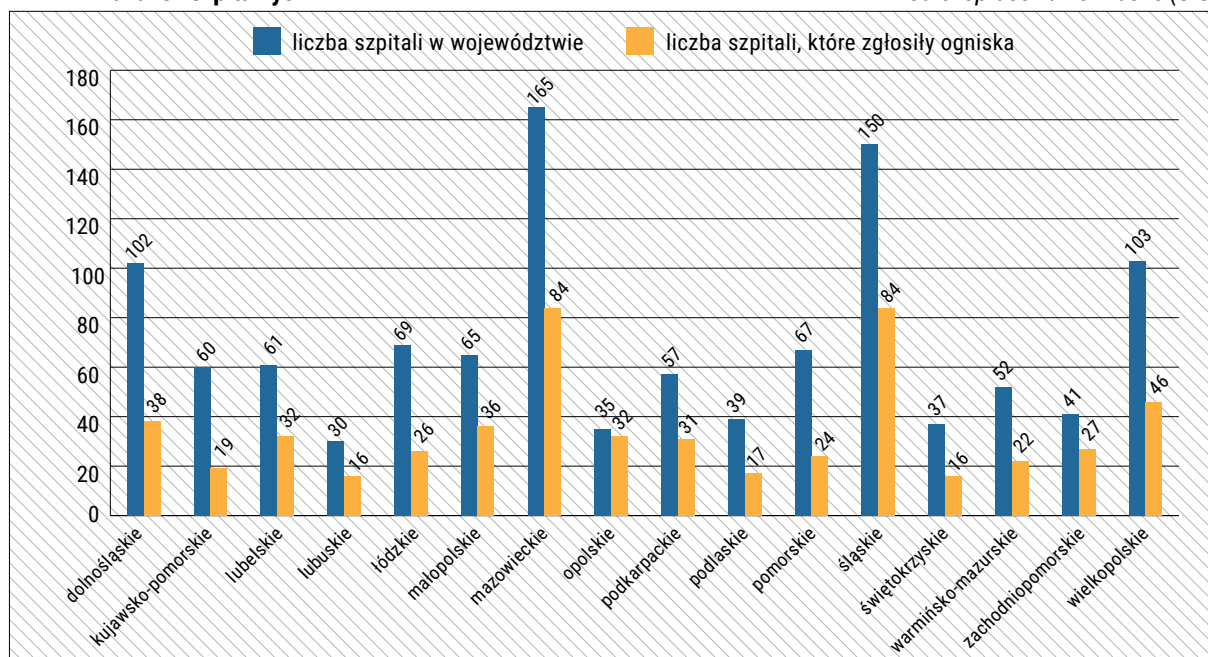
W 2020 roku w porównaniu do lat ubiegłych odnotowano znaczący wzrost liczby przesyłanych raportów bieżących dotyczących sytuacji epidemiologicznej szpitala. Wzrost liczby zgłoszonych ognisk zakażeń szpitalnych odnotowano we wszystkich województwach. (Wykres 34)

Największą zgłaszalność – 70% wszystkich zgłoszeń z podmiotów leczniczych w 2020 roku zarejestrowano ze szpitali powiatowych – 227 (39%) oraz specjalistycznych (psychiatryczne, rehabilitacyjne) – 178 (31%). (Wykres 35)

Wyk. 33 Liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej



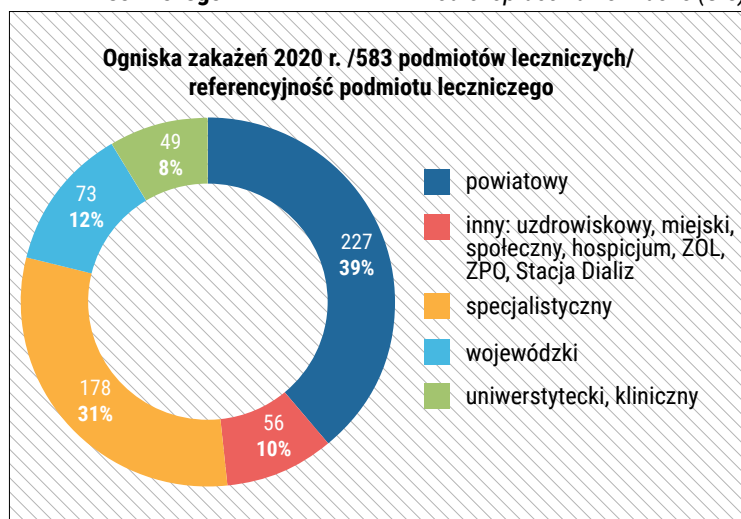
Wyk. 34 Ogniska zakażeń 2020 – liczba szpitali pod nadzorem organów PIS / liczbą szpitali, która zgłosiła ogniska zakażeń szpitalnych
 Źródło: opracowanie własne (GIS)



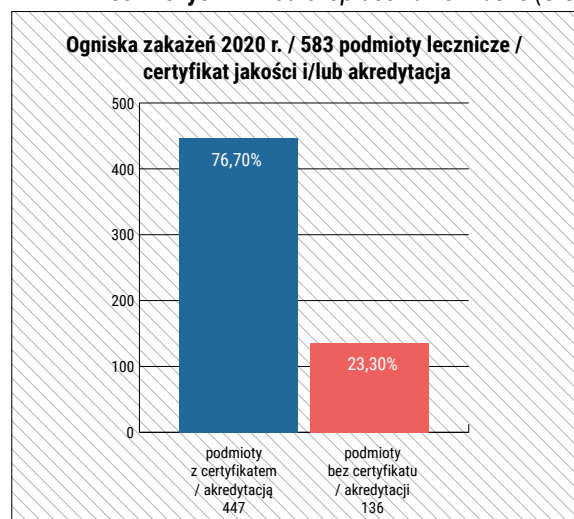
33 raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych zostały zgłoszone z podmiotów leczniczych nie będących w strukturach szpitala tj. 15 ognisk – Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze, 8 ognisk – Stacje Dializ, 5 ognisk – Zakłady Pielęgnacyjno – Opiekuńcze i 5 ognisk Hospicja.

447 (76,7%) z 583 podmiotów leczniczych, które zgłosiły ogniska w 2020 roku, posiadały co najmniej jeden certyfikat zgodności systemu zarządzania jakością (ISO) lub certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). Wysoka zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w podmiotach, które przystępują dobrowolnie do oceny zewnętrznej wykonywanych świadczeń (ISO, CMJ), świadczy o wprowadzeniu skutecznego systemu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń w szpitalu oraz efektywność sprawowanego nadzoru zespołów kontroli zakażeń szpitalnych. (Wykres 36)

Wyk. 35 Ogniska zakażeń 2020 rok a referencyjność podmiotu leczniczego
 Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wyk. 36 Certyfikaty jakości ISO/CMJ w podmiotach leczniczych
 Źródło: opracowanie własne (GIS)





W 2020 roku do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zostało zgłoszonych 2800 ognisk epidemicznych. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym zgłoszeń ognisk zakażeń był czynnik wirusowy – SARS-CoV-2. Zgłoszono 2265 ognisk wywołanych SARS-CoV-2, co stanowiło 81% wszystkich ognisk zakażeń.

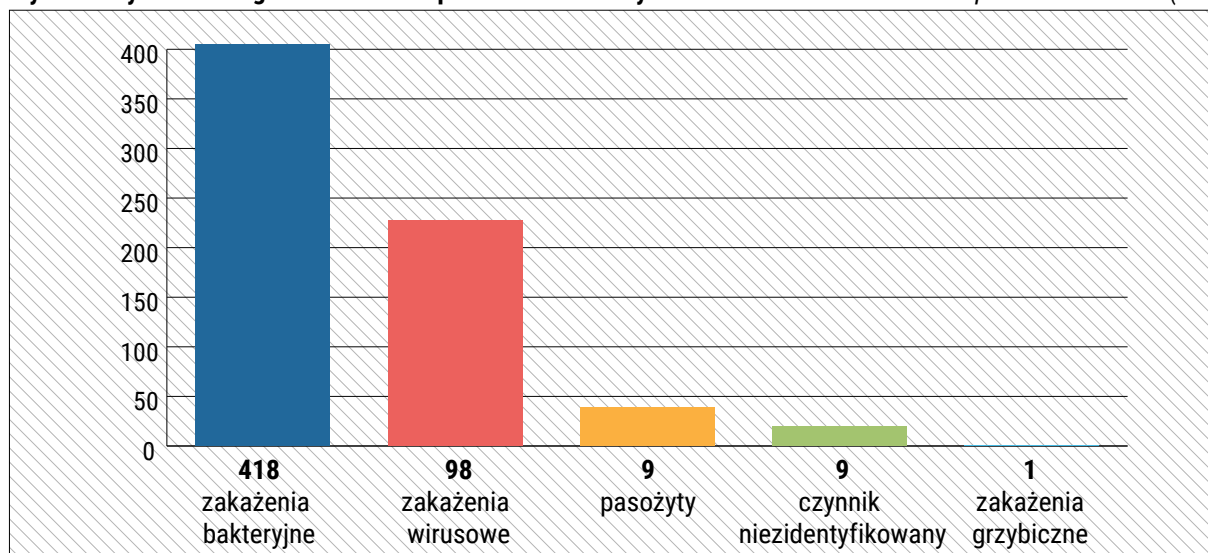
W pozostałych 535 ogniskach (z 2800 zgłoszonych) najczęstszymi czynnikami etiologicznymi były czynniki: bakteryjne – 418 z 535 (78,1%), wirusowe – 98 (18,3%), pasożytnicze – 9 (1,7%) oraz grzybicze – 1 (0,2%). (Wykres 37)

W 9 z 535 (1,7%) przypadków zgłoszonych ognisk epidemicznych nie udało się ustalić czynników etiologicznych wywołujących ogniska zakażeń szpitalnych. (Wykres 38)

Wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej/laboratoryjnej jest elementem kluczowym w nadzorze nad zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Na przestrzeni

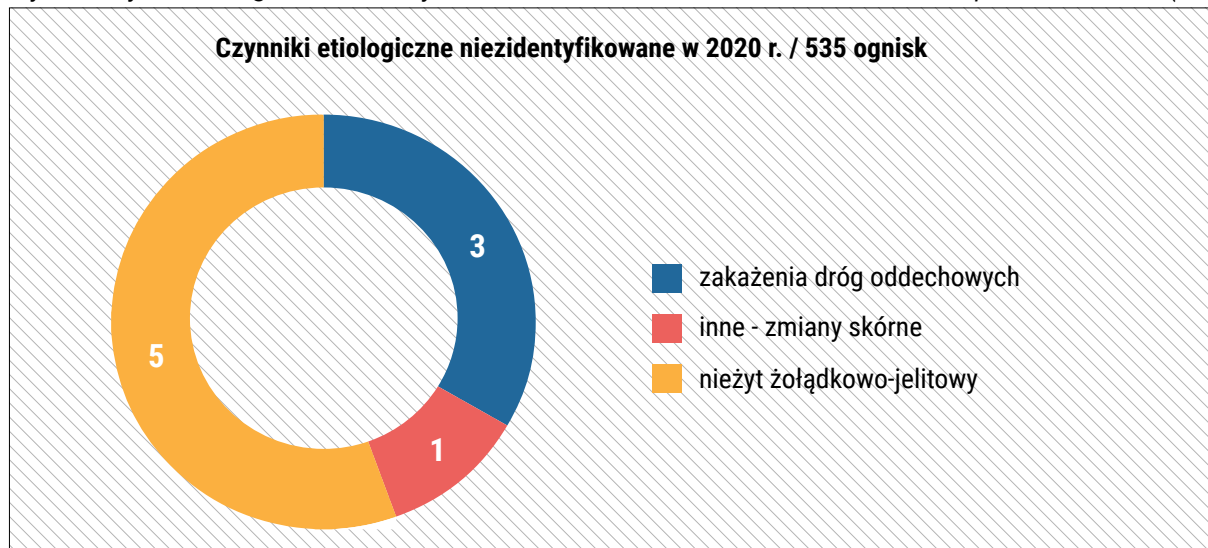
Wyk. 37 Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych w 2020 roku

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wyk. 38 Czynniki etiologiczne niezidentyfikowane w 2020 roku

Źródło: opracowanie własne (GIS)



ostatnich lat zauważalny jest wzrost liczby wykonywanych badań przesiewowych osób objętych ogniskiem epidemicznym. W 2020 roku w wyniku przeprowadzonych badań w ogniskach potwierdzono aż 98% przypadków zakażeń u pacjentów i personelu medycznego. (Tabela 25)

Tab. 25 Liczba osób z zakażeniem w ogniskach potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2018 - 2020

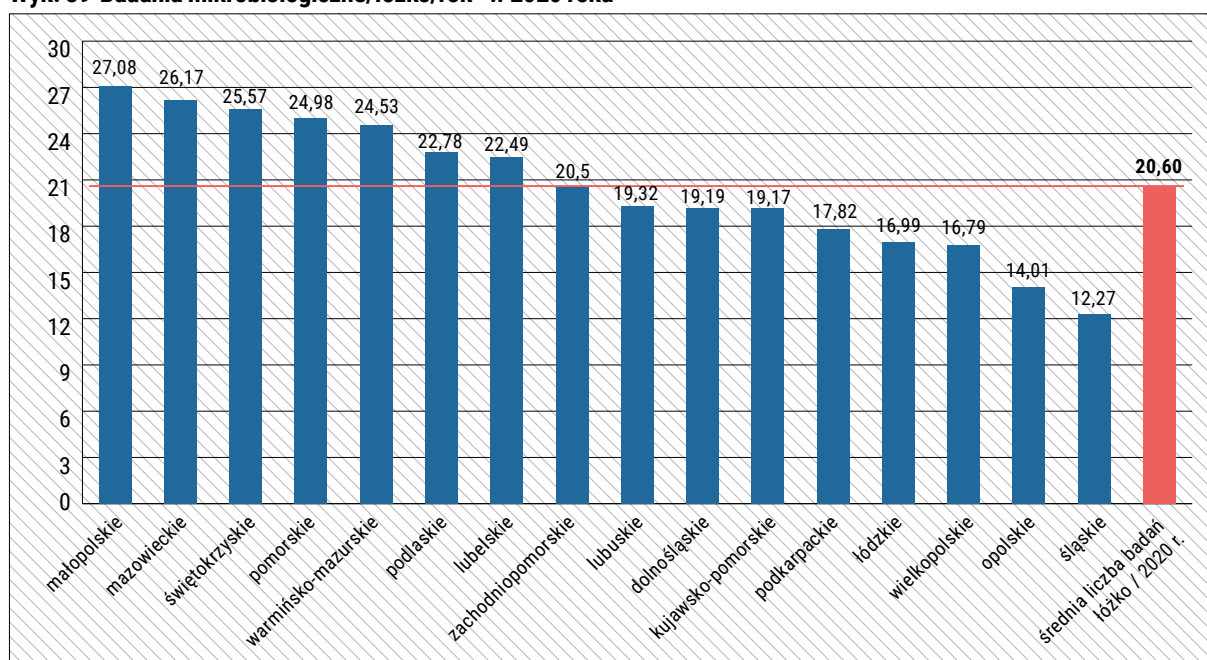
Źródło: opracowanie własne (GIS)

ROK	2018	2019	2020
Ogólna liczba osób z zakażeniem w ognisku	4 234	4 928	46 333
Łączna liczba osób potwierdzona badaniami	2 992 (70,6%)	3 732 (75,7%)	45 402 (98%)

Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala Państwowa Inspekcja Sanitarna otrzymuje raporty o bieżącej sytuacji epidemicznej szpitala w tym dane dotyczące wzrostu liczby zakażeń wywołanych czynnikiem etiologicznym w sytuacji wystąpienia potwierdzonego epidemicznego wzrostu ich liczby (informacje o ogniskach zakażeń w szpitalach) oraz raporty okresowy obejmujący okres nie dłuższy niż rok kalendarzowy, który zawiera wykaz biologicznych czynników chorobotwórczych stwierdzonych w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego.

Zgodnie z zawartymi w *Raporcie okresowym* danymi za rok 2020 średnia z liczby wykonanych badań mikrobiologicznych/łożko/rok wyniosła 20,60. (Wykres 39)

Wyk. 39 Badania mikrobiologiczne/łożko/rok w 2020 roku



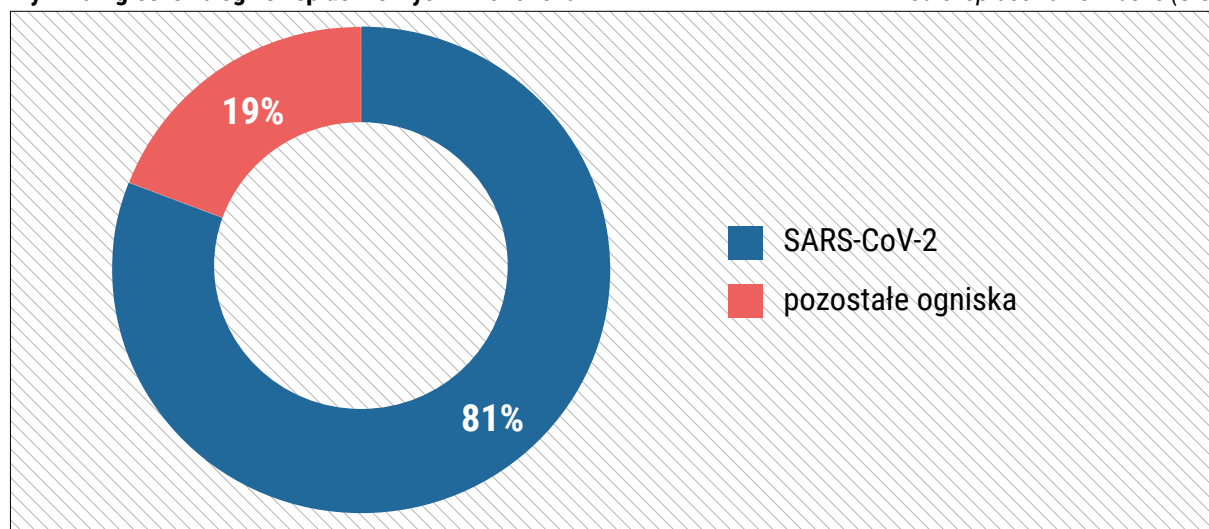
W porównaniu do roku 2019 w którym średnia liczba badań mikrobiologicznych/łóżko/rok wyniosła 24,54 zaobserwowano tendencję spadkową wykonywanych badań mikrobiologicznych w roku 2020. Należy jednak zaznaczyć, że zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala przeważający w 2020 r. czynnik wywołujący zakażenia szpitalne SARS-CoV-2 nie znajduje się w wykazie czynników podlegających zgłoszeniu. Jednocześnie w roku 2020 z powodu pandemii podejmowane były decyzje dotyczące ograniczeń hospitalizacji.

9.3. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce.

W Polsce w 2020 roku do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 2800 ognisk zakażeń szpitalnych w tym 2265 ognisk wywołanych SARS-CoV-2, co stanowiło 81 % wszystkich zgłoszonych ognisk zakażeń szpitalnych. Uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) pandemia zakaźnej choroby COVID-19 wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 również w Polsce zdominowała zgłaszalność w stosunku do wszystkich ognisk zakażeń szpitalnych. (Wykres 40)

Wyk. 40 Zgłoszenia ognisk epidemicznych w 2020 roku

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych wywołanych SARS-CoV-2 zostały przesłane z 520 podmiotów leczniczych w tym 487 szpitali co stanowi 88,5% (487 z 550) szpitali, które w 2020 r. zgłosiły ogniska epidemiczne oraz 43% (487 z 1133) wszystkich szpitali będących pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2020 roku. Ogniska zgłoszone zostały zarówno ze szpitali, zakładów opieki długoterminowej jak również stacji dializ. W dwóch przypadkach zgłoszeń wykazano koincydencję SARS-CoV-2 z innym czynnikiem biologicznym. Jedno zgłoszenie dotyczyło SARS-CoV-2 i *Clostridioides difficile*, drugi przypadek SARS-CoV-2 i *Acinetobacter baumannii* wielooporny wrażliwy na kolistynę.

W ogniskach wywołanych SARS-CoV-2 zakażeniu uległo łącznie 42 928 osób w tym 20 697 personelu. (Tabela 26)

Tab. 26 Liczba pacjentów i personelu z zakażeniem w ogniskach SARS-CoV-2 potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w roku 2020

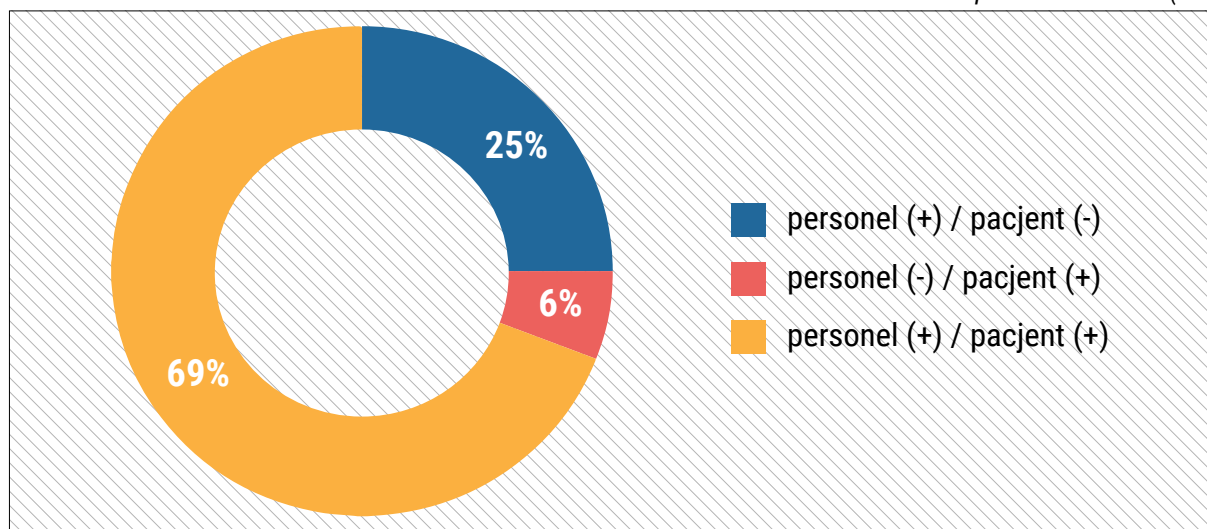
Źródło: opracowanie własne (GIS)

Liczba pacjentów z zakażeniem	Liczba potwierdzonych przypadków zakażeń pacjentów	Liczba kolonizacji	Liczba personelu z zakażeniem	Liczba potwierdzonych przypadków zakażeń personelu
22 231	22 048	0	20 697	20 411

Spośród 2265 ognisk zakażeń SARS-CoV-2, 577 (25,5%) ognisk dotyczyło zgłoszenia zakażeń wśród personelu podmiotu leczniczego, zaś w 149 (6,6%) raportach zgłoszono zakażenia występujące wyłącznie u pacjentów. (Wykres 41)

Wyk. 41 Ogniska SARS-CoV-2 zgłoszone w 2020 roku z uwzględnieniem zakażeń wśród pacjentów i personelu

Źródło: opracowanie własne (GIS)



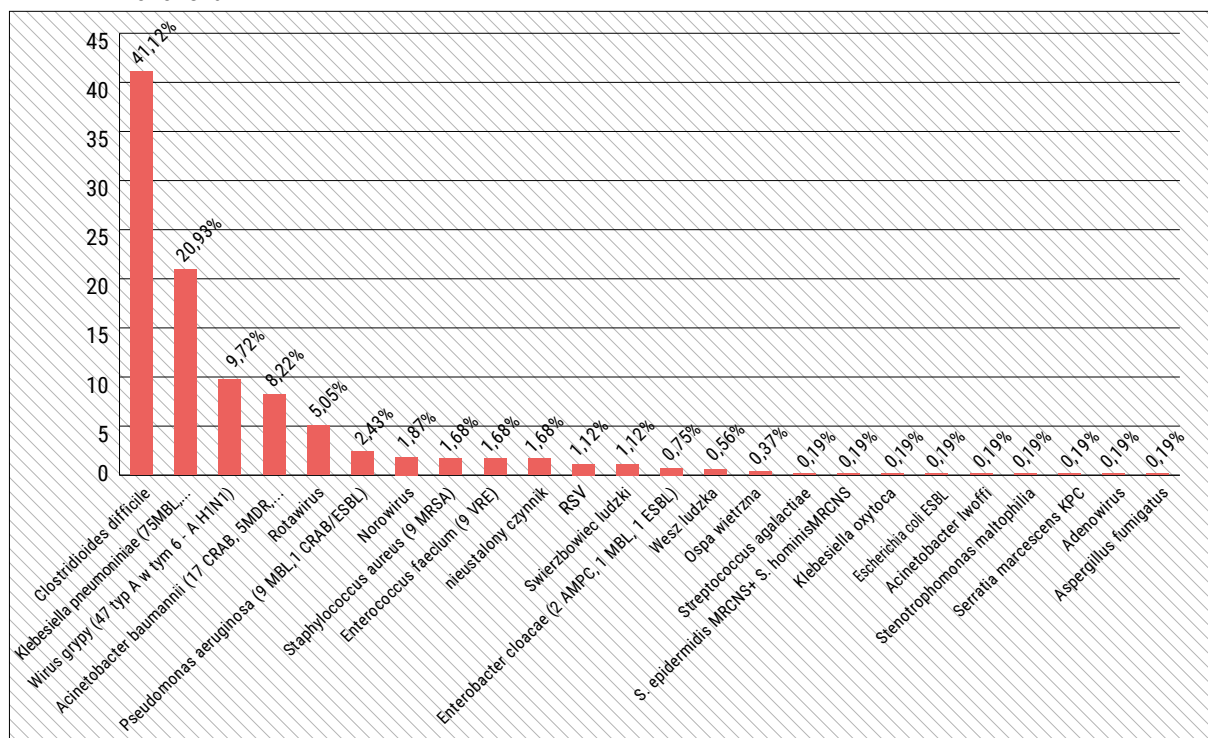
W celu porównania do lat ubiegłych zgłoszonych ognisk zakażeń szpitalnych wywołanych czynnikami innymi niż SARS-CoV-2 poniższe dane zostały opracowane bez wliczenia ognisk SARS-CoV-2.

W 2020 roku w stosunku do roku 2019 odnotowano wzrost liczby ognisk epidemicznych wywołanych przez bakterie m.in. *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* oraz *Enterococcus faecium* VRE. Zaobserwowano trend malejący w zakresie zgłoszeń ogniskach epidemicznych wywołanych przez wirusy w tym grypy, odry, rotawirusy jak również pasożyta – świerzbowiec ludzki. (Wykres 42)

Z nadesłanych za 2020 rok zbiorczych rocznych raportów dotyczących sytuacji epidemiologicznej szpitala wynika, iż we wszystkich województwach podobnie jak w latach ubiegłych dominowały zakażenia żołądkowo-jelitowe wywołane przez *Clostridioides difficile*. W 2020 roku *Clostridioides difficile* była przyczyną 200 z 535 ognisk, co stanowiło 41,1% zarejestrowanych ognisk zakażeń (bez SARS-CoV-2). W ogniskach zakażeniu uległo 1 179 osób. W 2019 roku ogniska *Clostridioides difficile* stanowiły 30% wszystkich ognisk zakażeń. Zakażenia wywołane przez laseczki *Clostridioides difficile* stanowią coraz większy problemem epidemiolo-

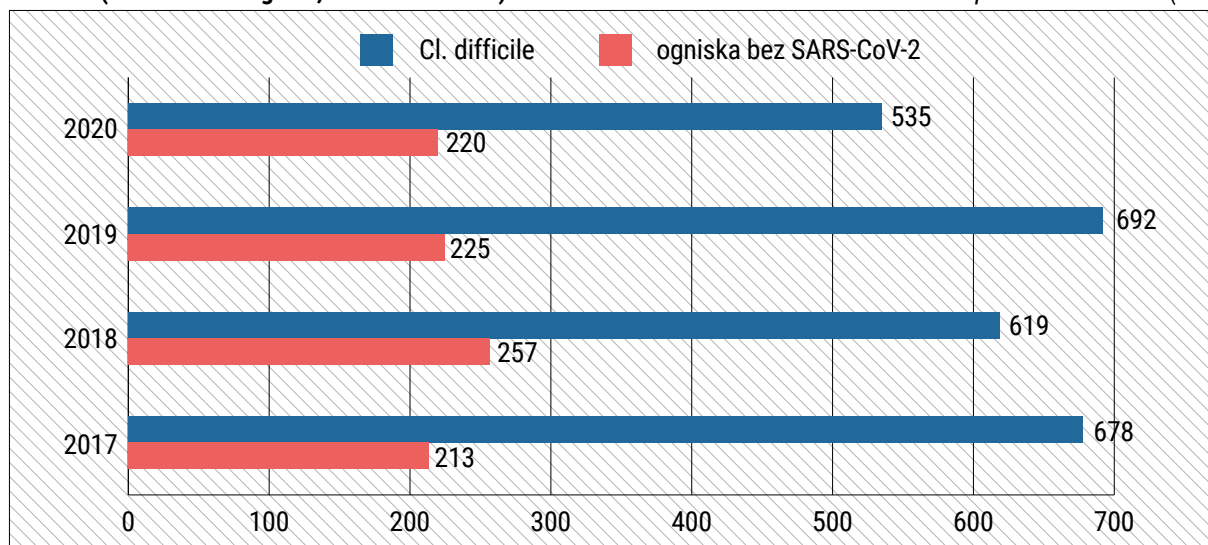


Wyk. 42 Procentowy udział wybranych czynników bez SARS-CoV-2 alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2020 roku



Wyk. 43 Ogniska zakażeń Clostridioides difficile / zgłoszone ogniska zakażeń w latach 2017- 2020 (w 2020 z 535 ognisk, bez SARS-CoV-2)

Źródło: opracowanie własne (GIS)



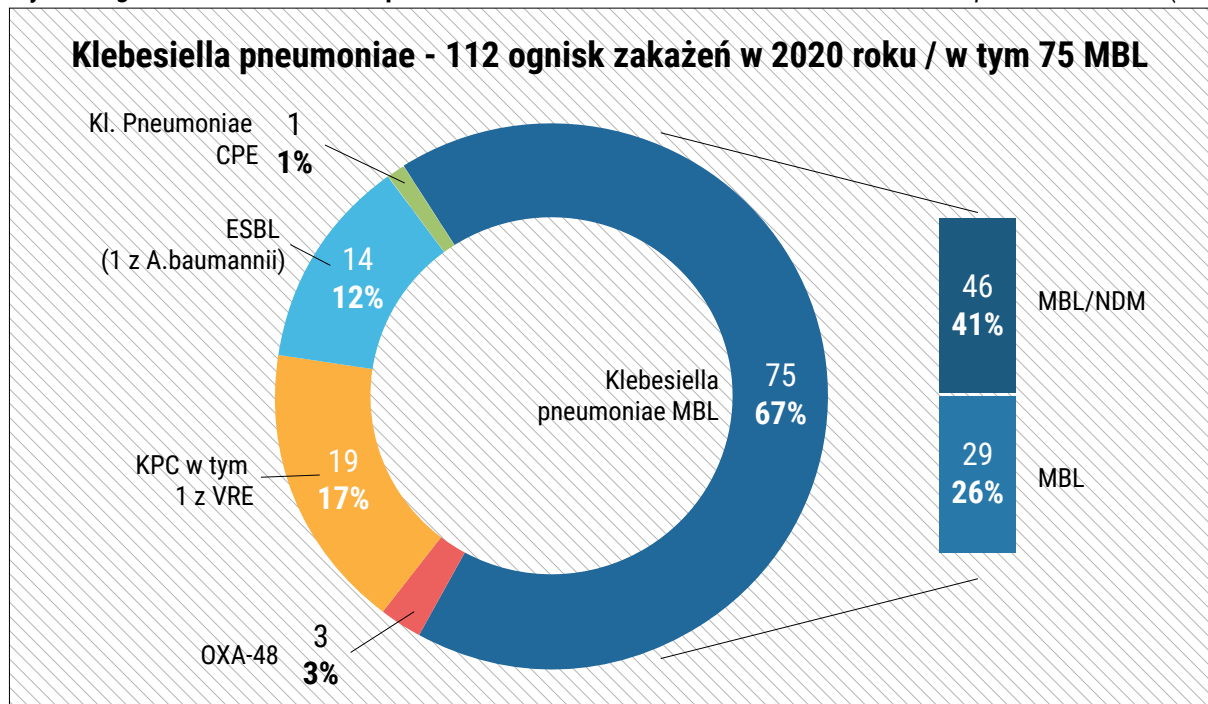
giczny w kraju ze względu na łatwość szerzenia się zakażeń nimi wywołanych w szpitalach, ciężki przebieg kliniczny uwarunkowany działaniem wytwarzanych przez nie toksyn – niejednokrotnie powodujący zgony osób zakażonych, a także nawrotowy przebieg choroby i długotrwałe leczenie. (Wykres 43)

Drugim, co do częstości czynnikiem etiologicznym wywołującym ogniska epidemiczne w 2020 roku w szpitalach była pałeczka Gram (-) *Klebsiella pneumoniae*, która od 2014 stanowi coraz większy problem epidemiologiczny. W 2020 roku *Klebsiella pneumoniae* była przyczyną 112 z 535 (21%) zarejestrowanych ognisk

zakażeń. Zakażeniu w ogniskach uległo łącznie 517 osób, zaś u 486 pacjentów wykryto kolonizację przewodu pokarmowego. Ogniska zgłoszone zostały zarówno ze szpitali klinicznych, wojewódzkich jak też powiatowych. (Wykres 44)

Wyk. 44 Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae* w 2020 roku

Źródło: opracowanie własne (GIS)



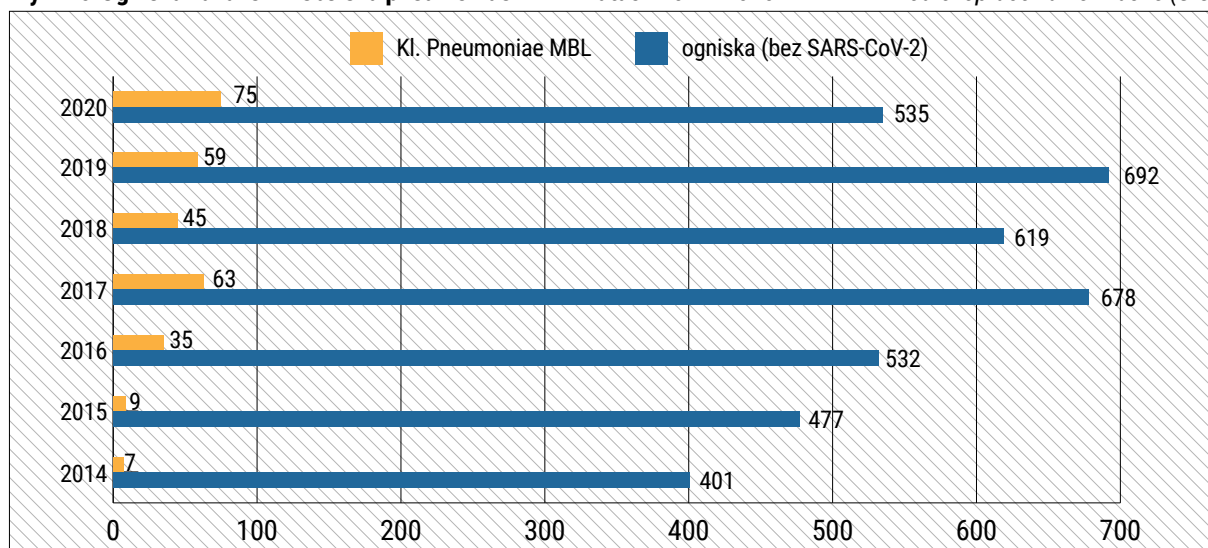
Niekorzystnym zjawiskiem epidemiologicznym w zakresie zakażeń szpitalnych jest szerzenie się zakażeń wywołanych przez pałeczkę Gram (-) *Klebsiella pneumoniae* typu NDM (New Delhi) wytwarzające karbapenemy a także wytwarzające inne betalaktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (MBL, KPC, OXY-48, ESBL) i w związku z tym wykazujące oporność na wszystkie dostępne antybiotyki betalaktamowe, a także na inne dostępne w lecznictwie szpitalnym i ambulatoryjnym antybiotyki.

W 2020 roku zgłoszono do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych 75 ognisk epidemicznych wywołanych przez pałeczkę *Klebsiella pneumoniae MBL*. W ogniskach zakażeniu uległo 295 osób. Ogniska epidemiczne *Klebsiella pneumoniae MBL* zgłosiły szpitale w 14 województwach. W województwie kujawsko-pomorskim oraz opolskim nie zgłoszono ognisk zakażeń *Klebsiella pneumoniae MBL*. (Wykres 45)

Podobnie jak w latach ubiegłych, w roku 2020 zespoły kontroli zakażeń szpitalnych, konsultowały się z pracownikami Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmując działania w celu wzmożenia nadzoru epidemiologicznego oraz zwiększenia efektywności działań przeciwepidemicznych w szpitalach, w szczególności: przeprowadzania badań przesiewowych u pacjentów przy przyjęciu do szpitala, procedur oznaczania wrażliwości pałeczek Gram (-) na karbapenemy, przestrzegania zasad kwarantanny / izolacji wobec pacjentów zakażonych lub skolonizowanych, zakresu i częstotliwości prowadzenia badań przesiewowych pacjentów

Wyk. 45 Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae* MBL w latach 2014- 2020

Źródło: opracowanie własne (GIS)



hospitalizowanych oraz nasilenia wewnętrznych kontroli stosowania procedur a także edukacji pacjentów przebywających w szpitalach oraz ich rodzin na temat zasad postępowania w celu zapobiegania zakażeniom.

Zakażenia szpitalne stanowią duże wyzwanie dla współczesnej medycyny, a zrozumienie ważności tej problematyki przez personel podmiotów leczniczych poprzez bieżący monitoring czynników alarmowych, czy ustawiczne szkolenia personelu pozwoli zminimalizować ryzyko zakażeń pacjentów i personelu, a tym samym podnieść jakość usług medycznych świadczonych w szpitalach. Szczególnie jest to istotne w związku z narastającym na całym świecie problemem lekooporności drobnoustrojów na dostępne antybiotyki, a także wzrostem liczby pacjentów zakażonych patogenami wielolekoopornymi jak *Enterobacteriaceae*, trudnymi do wyeliminowania ze środowiska szpitalnego.





JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ DO SPOŻYCIA

1. Wstęp

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na podstawie krajowych aktów prawnych o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*¹ i ustawy o *zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków*². Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w *sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi*³, które są zgodne z przepisami europejskimi. Woda jest w pełni bezpieczna dla zdrowia jeśli spełnia określone w rozporządzeniu wymagania. Bezpieczeństwo zdrowotne wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi jest zagadnieniem złożonym, uzależnionym od wielu czynników wpływających na jakość wody w całym łańcuchu dostaw – od ujmowania wody surowej, jej uzdatniania, magazynowania aż po dystrybucję do punktu zgodności, czyli do kranu odbiorcy.

Podstawą zapewnienia konsumentom bezpiecznej wody do spożycia stanowią zarówno badania wykonywane przez producentów wody w ramach kontroli wewnętrznej, jak i badania realizowane w ramach nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (zgodnie z ustalonym planem działania na dany rok). Producenci wody prowadzili badania jakości wody na podstawie uzgodnionych z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej harmonogramów pobierania próbek wody, zgodnie z częstotliwością i zakresem określonymi w prawie krajowym⁴. Sprawozdania z powyższych badań były na bieżąco przekazywane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które weryfikowały terminowość ich przekazywania, analizowały wyniki badań jakości wody oraz określały przydatność wody do spożycia. W sytuacji, gdy woda nie odpowiadała wymaganiom Rozporządzenia⁴, monitorowały wywiązywanie się producentów wody z realizacji harmonogramów działań naprawczych. Każdorazowo po stwierdzeniu, że jakość wody uległa zmianie i odbiega od norm krajowych, właściwy państwowy inspektor sanitarny opracowywał komunikat o jakości wody i zasadach jej użytkowania. Komunikaty rozpowszechniane były natomiast przez właściwego wójta (burmistrza, prezydenta miasta) w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi konsumentów z obszaru, dla którego wydano komunikat. Komunikaty umieszczane były również na stronach internetowych właściwych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Badania jakości wody do spożycia wykonywały laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zakres badań obejmował zarówno badania mikrobiologiczne, fizykochemiczne oraz organoleptyczne w wodzie. Podstawą nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi była ocena zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w aspekcie zagrożeń zdrowotnych w celu określenia czy spożywana woda jest czysta i bezpieczna dla zdrowia ludzkiego. Podejmowane działania w ramach obowiązujących przepisów krajowych przyczyniały się do zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

1 Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz.U. z 2019 r. poz. 59)

2 Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o *zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków* (Dz.U. z 2020 r. poz. 2028)

3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w *sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, pomimo trwania stanu epidemii wywołanej zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 nie spowodował ograniczeń w sprawowanym nadzorze przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Główny Inspektorat Sanitarny koordynował działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej mając na uwadze fakt, iż zapewnienie odpowiedniej ilości i jakości w wodę do spożycia jest kluczowe zwłaszcza w trakcie trwania pandemii SARS-CoV-2. Główny Inspektor Sanitarny wydał komunikat dot. bezpieczeństwa wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w odniesieniu do wirusa SARS-CoV-2, wskazując iż woda przeznaczona do spożycia przez ludzi dostarczana w ramach systemu zbiorowego zaopatrzenia w wodę jest bezpieczna zarówno do spożycia, jak i celów gospodarczych w kontekście potencjalnego skażenia wirusem SARS-CoV-2. Ponadto, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w zależności od sytuacji epidemiologicznej oraz ograniczeń w funkcjonowaniu obiektów, przeprowadzały kontrole jakości wody w obiektach, dla których szacowano ryzyko pojawienia się przede wszystkim zagrożeń mikrobiologicznych w wyniku ponownego otwierania budynków użyteczności publicznej i zamieszkania zbiorowego po wydłużonym przestoju lub ograniczonej eksploatacji. Ponieważ wystąpienie epidemii SARS-CoV-2 spowodowało występowanie ograniczeń w funkcjonowaniu części obiektów, Główny Inspektor Sanitarny wspólnie z ekspertami Zakładu Bezpieczeństwa Zdrowotnego Środowiska Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, opracował dokument pt.: *„Zalecenia dotyczące ponownego otwierania budynków użyteczności publicznej i zamieszkania zbiorowego po wydłużonym przestoju lub ograniczonej eksploatacji, w ramach działań zapobiegających zakażeniom bakteriami z rodzaju Legionella”*. Dokument został przygotowany z myślą o zarządzających wewnętrznymi systemami wodnymi i urządzeniami występującymi w budynkach. Zawarte w nim wskazówki mogą zmniejszyć zagrożenie, jakie mogą stanowić występujące w wodzie bakterie *Legionella* sp.

W związku z wystąpieniem 29.08.2020 r. awarii układu przesyłowego ścieków oczyszczalni Czajka Miejskiego Przedsiębiorstwa Wodociągów i Kanalizacji m.st. Warszawa S.A. w Warszawie oraz zrzutem ścieków do Wisły, Główny Inspektorat Sanitarny oraz podległe mu jednostki podjęły działania w ramach posiadanych kompetencji. W związku z tym, iż jedynym miastem zasilanym z ujęcia zlokalizowanego na Wiśle, na trasie spływu zanieczyszczeń z kolektora ściekowego był Płock, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny już od dnia po wystąpieniu awarii rozpoczął prowadzenie codziennego monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi produkowanej przez Wodociągi Płockie Sp. z o.o. Wzmocniony nadzór trwał do czasu zakończenia zrzutu ścieków komunalnych do Wisły w Warszawie. Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które nadzorowały teren potencjalnie narażony na zanieczyszczenie w związku z awarią, wydały odpowiednie komunikaty dla społeczeństwa, oceny jakości wody, prowadziły działalność informacyjną w związku z awarią, nawiązywały współpracę z władzami lokalnymi, sztabami kryzysowymi Urzędów Wojewódzkich i podmiotami odpowiedzialnymi m.in. za jakość wody do spożycia.



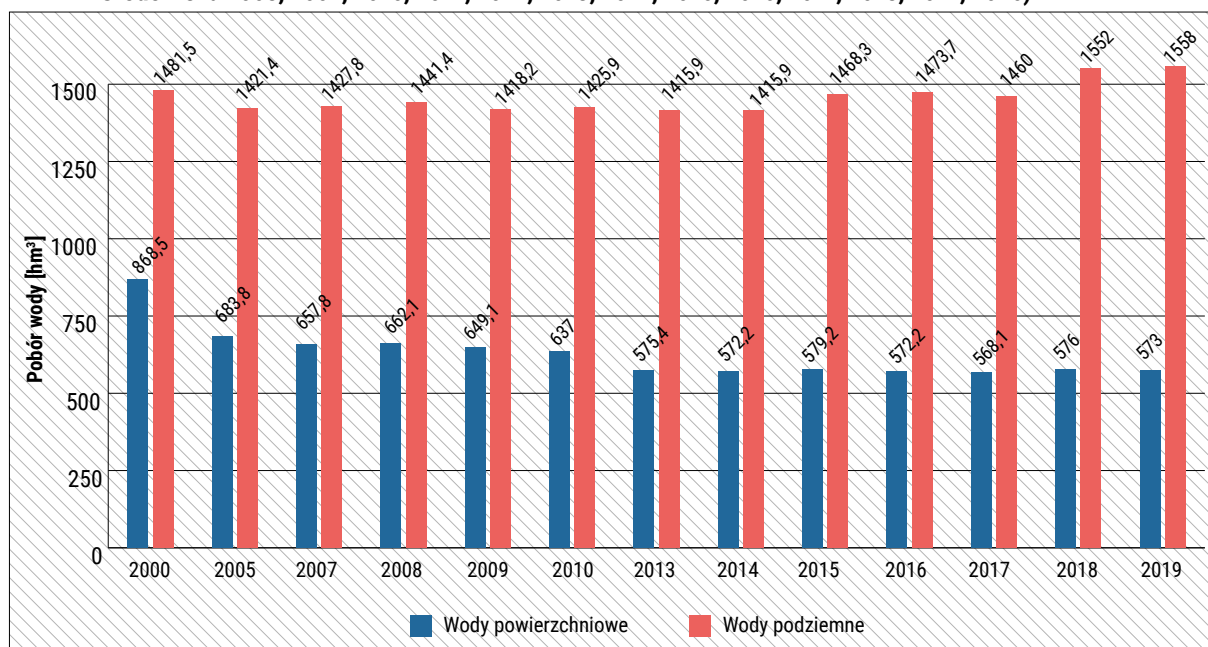
2. Zaopatrzenie ludności w wodę

2.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej

Głównym źródłem wody w sieci wodociągowej były wody podziemne ze względu na ich znacznie lepszą jakość. W 2019 r. w eksploatacji sieci wodociągowej wody podziemne stanowiły 73% (1 558 hm³)⁴.

Z danych będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynika, iż w 2020 r. funkcjonowało 12 040 ujęć wody wykorzystywanych do zbiorowego zaopatrzenia, w tym 361 ujęć powierzchniowych i 11 679 ujęć podziemnych⁵.

Wyk. 46 Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000-2019 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020)



W roku 2019 r. pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej zwiększył się o około 3 hm³ w stosunku do roku 2018. Z ujęć powierzchniowych wodę najczęściej pobierają wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miejskie i przemysłowe. Jest to dobry kierunek gdyż woda pochodząca z ujęć podziemnych charakteryzuje się stabilnym składem i mniejszą ilością zanieczyszczeń. Może ona zawierać wyższe stężenia żelaza i manganu, co może wpływać na jej zabarwienie i sprzyjać tworzeniu się zawiesin. Nie ma to jednak wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne wody.

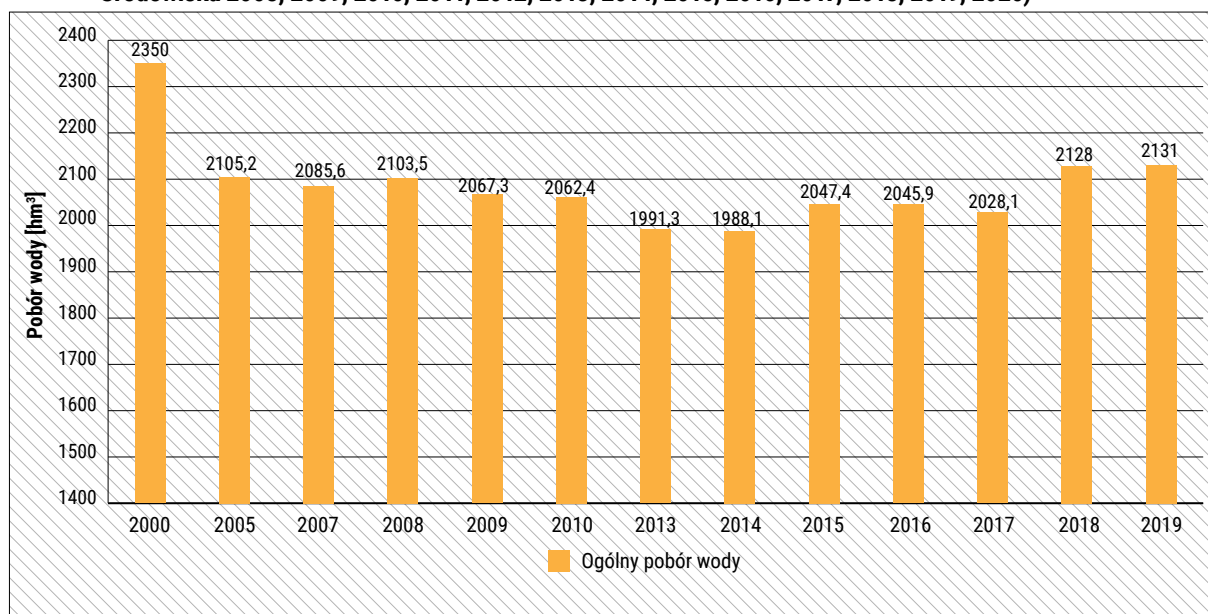
Polska zaliczana jest do krajów ubogich w zasoby wodne (zasoby wód Polski plasują się na 3 miejscu od końca wśród krajów UE). Przeciętne zasoby wód w Polsce wynoszą ok. 60 mld m³, a w porach suchych ten poziom może spaść nawet poniżej 40 mld m³⁶.

⁴ źródło: Ochrona Środowiska 2020

⁵ źródło: System Monitoringu Jakości Wody Przeznaczonej do Spożycia przez Ludzi

⁶ źródło: Ochrona Środowiska 2020

Wyk. 47 Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000-2019 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020)



Na przestrzeni ostatnich lat pobór wody na cele zaopatrzenia w wodę w Polsce stopniowo maleje, jednak w 2019 r. zwiększył się o około 3 hm³ w stosunku do 2018 r. i wyniósł 2 131 hm³. Dane poboru wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej za rok 2019 wskazują jednak na wzrost zapotrzebowania na wodę co może wynikać ze zmniejszenia ilości opadów rocznych na tle wielolecia.

2.2. Struktura wodociągów w Polsce

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy⁷, zaopatrzenie w wodę jest zadaniem własnym gminy. Przepisy ww. ustawy regulują zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność. Struktura wodociągów w 2020 r. została przedstawiona w poniższej tabeli.

Tab. 27 Struktura wodociągów w 2020 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

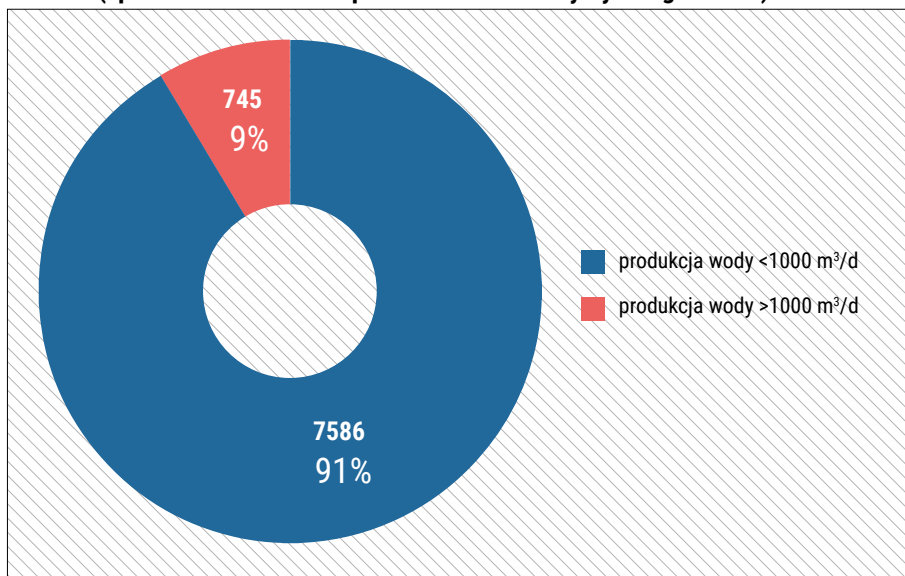
Wodociągi o produkcji [m ³ /d]	Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej w wodę (w tys.)	
	łącznie	odpowiadającą wymaganiom ⁸	łącznie	odpowiadającą wymaganiom
≤100	3 219	3 135	1 435,338	1 414,184
101-1000	4 367	4 333	10 167,804	10 107,921
1001-10000	686	683	12 330,979	12 279,979
10001-100000	54	54	8 347,027	8 347,027
>100000	5	5	4 114,739	4 114,739
SUMA	8 331	8 320	36 395,890	36 263,850

⁷ Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz.U. z 2019 r. poz. 1437)

⁸ Liczba obiektów, które odpowiadają (w tym warunkowo odpowiadają wymaganiom) wymaganiom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na podstawie oceny jakości wody produkowanej przez urządzenia dostarczające wodę z uwzględnieniem szacowania ryzyka zdrowotnego.

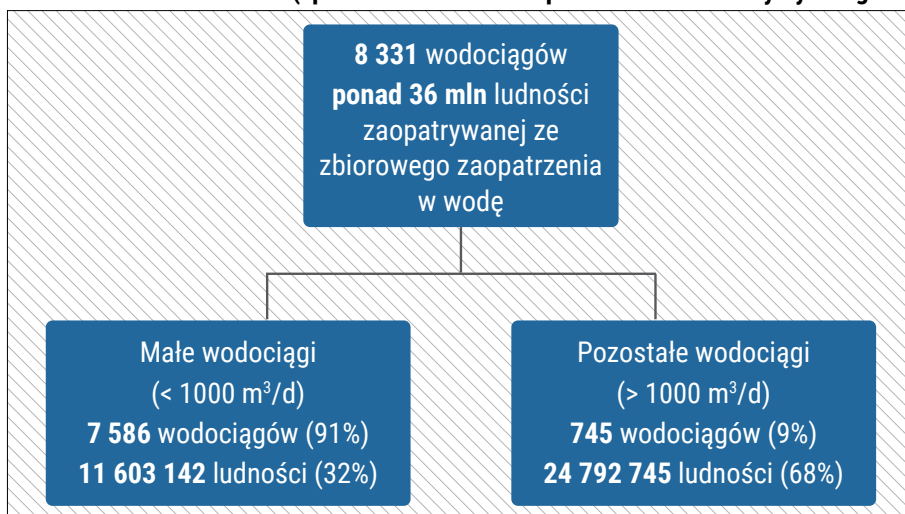
W roku 20 funkcjonowało 8 331 wodociągów zaopatrujących w wodę około 37 mln konsumentów, tj. o 40 mniej niż w 2019 r. Pomimo, iż liczba małych wodociągów maleje, to poważnym problemem w procesie zbiorowego zaopatrzenia w wodę jest nadal nadmierne rozproszenie wodociągów. Małe wodociągi, czyli produkujące poniżej 1000 m³/d wody stanowią 91% wszystkich przedsiębiorstw i zaopatrują około 12 mln ludności, co stanowi 33% ludności zaopatrywanej w wodę. W roku 2020 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8 331 wodociągów, co stanowi 99,8% wszystkich wodociągów.

Wyk. 48 Struktura podziału wodociągów w zależności od produkcji wody w 2020 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

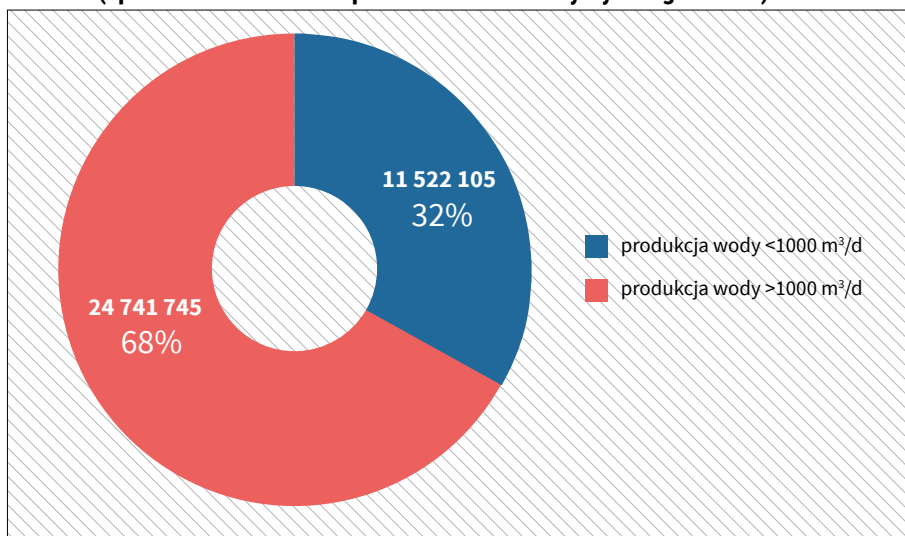


Centralizacja wodociągów produkujących wodę w niewielkich ilościach jest ważna i pozytywna z uwagi na umożliwienie wprowadzenia bardziej zaawansowanych procesów technologicznych, pozyskania specjalistów w zakresie technologii wody, a także umożliwienie przeznaczenia większych środków finansowych na renowację i wymianę sieci wodociągowych dla podmiotów o małej wydajności, która wpłynęłaby znacznie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

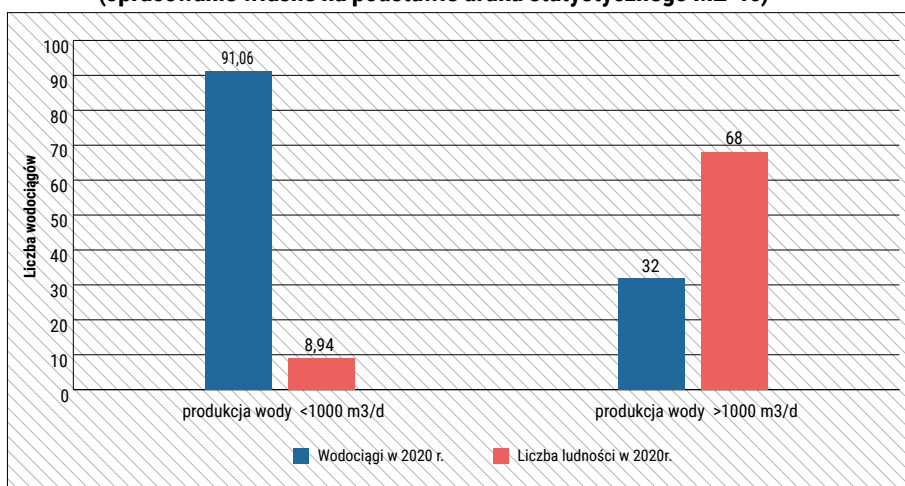
Rys. 1 Liczba wodociągów małych produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2020 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Wyk. 49 Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2020 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Wyk. 50 Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2020 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



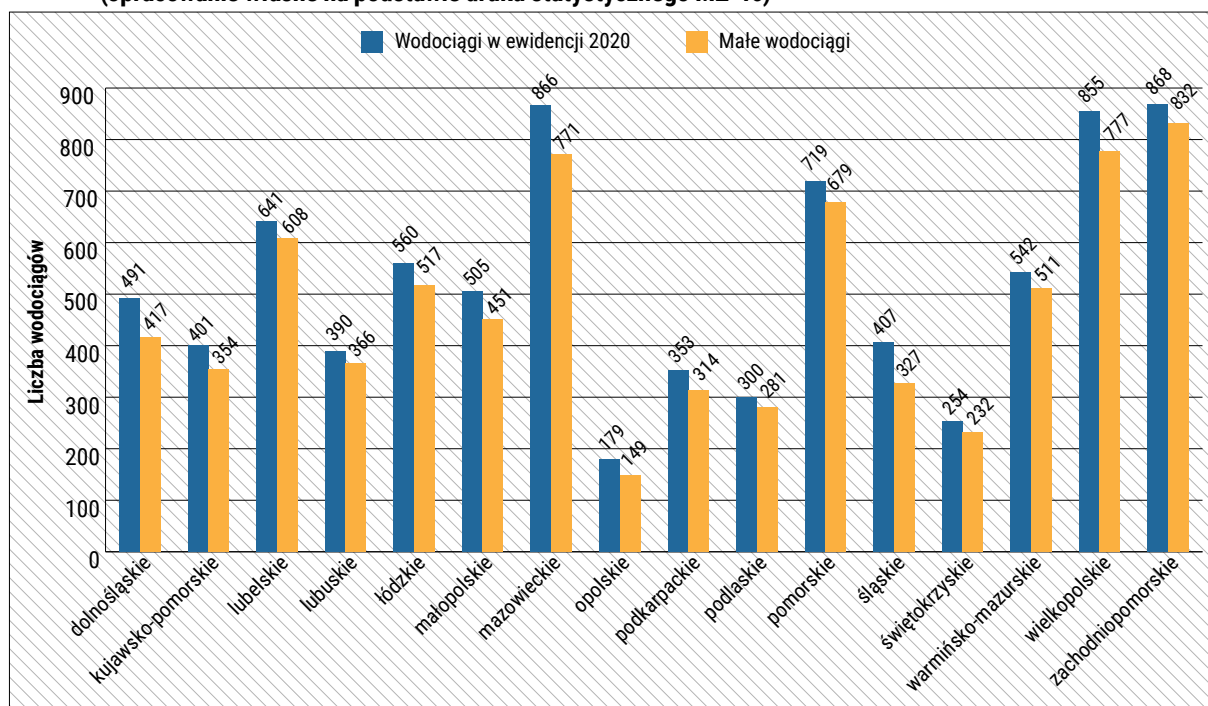
2.3. Struktura wodociągów w poszczególnych województwach

Najwięcej małych wodociągów, produkujących poniżej 1000 m³/d, znajduje się w województwie zachodniopomorskim (832 w ewidencji), a najmniej w województwie opolskim (149 w ewidencji).

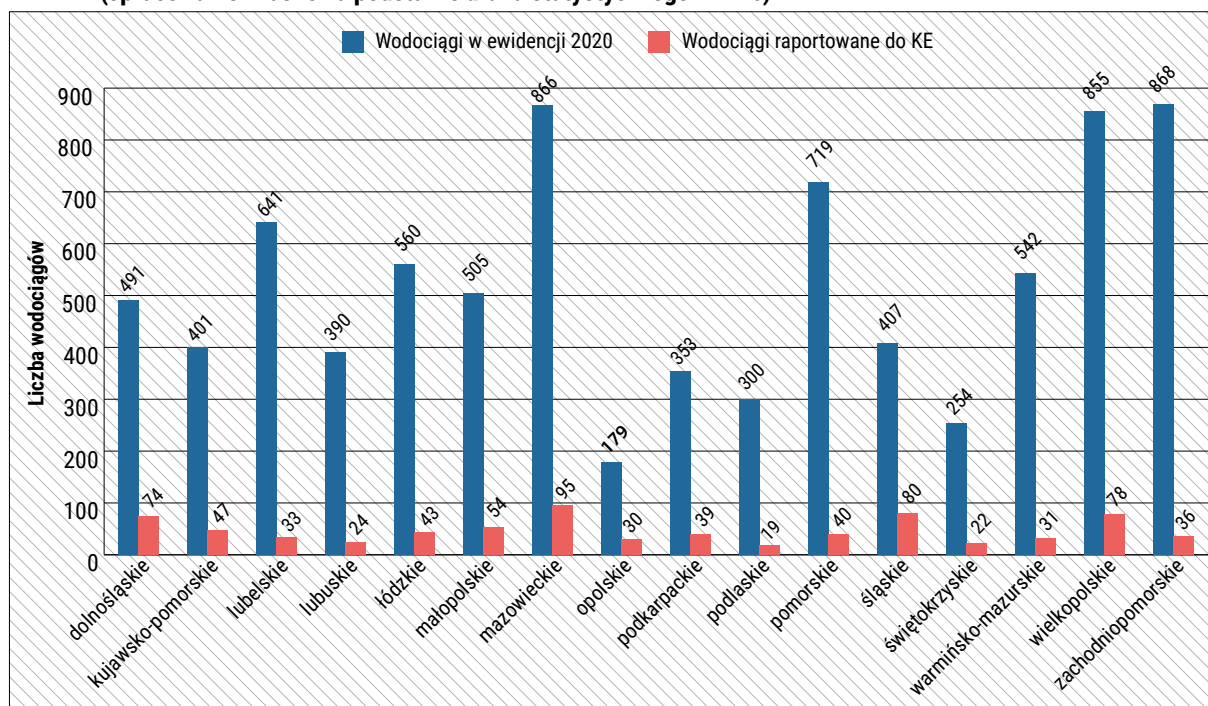
Najwięcej dużych wodociągów, czyli produkujących powyżej 1000 m³/dobę znajduje się na terenie województwa mazowieckiego (95 w ewidencji), a najmniej na terenie województwa podlaskiego (19).

Jak wskazano powyżej w skali kraju od kilkunastu lat obserwuje się spadek liczby tzw. małych wodociągów. Zmiany w poszczególnych województwach i kategoriach wodociągów przedstawiono na poniższych wykresach. Szczegółowe dane dla województw wskazują, iż w części z nich nastąpiło zmniejszenie liczby małych wodociągów w 2020 r., a w części z nich zwiększenie ich liczby, co spowodowane jest budową nowych ma-

Wyk. 51 Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i małe dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



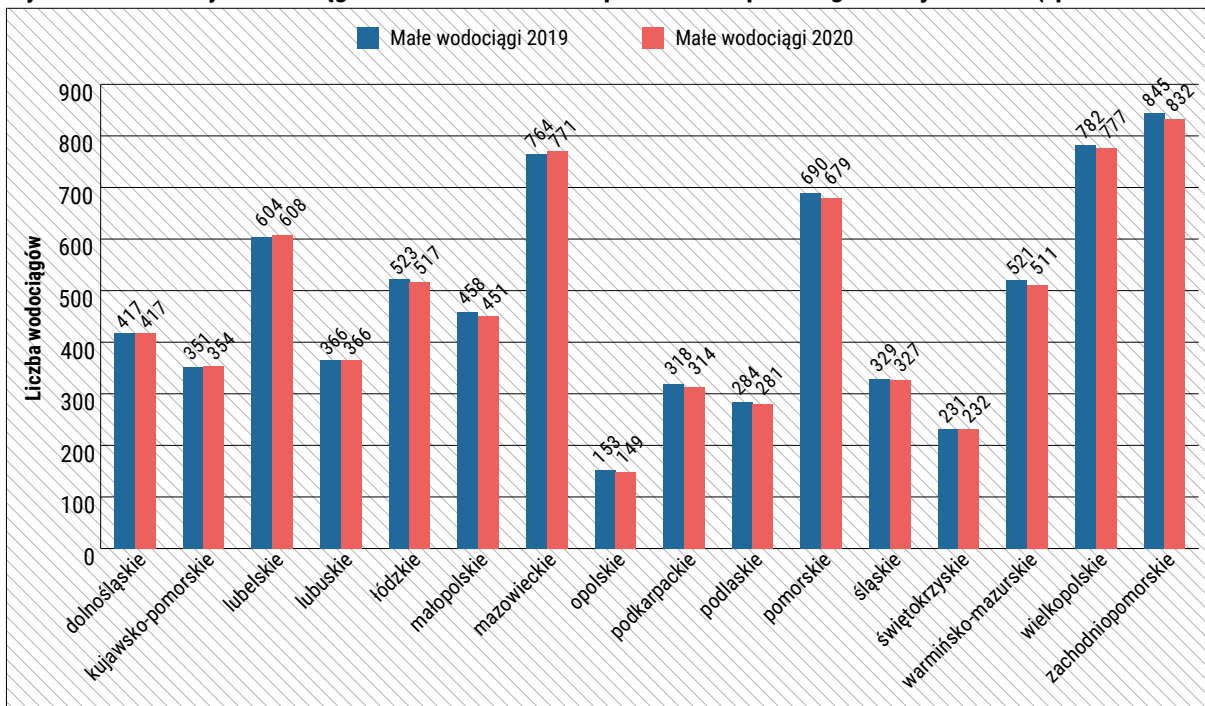
Wyk. 52 Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i duże dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



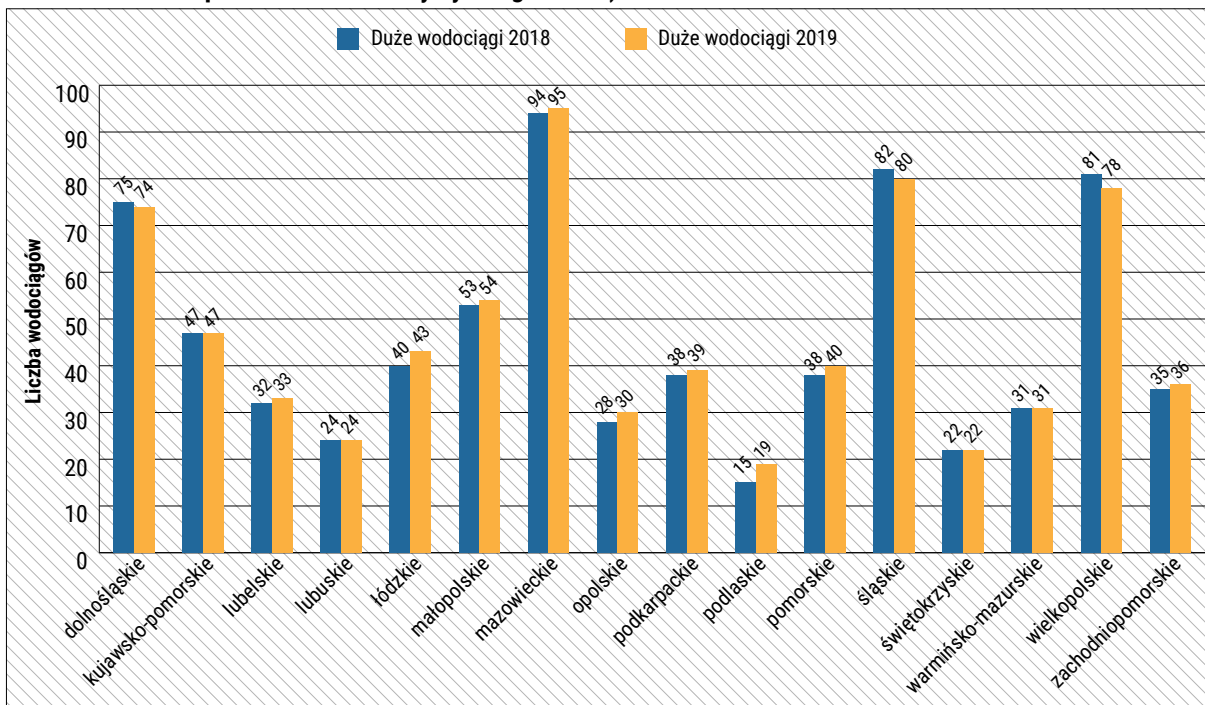
łych wodociągów na potrzeby zbiorowego zaopatrzenia w wodę do spożycia przez mieszkańców miejscowości, które nie były wcześniej zwodociągowane.

Konsekwencją natomiast przyłączania małych wodociągów do wodociągów większych jest obserwowany na przestrzeni wielolecia trend wzrostu liczby dużych wodociągów.

Wyk. 53 Liczba małych wodociągów w latach 2019-2020 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne)



Wyk. 54 Liczba dużych wodociągów w latach 2019-2020 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

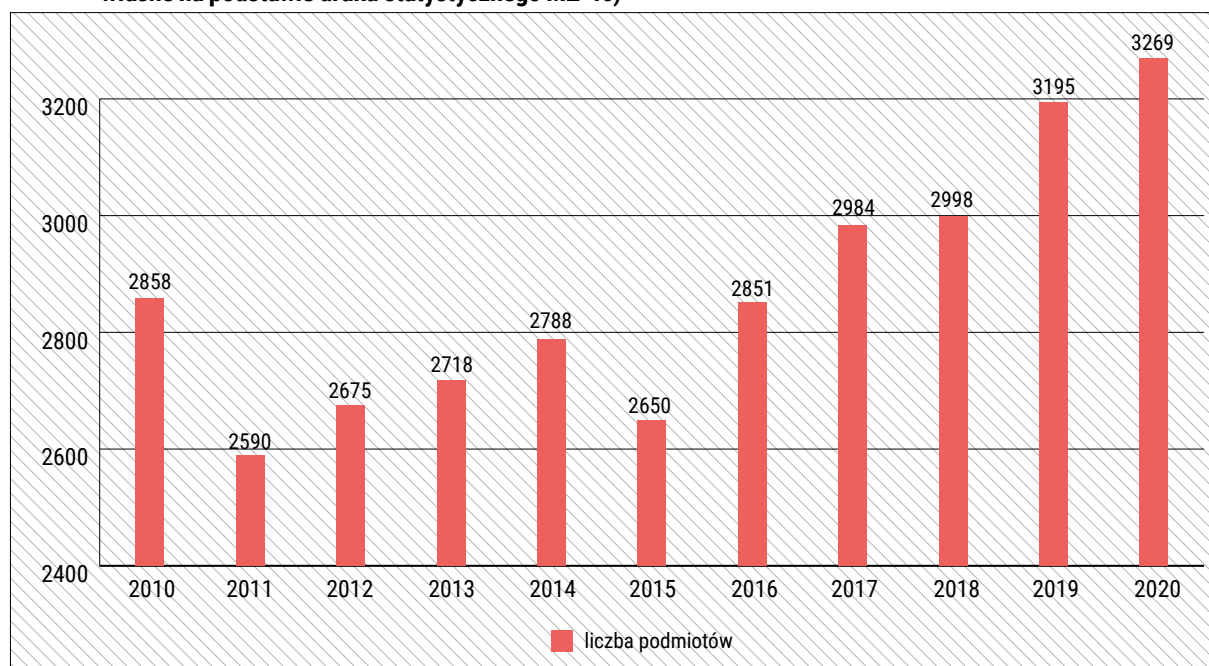


2.4. Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia

W Polsce około 36 mln ludności jest zaopatrywanych w wodę ze zbiorowego systemu zaopatrzenia w wodę do spożycia, natomiast pozostała część zaopatrywana jest w wodę pochodzącą z indywidualnych ujęć wody. W celu zabezpieczenia osób w budynkach priorytetowych, przepisy regulujące kwestię bezpieczeństwa wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, poza wodociągami, obejmują również podmioty dostarczające lub wykorzystujące wodę pochodzącą z indywidualnych ujęć w ramach działalności gospodarczej lub w budynkach użyteczności publicznej, budynkach zamieszkania zbiorowego, lub w podmiotach działających na rynku spożywczym, wykorzystujących wodę. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór nad jakością wody w innych podmiotach takich jak: szpitale, szkoły, domy pomocy społecznej, jednostki wojskowe oraz ośrodki wypoczynkowe, które produkują wodę na potrzeby własne.

W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych w roku 2020 znajdowało się 3 269 innych podmiotów prowadzących działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru sanitarnego skontrolowały 2 645 podmiotów, co stanowi 80,9% wszystkich podmiotów tej grupy znajdujących się w ewidencji. Spośród wszystkich skontrolowanych podmiotów 2 595 podmiotów spełniło wymagania krajowych norm jakości wody (98,1% podmiotów skontrolowanych).

Wyk. 55 Liczba podmiotów w ewidencji organów PIS posiadających własne ujęcia w latach 2010-2020 (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



3. Jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi

3.1. Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi

Zapewnienie odpowiedniej ilości i jakości wody do spożycia jest ważnym i skomplikowanym zadaniem. Zagrożenia pojawiające się w systemach zaopatrzenia w wodę mogą mieć wpływ na zdrowie publiczne. Jakość dostaw wody do picia jest ściśle powiązana z możliwością wystąpienia szeregu czynników w cyklu produkcji wody, które mogą wpłynąć negatywnie na jakość wody docierającej do końcowego odbiorcy (konsumenta). Na jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi często ma wpływ sposób dystrybucji wody przez przedsiębiorstwo wodociągowe, a zwłaszcza stan techniczny sieci wodociągowych, okres ich eksploatacji i rodzaj materiałów, z jakich zostały wykonane, sposób eksploatacji instalacji wodociągowych (płukanie sieci, planowe remonty i renowacje) oraz jakość, stan sanitarno-techniczny i właściwa eksploatacja zewnętrznych, wewnętrznych instalacji wodociągowych w budynkach, w tym armatury w punktach pobierania wody.

Biorąc pod uwagę poprzednie lata obserwuje się tendencję do poprawy i tak już wysokiej jej jakości w kontekście zapewnienia konsumentom wody bezpiecznej dla zdrowia ludzkiego. Jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi systematycznie ulega poprawie. Dla zobrazowania sytuacji warto przywołać dane o jakości wody z lat ubiegłych. W 2006 r. wodociągi dostarczały wodę spełniającą wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi do ok. 91% odbiorców, w 2009 r. do ok. 93% odbiorców, natomiast już w 2013 r. około 96% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego, o jakości zgodnej z wymaganiami a trend wskazujący na poprawę jakości wody utrzymywał się w kolejnych latach. W 2014 r. około 98% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego, o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, a w 2020 r. podobnie jak w 2019 (99,7%) to **99,6% ludności** – w tym warunkowo dopuszczanej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej). Pozostały 0,4% ludności miało natomiast dostęp do wody, która czasowo wykazywała brak zgodności spełnienia wymagań normatywów jakościowych. W takich sytuacjach podejmowane były działania zapewnienia wody o odpowiedniej jakości mieszkańcom z alternatywnych źródeł wody. Zadanie zapewnienia zastępczego źródła wody jest realizowane głównie przez wodociągi, które dostarczają mieszkańcom wodę na przykład za pomocą przewoźnych zbiorników z wodą. Dopuszczenie wody do spożycia dla konsumentów w warunkach odstępstwa bądź warunkowej przydatności każdorazowo związane jest z przeprowadzeniem przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceny zagrożeń i wykluczeniem negatywnego wpływu jej jakości na zdrowie.

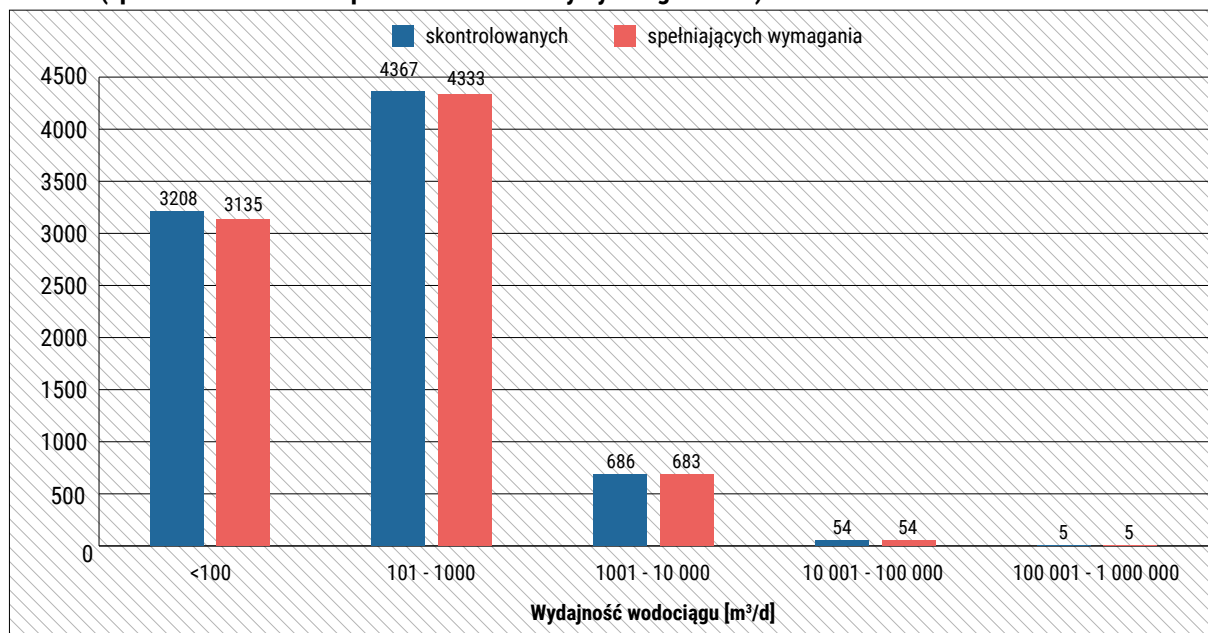
Wodociągi produkujące:

- ◆ poniżej 100 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 98,5%;
- ◆ 101-1000 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 99,4%;



- ◆ 1001-10 000 m³/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 99,6%;
- ◆ 10 001 do 100 000 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 100%;
- ◆ powyżej 100 000 m³/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 100%.

Wyk. 56 Wodociągi w 2020 r. spełniające wymagania dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Przedmiotem kontroli prowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej był również stan techniczny infrastruktury wodociągowej. Producentom wody zwracano uwagę na odpowiedzialność za jakość dostarczanej wody oraz konieczność sprawdzania jej jakości po pracach remontowych, wymianach złożeń, po usunięciu awarii oraz po dłuższych przerwach w dostawie energii elektrycznej. Producenci wody oraz organy samorządowe w miarę możliwości finansowych oraz w oparciu o środki pozyskiwane z funduszy europejskich, modernizują istniejącą infrastrukturę wodociągową oraz realizują nowe inwestycje, mające na celu poprawę sytuacji w zakresie zbiorowego zaopatrzenia w wodę. W wielu miejscowościach prowadzone były prace związane z przebudową stacji uzdatniania wody, tj.: wymiana urządzeń technologicznych, pomp głębinowych i armatury oraz przeprowadzono remonty budynków hydroforni.

Obserwuje się wzrost świadomości konsumentów na temat wymagań, jakie powinna spełniać bezpieczna i „zdrowa” woda do spożycia. Dlatego też przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne podnoszą jakość świadczonych usług, starając się zapewnić dostarczenie produktu o jak najwyższej jakości, co znajduje odzwierciedlenie w uzyskiwanych wynikach badań wykonywanych w ramach nadzoru w skali kraju.

Przeprowadzona przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej analiza wyników kontroli oraz przyczyn zanieczyszczenia wody do spożycia wskazuje, iż konieczne jest kontynuowanie działań mających na celu polepszenie stanu sanitarno-technicznego infrastruktury wodociągowej, pełne zwodociągowanie i skanalizowanie gmin oraz usunięcie zbiorników bezodpływowych, dalsze łączenie tzw. małych wodociągów (czyli produ-

kujące poniżej 1000 m³ wody na dobę) w większe sieci wodociągowe, objęcie nadzorem przez samorządy właścicieli indywidualnych ujęć wody, szczególnie w zakresie zabezpieczania przyłącza do wodociągu zaworami antyskażeniowymi.

Bezpieczeństwo zdrowotne wody wymaga współpracy i udziału wielu podmiotów (organów samorządowych, przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, resortów zdrowia, gospodarki morskiej, środowiska i infrastruktury).

3.2. Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych

Dopuszczalna obecność mikroorganizmów w wodzie przeznaczonej do spożycia jest regulowana i systematycznie monitorowana. Woda musi być ona wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych i pasożytów w liczbie stanowiącej potencjalne zagrożenie dla zdrowia ludzkiego. Wodopochodne czynniki chorobotwórcze mogą przedostawać do organizmu człowieka drogą pokarmową, inhalacyjną (wdychanie aerozoli wodnych) oraz w wyniku styczności ze skórą (błony śluzowe, zadrapania, zranienia). Przy czym ważny jest nie tylko rodzaj mikroorganizmów obecnych w wodzie ale także ich ilość.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na bieżąco analizują wyniki badań wody przeznaczonej do spożycia, wykonanych zarówno w ramach nadzoru sprawowanego przez Inspekcję Sanitarną, jak również otrzymane od podmiotów prowadzących zbiorowe zaopatrzenie. W zależności od wyników podejmują działania zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia⁹.

Występowanie w wodzie mikroorganizmów, takich jak *Escherichia coli* i enterokoki (paciorkowce kałowe), bytujących zwykle w odchodach ludzi i zwierząt stałocieplnych wskazuje na zanieczyszczenia typu kałowego. Parametry te stanowią swoisty wskaźnik zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody i ich obecność w wodzie wiąże się z koniecznością podjęcia natychmiastowych działań naprawczych. Jednym z kryteriów doboru wskaźników fekalnego zanieczyszczenia wody, czyli *Escherichia coli* i enterokoki jest to, że stale występują w kale ludzi i zwierząt ciepłokrwistych w liczbach przekraczających liczbę drobnoustrojów chorobotwórczych. Charakteryzują się również dłuższym okresem przeżywalności w środowisku wodnym od przeżywalności mikroorganizmów chorobotwórczych. Ponadto charakteryzują się stałymi cechami biochemicznymi, na których oparte są proste i szybkie metody ich wykrywania dające dużą powtarzalność wyników.

Pogorszenia jakości wody w zakresie parametrów mikrobiologicznych wskazanych w Rozporządzeniu¹⁰ były spowodowane głównie awariami urządzeń, brakiem właściwej dezynfekcji i/lub po dokonanej konserwacji, spadkami ciśnienia wody, złym stanem technicznym instalacji wodociągowej i/lub wewnętrznej instalacji wo-

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)

dociągowej, małym rozbiorem wody, brakiem regularnego płukania sieci. W niektórych przypadkach nie udało się ustalić bezpośredniej przyczyny niewłaściwej jakości bakteriologicznej wody w systemie dystrybucji.

W wodociągach, w których stwierdzono niewłaściwą jakość wody, administratorzy przede wszystkim podejmowali działania wskazania przyczyn występowania w wodzie przekroczeń dopuszczalnych parametrów, zwiększali częstotliwość poboru próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej. W zależności od wyników badań podejmowano działania naprawcze takie jak:

- ◆ intensyfikowanie płukania złóż filtracyjnych lub ich wymiana;
- ◆ korekta procesu/ów uzdatniania i/lub dezynfekcji;
- ◆ płukanie i/lub dezynfekowanie odcinków sieci wodociągowej oraz urządzeń uzdatniających;
- ◆ usuwanie awarii sieci wodociągowej.



3.3. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych – odstępstwa

W przypadku gdy woda nie spełnia wymagań chemicznych, z wyłączeniem wymagań określonych dla bromianów i ołowiu, oraz nie jest możliwe przywrócenie jej jakości do stanu wymaganego przepisami krajowymi w terminie 30 dni, podmioty prowadzące zbiorowe zaopatrzenie w wodę mogą wystąpić o zgodę na odstępstwo od tych wymagań. Udzielenie zgody jest dopuszczalne wyłącznie, jeżeli nie będzie stanowiło potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie będzie mogło być zrealizowane za pomocą innych środków. Przyznawanie odstępstw przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej umożliwia podmiotom produkującym wodę stopniowe doprowadzanie wody do właściwej jakości. Podstawowym zadaniem w tym postępowaniu jest ochrona ludzi przed potencjalnymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi, które mogłyby wystąpić wskutek spożywania wody o nieodpowiedniej jakości. Takie postępowanie wymaga indywidualnej oceny w każdym przypadku i zależy od:

- ◆ rodzaju substancji i jej specyficznych właściwości toksykologicznych,
- ◆ stężenia i stopnia przekroczenia stężenia dopuszczalnego,
- ◆ czasu ekspozycji na zwiększone stężenie danej substancji w wodzie przeznaczonej do spożycia,
- ◆ oceny narażenia populacji na daną substancję z innych źródeł,
- ◆ oceny współistniejącego narażenia na inne substancje toksyczne, zwłaszcza za pośrednictwem wody przeznaczonej do spożycia.

W 2020 r. obowiązywało 9 odstępstw od wymaganej jakości wody do spożycia przez ludzi. 5 odstępstwa obowiązywały w zakresie azotanów (wodociąg Radziszewo Sieńczuch w woj. podlaskim, wodociąg Brodziszów w woj. dolnośląskim, Ujęcie indywidualne Stacji Paliw w miejscowości Brzeźnik 150 w woj. dolnośląskim, wodociąg publiczny Kalinowice w woj. opolskim, wodociąg sieciowy Lubockie-Ostrów w woj. śląskim), 2 w zakresie fluorków (wodociąg sieciowy Pawonków w woj. śląskim, wodociąg Miłoradz w woj. pomorskim), 1 w zakresie boru (wodociąg Chmielnik w woj. podkarpackim) i 1 w zakresie arsenu (wodociąg Janowice Wielkie w woj. dolnośląskim), w tym 3 podmioty zbiorowego zaopatrzenia wystąpiły z wnioskiem do właściwego państwowego inspektora sanitarnego o udzielenie zgody na odstępstwo od wymagań chemicznych, ustanowionych w przepisach krajowych. Każdorazowo wnioski o zgodę na odstępstwo od wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi były weryfikowane w zakresie kompletności i poprawności złożenia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawdzały czy wydanie zgody na odstępstwo nie będzie stanowiło potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie może być zrealizowane niezwłocznie za pomocą żadnych innych środków. W wyniku przeprowadzonych weryfikacji, sprawdzeń i ocen, właściwi państwowi inspektorzy sanitarni wydali, dla wszystkich 3 złożonych wniosków, decyzje wyrażające zgody na odstępstwo, określając jednocześnie maksymalną wartość parametru, na jaką pozwala odstępstwo, termin obowiązywania zgody oraz warunki, jakie mają być spełnione w trakcie obowiązywania zgody na odstępstwo z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. W wyniku wydania ww. zgód na odstępstwo od wymagań jakości wody do spożycia, właściwi państwo-

wi inspektorzy sanitarni informowali o udzielonej zgodzie właściwego wójta, burmistrza, przekazywali komunikaty w tej sprawie, ze wskazaniem obowiązku rozpowszechnienia komunikatu w sposób umożliwiający bezzwłoczne zapoznanie się z nim konsumentów.

W 2020 r. właściwi państwowi inspektorzy sanitarni wydali decyzje udzielające zgodę na odstępstwo od wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi dla następujących wodociągów:

- ◆ wodociąg Brodziszów, gm. Ząbkowice Śląskie w woj. dolnośląskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 916 osób (produkcja 86 m³/dobę), dla którego do 31.03.2021 r. udzielono zgody na odstępstwo w zakresie azotanów;
- ◆ wodociąg sieciowy Lubockie-Ostrów, gm. Kochanowice w woj. śląskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 600 osób (produkcja 67 m³/dobę), dla którego do 1.03.2023 r. udzielono zgody na odstępstwo w zakresie azotanów;
- ◆ wodociąg publiczny Kalinowice, gm. Strzelce Opolskie w woj. opolskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 876 osób (produkcja 167 m³/dobę), dla którego do 31.12.2022 r. udzielono zgody na odstępstwo w zakresie azotanów.

Wszystkie wydane przez właściwych państwowych inspektorów sanitarnych decyzje na odstępstwo od wymagań jakości wody do spożycia przez ludzi udzieleniu zgody na odstępstwo od wymagań w zakresie azotanów, uwzględniały wpływ najwyższego stężenia azotanów w wodzie na zdrowie grup wrażliwych – niemowląt poniżej 3 miesiąca życia i kobiet w ciąży. Dla grup wrażliwych zapewnione zostały zastępcze źródła wody do spożycia.

3.4. Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Krajowe uregulowania w zakresie substancji promieniotwórczych transponują przepisy Dyrektywy 2013/51/Euratom¹¹ określającej wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych. W Rozporządzeniu¹² przewidziano wstępny monitoring substancji promieniotwórczych oraz kontrolny monitoring substancji promieniotwórczych. Wstępny monitoring substancji promieniotwórczych uwzględniał przeprowadzenie we wszystkich istniejących oraz nowo tworzonych ujęciach wody pomiaru stężenia substancji promieniotwórczych tj. radonu ²²²Rn, izotopów radu: ²²⁶Ra i ²²⁸Ra oraz trytu. Wstępny monitoring substancji promieniotwórczych był pierwszym badaniem poziomu stężenia substancji promieniotwórczych i ewentualnie ich przekroczeń w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Kontrolny monitoring substancji promieniotwórczych zdefiniowano natomiast, jako kolejny pomiar stężenia substancji promieniotwórczych w wodzie poddanej uzdatnianiu mającemu na celu obniżenie wartości parametrycznych substancji promieniotwórczych, wykonywany zgodnie z czę-

11 Dyrektywa Rady 2013/51/Euratom z dnia 22 października 2013 r. określająca wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

12 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)



stotliwością określoną w załączniku nr 6 do ww. Rozporządzenia¹³. Wyniki pomiarów stężenia substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczanej do spożycia przez ludzi otrzymane w ramach wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych wykazały, iż w Polsce występuje znikome ryzyko dla zdrowia ludzkiego w związku z narażeniem na substancje promieniotwórcze pochodzące z wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi.

3.5. Badania ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju *Legionella* sp.

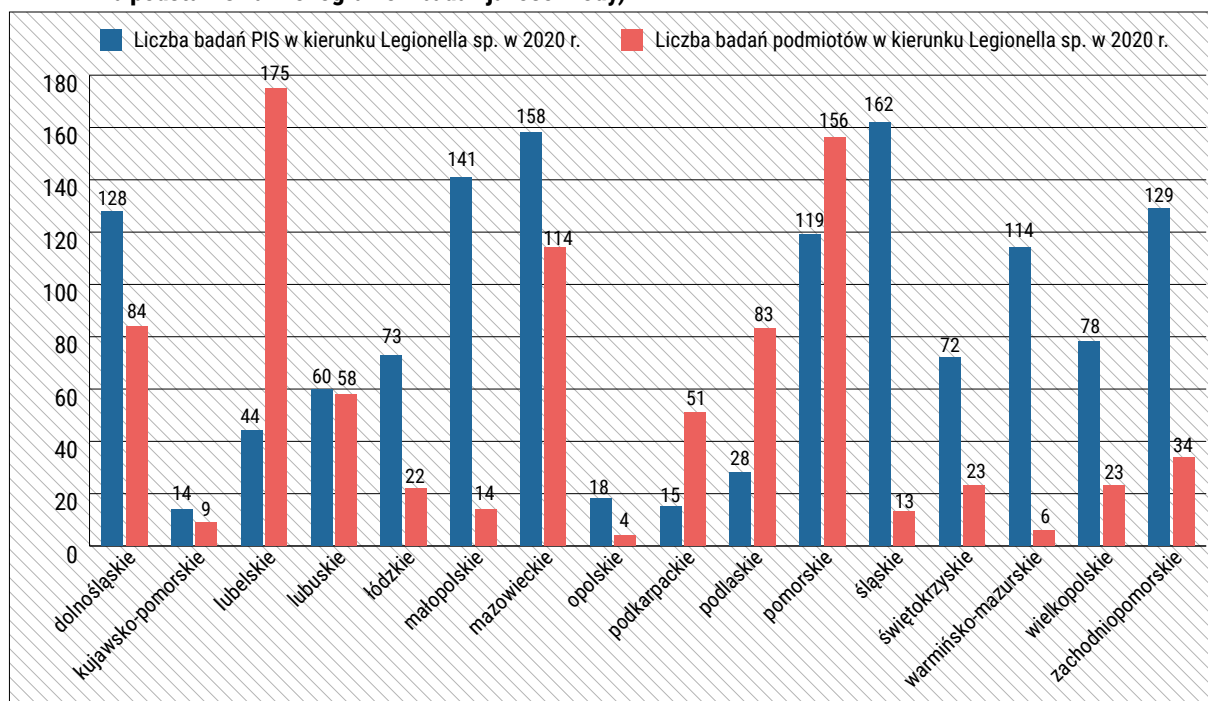
Jednym z elementów mogących wpłynąć na jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi na końcowym etapie jej dostarczania jest instalacja wewnętrzna budynków. Niewłaściwe projektowanie, montaż i eksploatacja wewnętrznych instalacji wodociągowych oraz niedostosowanie starych instalacji do aktualnych potrzeb i wymagań, niewłaściwy lub niewystarczający nadzór sanitarno-higieniczny nad urządzeniami i wewnętrznymi instalacjami wodociągowymi może być przyczyną powstawania sprzyjających warunków do namnażania się niepożądanych w środowisku mikroorganizmów. Niewłaściwie zaprojektowana instalacja ciepłej wody użytkowej może sprzyjać występowaniu i namnażaniu się bakterii z rodzaju *Legionella*.

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)

W związku z zagrożeniami, jakie niesie za sobą występowanie bakterii z rodzaju *Legionella* w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi, krajowe przepisy prawne już od 2007 r. regulują kwestię zagrożeń związanych z występowaniem bakterii *Legionella* w wewnętrznych instalacjach wodociągowych i badań parametru *Legionella* sp. w ciepłej wodzie użytkowej. Początkowo obowiązek badań bakterii *Legionella* sp. w ciepłej wodzie wprowadzony był dla budynków zamieszkania zbiorowego i zakładów opieki zdrowotnej zamkniętej. Rozporządzenie z 2017 r.¹⁴ rozszerzyło grupę podmiotów, które powinny odpowiadać przepisom w tej kwestii. Badania ciepłej wody w kierunku występowania bakterii z rodzaju *Legionella* sp. powinny być wykonywane w przedsiębiorstwach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne i w budynkach zamieszkania zbiorowego oraz w budynkach użyteczności publicznej, w których w trakcie ich użytkowania wytwarzany jest aerozol wodno-powietrzny. Wnika to z faktu, iż najpowszechniejszą drogą zakażenia jest droga inhalacyjna, czyli wdychanie aerozolu wodnego zawierającego omawiane bakterie. Szczególne zagrożenie szczepami *Legionella* dotyczy m.in. instalacji ciepłej wody w budynkach, natomiast jej namnażaniu sprzyjają: gromadzenie się osadów, kamienia, rdzy, glonów i mułu w instalacjach wodociągowych.

W 2020 r. wykonano na podstawie zaplanowanych harmonogramów badań ciepłej wody w kierunku oznaczenia bakterii z rodzaju *Legionella* sp. około 2 222 badań, w tym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały 1 353 badań, natomiast podmioty zarządzające wykonały 869 badań.

Wyk. 57 Liczba badań wykonanych w kierunku *Legionella* sp. dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)

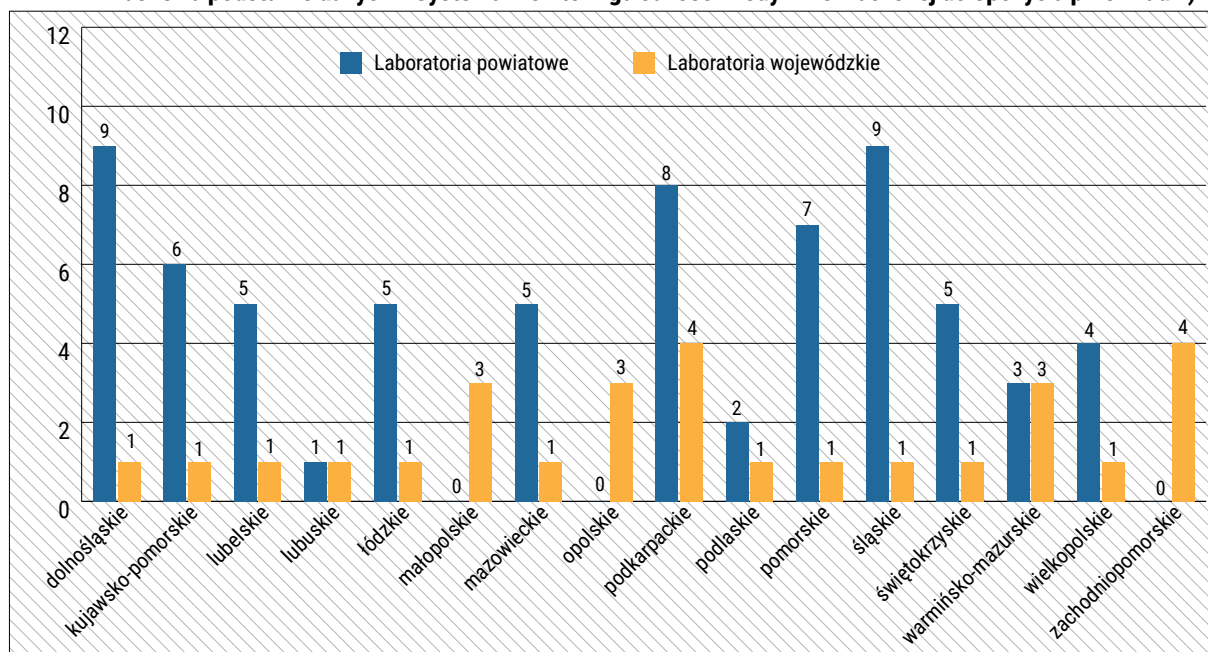


¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294)

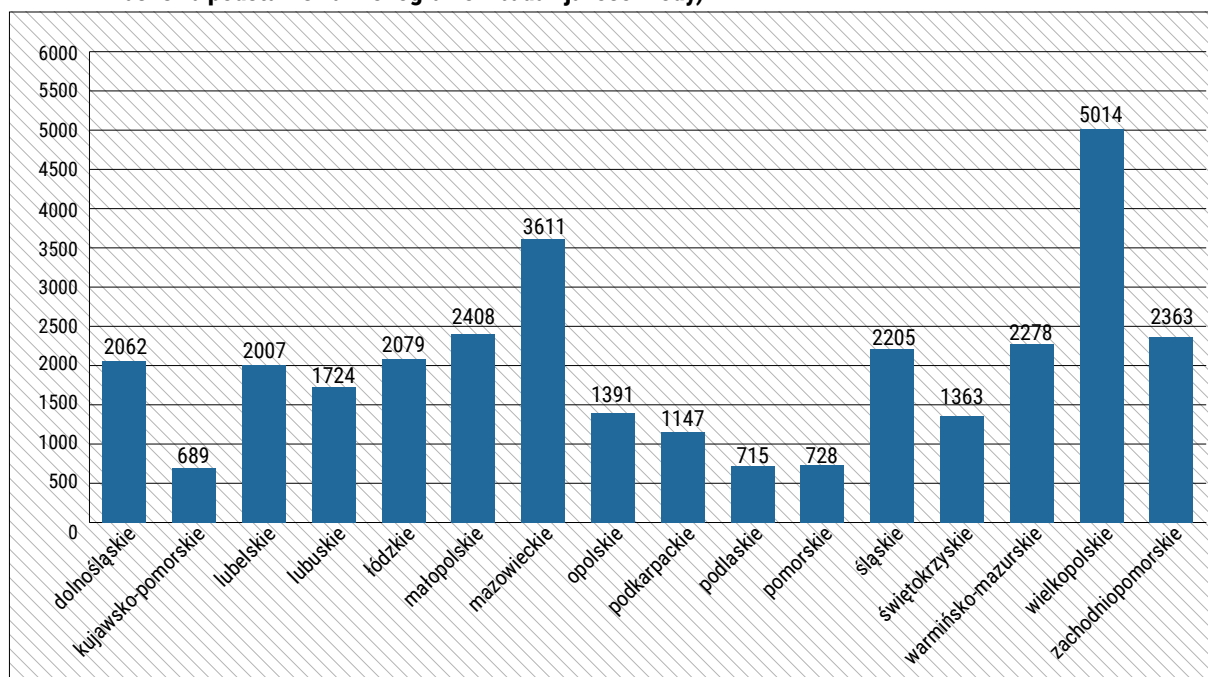
4. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Wszystkie laboratoria wykonujące badania jakości wody w 2020 r. musiały posiadać aktualne zatwierdzenie do badania jakości wody dokonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zatwierdzenie systemu jakości prowadzonych badań jest dokonywane każdego roku przez właściwego państwowego powiatowego lub granicznego inspektora sanitarnego w ramach prowadzenia nadzoru nad laboratoriami wykonującymi badania wody.

Wyk. 58 Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej badania wody do spożycia (opracowanie własne na podstawie danych z Systemu Monitoringu Jakości Wody Przeznaczonej do Spożycia przez Ludzi)



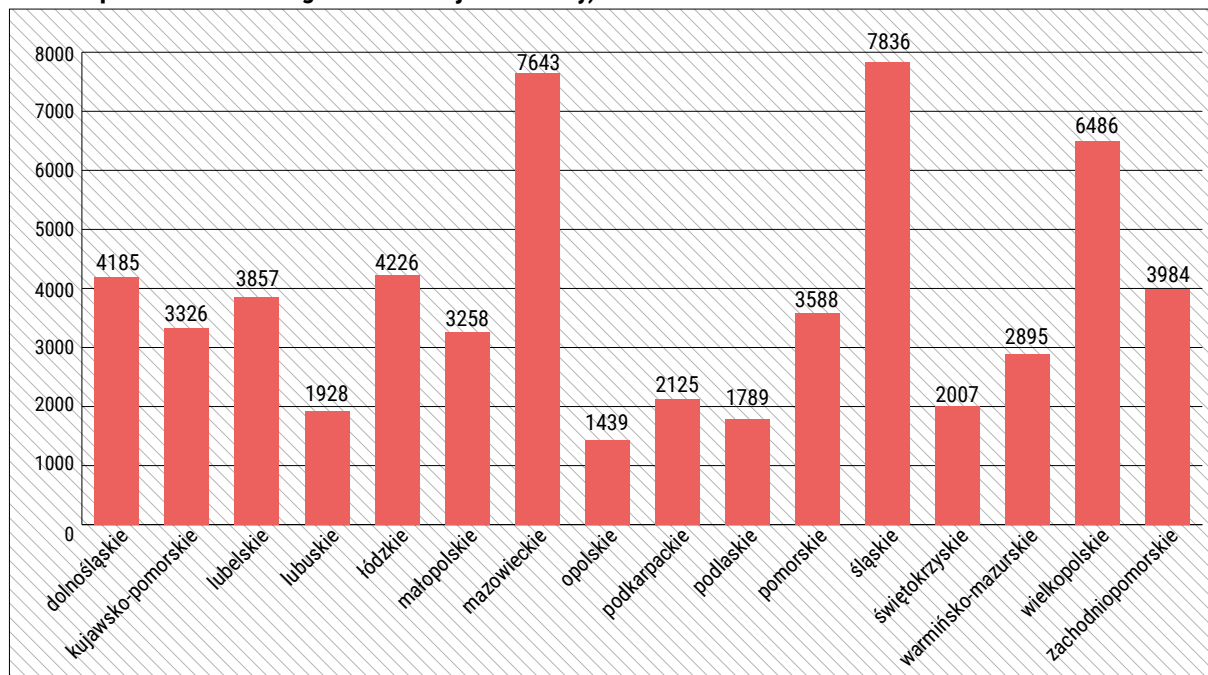
Wyk. 59 Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2020 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)



W ramach kontroli przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2020 wykonano około 32 tys. badań wody, podobnie jak w roku ubiegłym.

Wodociągi w ramach kontroli wewnętrznej w 2020 r. wykonały 60 572 badań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Dane o wynikach badań były przekazywane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Wyk. 60 Liczba badań wykonanych w ramach kontroli wewnętrznej wodociągów 2020 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)







PŁYWALNIE

1. Wstęp

Pływalnia, zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. *o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych*¹, to obiekt kryty lub odkryty, z wodą przepływową, przeznaczony do pływania lub kąpielii, posiadający co najmniej jedną nieckę basenową, z trwałym brzegiem i dnem, wyposażony w urządzenia sanitarne, szatnie i natryski. Zagadnienia związane z funkcjonowaniem i nadzorem nad pływalniami w zakresie ich bezpieczeństwa zdrowotnego wody regulują krajowe akty prawne².

Za zapewnienie bezpieczeństwa kąpiących się osób odpowiedzialny jest podmiot prowadzący działalność w zakresie sportu lub rekreacji. W przypadku pływalni jest to osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która prowadzi działalność w tym zakresie oraz właściwy miejscowo wójt (burmistrz, prezydent miasta). Zarządzający pływalnią umieszcza, w ogólnie dostępnym miejscu, informacje dotyczące zasad korzystania, o ograniczeniach w korzystaniu z wyznaczonego obszaru wodnego oraz sposobie powiadamiania o wypadkach wraz z numerami alarmowymi.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim użytkownikom pływalni właściciel obiektu zobowiązany jest do prowadzenia kontroli wewnętrznej na podstawie wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach*³. Badania jakości wody w ramach kontroli wewnętrznej prowadzone są zgodnie z harmonogramami ustalonymi we współpracy z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Kontrole przeprowadzane są również przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach prowadzanego nadzoru nad jakością wody. Dzięki takiej współpracy podmiotów, pozwalającej na szybkie eliminowanie zagrożeń zdrowotnych, wzrasta zaufanie kąpiących do podmiotów zarządzających pływalniami oraz niezależnych organów nadzorczych, czuwających nad ich bezpieczeństwem.

W związku z pandemią SARS-CoV-2 i przepisami rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, korzystanie z m.in. pływalni w 2020 r. zostało ograniczone. Ograniczenia z korzystania z pływalni nie wynikały z zagrożeń skażenia wody wirusem SARS-CoV-2, ale z możliwą jego transmisją wśród odwiedzających obiektu związaną przede wszystkim z bezpośrednim kontaktem z dużą liczbą osób przebywającą na obiektach. W związku z ograniczeniami w funkcjonowaniu pływalni, były one częściowo lub w całości zamknięte. W okresach kiedy były czynne obowiązywały na obiektach, wytyczne dla funkcjonowania pływalni określające zasady wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz dodatkowe – przyjęte dla zapewnienia bezpieczeństwa pracowników, osób korzystających z tego rodzaju obiektów, ze szczególnym uwzględnieniem: ciągów komunikacyjnych, wspólnych przestrzeni. Zalecenia miały na celu minimalizowanie ryzyka szerzenia się infekcji wiru-

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 350 z późn. zm.

² Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 195); Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. *o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach* (Dz. U. z 2020 r., poz. 350 z późn. zm.)

³ Dz.U. z 2015 r. poz. 2016 z późn. zm.

sem SARS-CoV-2⁴. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej egzekwowały wywiązywanie się zarządzających pływalniami z obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawnych oraz wydanych Zaleceń. Zarządzający pływalniami w trakcie trwania pandemii COVID-19, włączali dodatkowe protokoły sanitarne dotyczące m.in. wejścia do budynku pływalni, szatni oraz niecek basenowych, celem umożliwienia użytkownikom pływalni zachowania dystansu od innych użytkowników.

2. Wymagania jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach

Rozporządzenie Ministra Zdrowia⁵ reguluje najważniejsze kwestie w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody dotyczące:

1. wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach,
2. częstotliwości pobierania próbek wody na pływalniach,
3. metodyk referencyjnych analiz i sposobu oceny, czy woda na pływalniach odpowiada wymaganym warunkom,
4. sposobu informowania ludności o jakości wody na pływalniach.

Określone w rozporządzeniu zakres badania i częstotliwość, stanowią minimum badań koniecznych do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób kąpiących się oraz kontroli prawidłowości prowadzenia procesów uzdatniania i dezynfekcji wody. Zakres tych badań pozwala na dokonanie oceny jakości wody na pływalni. Na podstawie danych z badań jakości wody, dla każdej pływalni, dokonywana jest przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego zbiorcza roczna ocena jakości wody na pływalni.

Kontrola jakości wody basenowej jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego na pływalniach. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poza sprawowaniem nadzoru nad jakością wody, nadzorowały także warunki higieniczno-sanitarne i stan techniczny hali basenowej, zaplecza technicznego oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych.

2.1. Parametry mikrobiologiczne i fizykochemiczne

Czynnikami o najwyższym znaczeniu dla zdrowia, spośród wszystkich związanych z wodą na pływalni, są wskaźniki mikrobiologiczne. Zanieczyszczenia mikrobiologiczne wnoszone są do wody przez użytkowników basenów. Osoby korzystające z kąpeli mogą zanieczyszczać wodę przede wszystkim drobnoustrojami bytującymi w przewodzie pokarmowym, w górnych drogach oddechowych, błonach śluzowych i na skórze. Oprócz drobnoustrojów wchodzących w skład normalnej mikroflory, stanowiących normalną stałą lub przejściową mikroflorę ciała, mogą to być również organizmy chorobotwórcze, będące przyczyną infekcji. Wy-

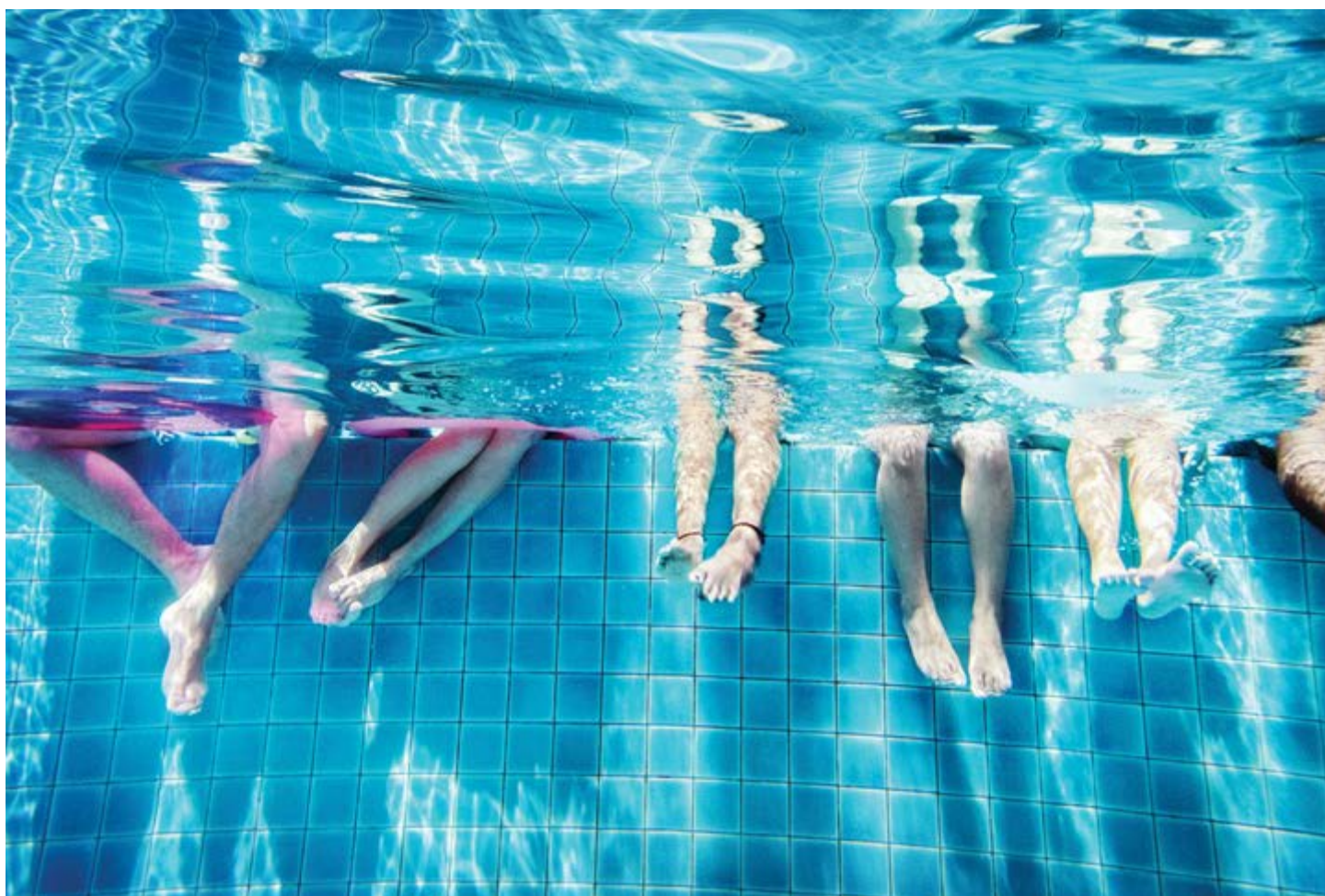
⁴ <https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologie/baseny-i-sauny>

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. z 2015 r. poz. 2016 z późn. zm.)

stępowanie patogenów w wodzie basenowej tj. *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* w istotny sposób może zwiększać ryzyko zdrowotne użytkowników pływalni. Niebezpieczeństwo to wynika z czasu ekspozycji na zagrożenie mikrobiologiczne zanim zostanie wykryte, dlatego tak istotna jest kontrola jakości wody basenowej oraz właściwe prowadzenie procesów uzdatniania i dezynfekcji wody.

Zakres badań wody basenowej najczęściej obejmuje następujące parametry: *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, gronkowce koagulazododatnie, ogólna liczba mikroorganizmów w $36\pm 2^{\circ}\text{C}$ po 48 h, chlor wolny, pH, potencjał redox.

Podstawowym wyzwaniem technologicznym w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody na pływalniach jest uzyskanie stanu, w którym woda na pływalniach spełnia wymagania mikrobiologiczne, a jednocześnie zawartość środka dezynfekcyjnego i produktów jego działania są na odpowiednio niskim poziomie. Codziennym wyzwaniem dla zarządzających pływalniami jest właśnie zapewnienie równowagi między ilością środka dezynfekcyjnego, a potencjalną liczbą mikroorganizmów chorobotwórczych występujących w wodzie. Bardzo ważne, zatem jest przestrzeganie podstawowych zasad higieny osobistej osób kąpiących się (dokładne umycie się mydłem i spłukanie pod prysznicem przed wejściem do basenu i po każdym skorzystaniu z toalety). Dokładne umycie ciała pod prysznicem, przy użyciu mydła redukuje liczbę wnoszonych mikroorganizmów o 2-3 rzędy wielkości.



Ze względu na fakt, że najmłodszy użytkownicy pływalni stanowią grupę bardziej podatną na wszelkiego rodzaju infekcje, z uwagi na niedojrzały jeszcze układ odpornościowy organizmu, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach, w odniesieniu do niecek basenowych udostępnianych do nauki pływania dla niemowląt i małych dzieci do lat 3, w porównaniu z pozostałymi nieckami, dopuszcza niższą wartość stężenia wolnego chloru (aby nie powodować negatywnych reakcji zdrowotnych), na rzecz zwiększenia częstotliwości wykonywanych badań *Escherichia coli* oraz dodatkowej konieczności wykonywania badań w kierunku gronkowców koagulazododatnich.

Badania wykonywane na pływalniach realizowane były również w zakresie parametrów fizykochemicznych. Badania te są ważne z uwagi na to, iż negatywne skutki wynikające z przekroczenia któregoś z parametrów fizykochemicznych, można zaobserwować dopiero po dłuższym czasie ekspozycji kąpielącego się na dany czynnik.

2.2. Legionella

Nowoczesne obiekty basenowe są często wyposażone w gorące wiry wodne, fale, fontanny, wulkany, dysze masujące, duże zjeżdżalnie ślizgowe, mgły wodne, jacuzzi czy kaskady. Miejsca te, z punktu widzenia specyfiki warunków sprzyjających tworzeniu się aerozoli wodno-powietrznych, mogą być miejscem narażenia na kontakt z bakteriami z rodzaju *Legionella*. Organizmy te, wywołując zakażenia drogą wziewną, mogą prowadzić do ciężkiego zapalenia płuc (choroba legionistów) lub do zachorowań o łagodniejszym przebiegu (objawy grypopochodne). Badania w kierunku *Legionella* wykonywane były zarówno przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak również przez zarządców pływalni. W przypadku ich przekroczeń zarówno organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jak i zarządcy pływalni podejmowali natychmiastowe działania mające na celu usunięcie zanieczyszczenia.

3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru nad wodą na pływalniach:

1. uzgadniają, przedkładane przez zarządzających pływalniami, harmonogramy badań jakości wody;
2. gromadzą i analizują dane jakości wody na pływalniach;
3. wykonują badania jakości wody;
4. wydają zbiorcze roczne oceny jakości wody na pływalniach na podstawie wyników badań i pomiarów realizowanych przez zarządzającego pływalnią oraz wyników badań wykonanych w ramach realizacji kontroli urzędowej.

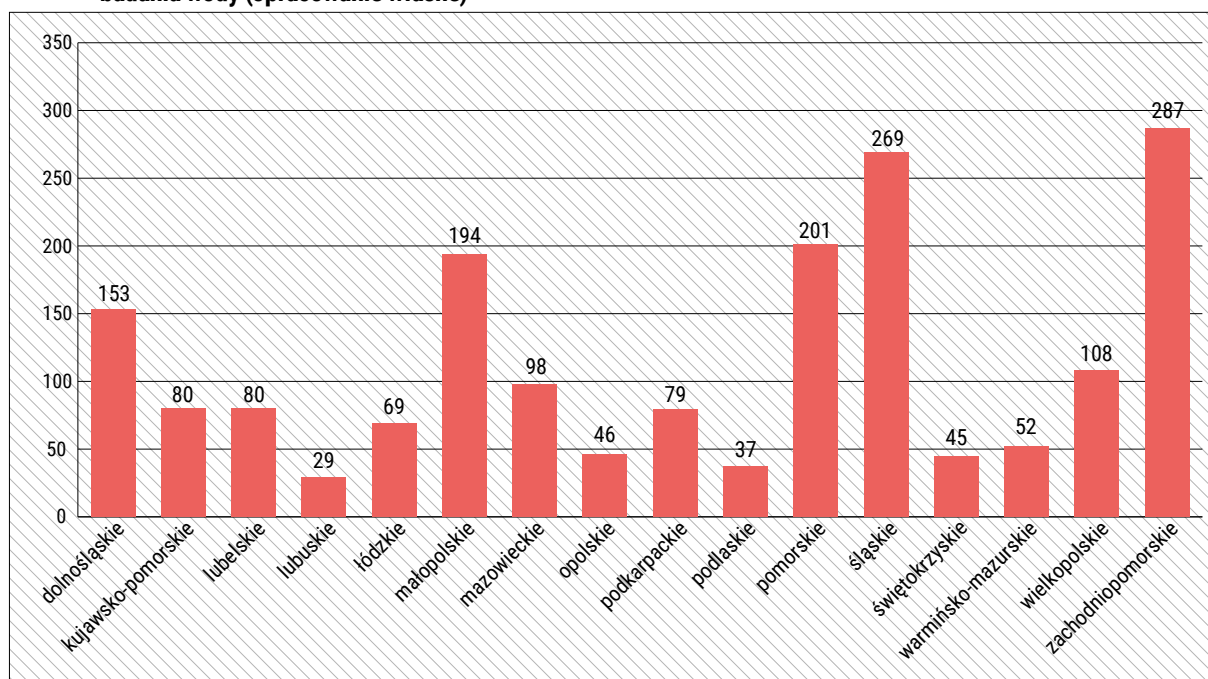
Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze względu na swoje zadania ustawowe, w tym m.in. zapobieganie występowaniu chorób zakaźnych oraz ochronę osób korzystających z pływalni, przed wydaniem zbiorczej

oceny rocznej wody na pływalni, również wykonywały badania wody z częstotliwością i zakresem ustalonym w harmonogramach pobierania próbek wody. Niemniej jednak, z powodu wprowadzonych w wyniku pandemii SARS-CoV-2 ograniczeń w funkcjonowaniu pływalni, harmonogramy i badania wody były dostosowywane do sytuacji w Polsce.

3.1. Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody

Na podstawie informacji raportowanych przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, w 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody dla 1 827 pływalni.

Wyk. 61 Liczba pływalni dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody (opracowanie własne)



Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały 70 926 ocen badań jakości wody na pływalniach. Wydano 66 217 oceny o przydatności wody do kąpiel, co stanowi 93,3% wszystkich wydanych ocen.

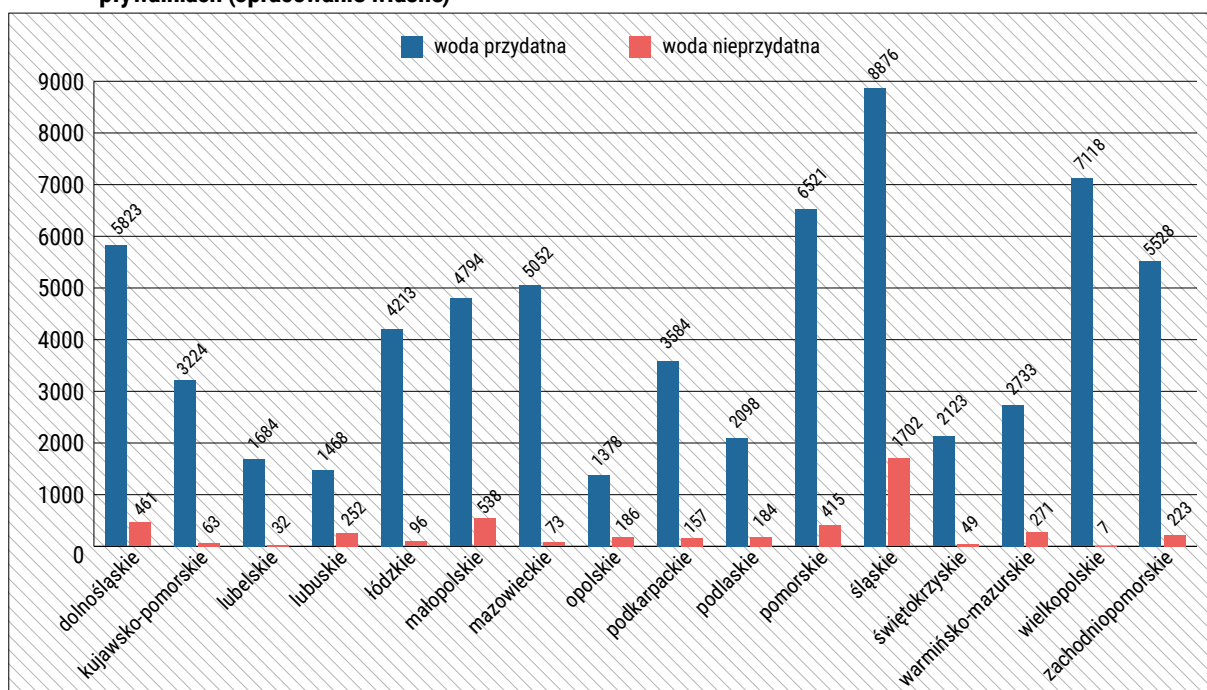
Każdorazowo w sytuacji stwierdzenia zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody, właściwi terenowo inspektorzy sanitarni nakazywali unieruchomienie obiektu i podjęcie skutecznych działań naprawczych w celu wyeliminowania z wody niebezpiecznych dla zdrowia mikroorganizmów i zabezpieczenie użytkowników pływalni przed narażeniem na zanieczyszczenie. Przyczyn tego rodzaju przekroczeń parametrów należy upatrywać w niespełnieniu wymagań higienicznych w zakresie prawidłowej eksploatacji pływalni oraz nieprzestrzeganiu obowiązujących rygorów sanitarnych i przeciwepidemicznych przez osoby kąpiące się lub personel. Biorąc pod uwagę powyższe, istotnym jest aby w każdym obiekcie, w widocznych miejscach, zarządzający obiektem umieszczał regulaminy ustanawiające prawa i obowiązki wszystkich osób przebywających na terenie obiektu. Szczególnie starannie powinien być przygotowany regulamin dotyczący zagadnień higie-

niczno-sanitarnych oraz regulamin dotyczący bezpieczeństwa osób korzystających z rekreacji wodnej m.in. również w celu kształtowania i propagowania wśród osób korzystających z pływalni prawidłowych nawyków higienicznych.

Tab. 28 Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2020 r. (opracowanie własne)

Województwo	Liczba badań	Ocena wody	
		przydatna	nieprzydatna
dolnośląskie	6 284	5 823	461
kujawsko-pomorskie	3 287	3 224	63
lubelskie	1 716	1 684	32
lubuskie	1 720	1 468	252
łódzkie	4 309	4 213	96
małopolskie	5 332	4 794	538
mazowieckie	5 125	5 052	73
opolskie	1 564	1 378	186
podkarpackie	3 741	3 584	157
podlaskie	2 282	2 098	184
pomorskie	6 936	6 521	415
śląskie	10 578	8 876	1 702
świętokrzyskie	2 172	2 123	49
warmińsko-mazurskie	3 004	2 733	271
wielkopolskie	7 125	7 118	7
zachodniopomorskie	5 751	5 528	223
POLSKA	70 926	66 217	4 709

Wyk. 62 Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2020 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach (opracowanie własne)



3.2. Roczna zbiorcza ocena wody na pływalniach

Zgodnie z przepisami krajowymi właściwy państwowy inspektor sanitarny dokonuje zbiorczej oceny rocznej, czy woda na pływalni odpowiada wymaganiom, poprzez analizę:

1. parametrów jakości wody na pływalni ocenionych na podstawie wymagań określonych w przepisach krajowych,
2. wyników badań wody na pływalni wykonanych przez zarządzającego pływalnią,
3. zakresu i częstotliwości wykonywania badań wody przez zarządzającego pływalnią oraz zastosowanych metodyk referencyjnych analiz,
4. wyników badań wody na pływalni wykonywanych przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego przed wydaniem oceny.

Z uwagi na epidemię wywołaną zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 i skutkujące ograniczenia w funkcjonowaniu pływalni jak również obciążenie organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej dodatkowymi obowiązkami wynikającymi z działań mających na celu przeciwdziałanie i zwalczanie epidemii, wprowadzono zmianę do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach⁶. W wyniku wprowadzonej nowelizacji, zmieniony został sposób i termin dokonywania zbiorczej rocznej oceny jakości wody na pływalniach, która za rok 2020 jest wydawana przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej do dnia 30 czerwca 2021 r.

⁶ (Dz.U. z 2021 r. poz. 349)



203

202

200

199

197

196

An aerial photograph of a beach with clear turquoise water. Several people are seen swimming in the ocean. The beach is sandy and white. A dark blue banner with white text is overlaid at the bottom of the image.

**KĄPIELISKA I MIEJSCA OKAZJONALNIE
WYKORZYSTYWANE DO KĄPIELI**

1. Wstęp

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem oraz nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad jakością wody w kąpieliskach i miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli regulują krajowe akty prawne¹ – implementujące dyrektywę 2006/7/WE dotyczącą zarządzania jakością wody w kąpieliskach².

Woda w kąpieliskach i miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli jest elementem środowiska i jej jakość jest bezpośrednio uzależniona od stanu tego środowiska.

Systematyczne monitorowanie, zarządzanie jakością oraz nadzór nad jakością wody w kąpieliskach, wprowadzone przepisami krajowymi w oparciu o przepisy dyrektywy 2006/7/WE, poprzez m.in. podejmowanie działań mających na celu rozpoznawanie zagrożeń, poprawę jakości wody, wprowadzanie ograniczeń w kąpeli, nadzór sprawowany przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, skutkuje minimalizacją ryzyka dla kąpiących się.

Zapewnienie wysokiego poziomu ochrony wody w kąpieliskach jest możliwe poprzez ocenę realnych zagrożeń, analizę wskaźników mikrobiologicznych i przede wszystkim poprzez zarządzanie jakością wody w kąpieliskach przez: organizatora, wójta, burmistrza lub prezydenta miasta oraz organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które pozwala na wykrycie zanieczyszczeń stanowiących niebezpieczeństwo dla osób kąpiących się.

Zgodnie z przepisami prawa krajowego, środki zarządzania polegają na:

- ◆ określeniu i regularnej aktualizacji profilu wody w kąpielisku,
- ◆ określeniu harmonogramu kontroli wody, kontroli i ocenie jakości wody w kąpielisku, klasyfikowaniu jakości wody,
- ◆ określeniu oraz ocenie przyczyn zanieczyszczenia, które mogłyby mieć wpływ na wodę w kąpielisku oraz niekorzystnie wpływać na zdrowie kąpiących się,
- ◆ informowaniu społeczeństwa, w tym aktywne rozpowszechnianie i niezwłoczne udostępnianie informacji o klasyfikacji wody w kąpielisku oraz zakazie kąpeli przez oznakowanie kąpieliska,
- ◆ podejmowaniu działań mających na celu zapobieganie narażeniu kąpiących się na kontakt z zanieczyszczeniami, podejmowaniu działań w celu obniżenia ryzyka zanieczyszczenia.

Trwająca pandemia wywołana zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 wpłynęła na organizację wypoczynku na kąpieliskach i miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w Polsce. Przed otwarciem sezonu ką-

¹ Przepisy obowiązujące w 2020 r.: Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. *Prawo wodne* (Dz.U. z 2021 r. poz. 624); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. *w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpeli* (Dz.U. poz. 255); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. *w sprawie ewidencji oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli* (Dz. U. poz. 2476); Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 listopada 2019 r. *w sprawie profilu wody w kąpielisku* (Dz. U. poz. 2206).

² Dyrektywa 2006/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lutego 2006 r. *dotycząca zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylająca dyrektywę 76/160/EWG* (Dz. Urz. UE L 64 z 04.03.2006, str. 37).

pielowego 2020 zostały wydane Zalecenia dla kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpie-
li w trakcie epidemii SARS-CoV-2 w Polsce. Zalecenia były kierowane do osób korzystających z kąpielisk
i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpiei oraz organizatorów tych miejsc. W sezonie kąpielowym
2020 r. odnotowane zostało duże zainteresowanie Polaków miejscami zorganizowanego wypoczynku nad
wodą. Prowadzony przez Inspekcję internetowy serwis kąpieliskowy odwiedziło ponad osiemset tysięcy
osób.

2. Stan sanitarny kąpielisk

Ocena jakości wody w kąpielisku odbywa się poprzez analizę parametrów świadczących o zanieczyszczeniu
mikrobiologicznym – *Escherichia coli* i enterokoki, które zostały zakwalifikowane jako stanowiące potencjal-
nie największe ryzyko zdrowotne dla osób kąpiących się. Prewencyjne działania podejmowane w odniesieniu
do wód w kąpieliskach oparte są na realnej ocenie wody i natychmiastowej reakcji. Środkami prewencyjnymi
są badania mikrobiologiczne wody oraz wizualne nadzorowanie wody w zakresie występowania zakwitów si-
nic, makroalg, fitoplanktonu morskiego oraz stałych zanieczyszczeń mogących wpływać na bezpieczeństwo
osób kąpiących się.

Tab. 29 Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014-2020 (opracowanie własne)

Rodzaj wody	Liczba kąpielisk						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Wody przybrzeżne i przejściowe	84	82	88	97	146	163	166
Wody śródlądowe	117	115	113	108	337	443	436
Razem	201	197	201	205	483	606	602

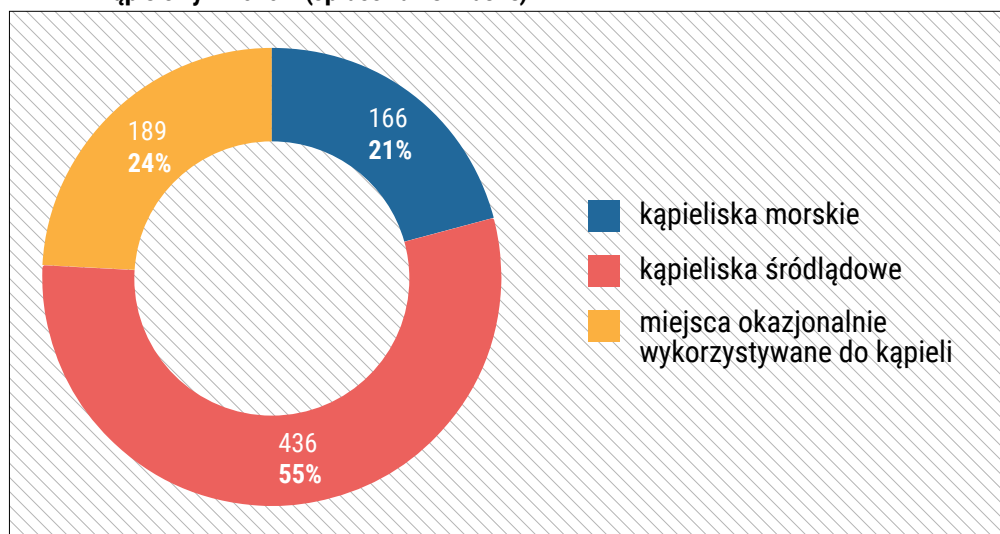
Bieżącym nadzorem sanitarnym w 2020 r. objęto 602 kąpielisk.

W 2020 r. najwięcej kąpielisk znajdowało się na obszarze województwa pomorskiego (130) i zachodniopo-
morskiego (119). Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwie podkarpackim (7).

Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem w sezonie kąpielowym 2020 r. liczyła 166 obiektów (stanowi to
odpowiednio około 28% ogółem i 100% skontrolowanych kąpielisk w grupie). Znaczenie tych kąpielisk jest
duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim.

Największa liczba kąpielisk śródlądowych znajdowała się w 2020 r. w województwach wielkopolskim (86)
i pomorskim (51).

Wyk. 63 Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych oraz miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w sezonie kąpielowym 2020 r. (opracowanie własne)



Tab. 30 Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj (opracowanie własne)

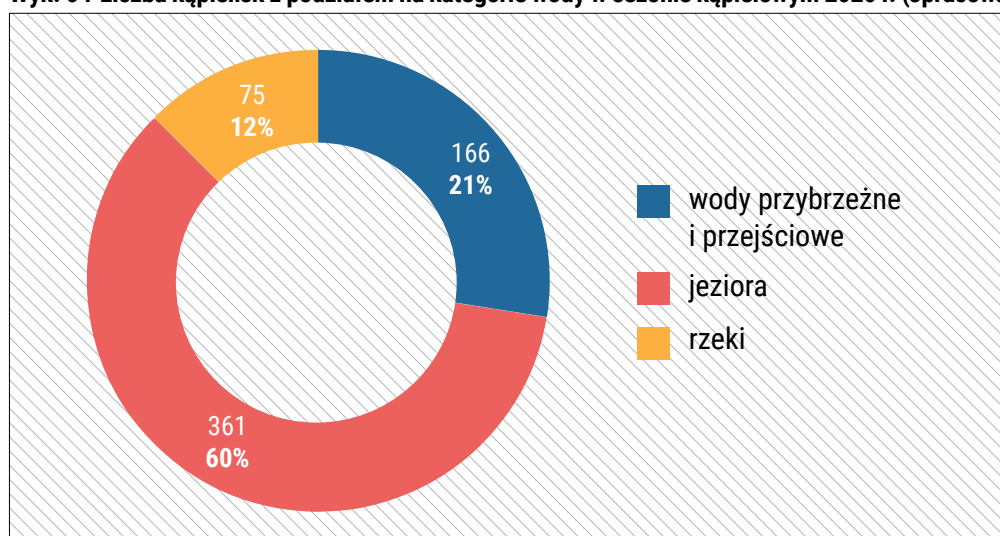
Województwo	Kąpieliska		
	ogółem	śródlądowe	morskie
dolnośląskie	18	18	
kujawsko-pomorskie	35	35	
lubelskie	29	29	
lubuskie	29	29	
łódzkie	17	17	
małopolskie	10	10	
mazowieckie	29	29	
opolskie	12	12	
podkarpackie	7	7	
podlaskie	13	13	
pomorskie	130	51	79
śląskie	18	18	
świętokrzyskie	11	11	
warmińsko-mazurskie	39	39	
wielkopolskie	86	86	
zachodniopomorskie	119	32	87
POLSKA	602	436	166

W 2020 r. spośród 602 czynnych kąpielisk, większość była zorganizowana na jeziorach.

W 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały w sumie 2 984 ocen, w tym:

- ◆ 2 794 ocen o przydatności wody do kąpeli dla 602 kąpielisk;
- ◆ 190 ocen o tymczasowym zakazie kąpeli dla 95 kąpielisk – głównie ze względu na wystąpienie nadmiernego zakwitów sinic lub przekroczenia parametrów mikrobiologicznych.

Wyk. 64 Liczba kąpielisk z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2020 r. (opracowanie własne)



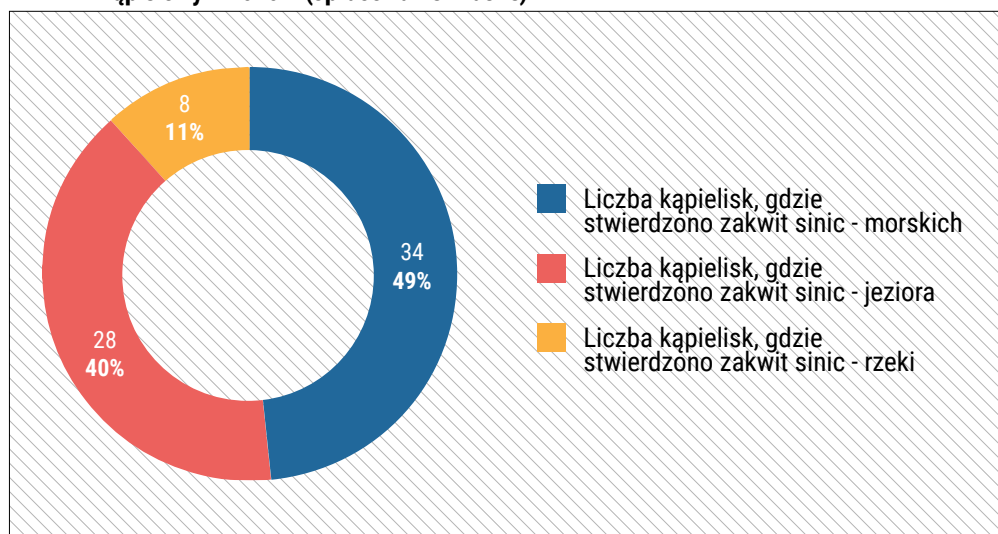
Tab. 31 Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2020 r. (opracowanie własne)

	Liczba ocen bieżących	Liczba kąpielisk, dla których była wydana ocena bieżąca
Wszystkich	2 984	602
Woda przydatna do kąpieli	2 794	602
Tymczasowy zakaz kąpieli - <u>wszystkie</u>	190	95
Tymczasowy zakaz kąpieli - inne:	152	70
w tym <u>zakwit sinic</u>	145	69
Tymczasowy zakaz kąpieli - <u>parametry mikrobiologiczne</u>	37	28
Tymczasowy zakaz kąpieli <u>mikrobiologia i inne wymagania</u>	1	1

Sezon kąpielowy w 2020 r. był również charakterystyczny pod względem ilości wydanych ocen bieżących o tymczasowym zakazie kąpieli ze względu na nadmierny zakwit sinic, co było szczególnie odczuwalne dla turystów wypoczywających nad Morzem Bałtyckim. Do tej sytuacji przyczyniło się wyjątkowo ciepłe lato – wysoka temperatura sprzyja nadmiernemu namnażaniu się sinic, podobnie jak bezwietrzna aura i brak intensywnego mieszania się wody. Czynnikiem sprzyjającym zakwitowi sinic w Morzu Bałtyckim jest obecność znacznych ilości azotu i fosforu.

W każdym przypadku okresowych zanieczyszczeń mikrobiologicznych, nadmiernego zakwitów sinic lub innych przekroczeń, organizator kąpieliska oraz organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały natychmiastowe środki zarządzania w odniesieniu do wód w kąpieliskach. Polegały one na określeniu i ocenie przyczyn zanieczyszczenia, skutecznym informowaniu osób kąpiących się (w tym zamieszczaniu stosownych infor-

Wyk. 65 Liczba kąpielisk gdzie stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2020 r. (opracowanie własne)



macji na serwisie kąpieliskowym), podejmowaniu czynności mających na celu zapobieganie narażeniu osób kąpiących się na działanie zanieczyszczeń oraz obniżeniu ryzyka zanieczyszczenia. Stwierdzone okresowe braki spełnienia wymagań jakości wody nie obrazują stanu z całego sezonu, a wskazują na sytuacje zaistnienia incydentalnych zanieczyszczeń mikrobiologicznych lub zakwitów sinic.

Główny Inspektor Sanitarny, zgodnie z ustawą *Prawo wodne*³, sporządził w terminie do dnia 31 grudnia, sprawozdanie o jakości wody w kąpieliskach w Polsce wraz z informacją o podjętych środkach zarządzenia oraz przypadkach i przyczynach zawieszenia stosowania harmonogramu pobierania próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej, które przekazał Komisji Europejskiej. Na podstawie danych krajowych Europejska Agencja Środowiska publikuje coroczny raport o jakości wody w kąpieliskach w Unii Europejskiej⁴.

3. Stan sanitarny miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli

Zgodnie z ustawą *Prawo wodne*⁵ poza kąpieliskami, mogą być również tworzone miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli, które mogą funkcjonować przez okres nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym. Utworzenie miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli odbywa się za zgodą rady gminy w drodze uchwały (po złożeniu odpowiedniego wniosku przez organizatora ww. miejsca). Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli mają zabezpieczyć wyjątkowe sytuacje, w których występuje konieczność zorganizowania formy rekreacji związanej z kąpielą. Sytuacje te to przypadki, w których nie dało się wcześniej przewidzieć konieczności utworzenia miejsca do kąpeli zgodnie z wymaganiami i procedurą przewidzianą dla kąpielisk. Mogą one być związane z koniecznością np. zorganizowania zawodów, obozu czy też wydarzeń kulturalnych połączonych z wypoczynkiem (kąpielą). Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzą również nadzór nad

³ Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. Prawo wodne (Dz.U. z 2021 r. poz. 624, z późn. zm.)

⁴ https://www.eea.europa.eu/publications#c7=en&c11=5&c14=&c12=&b_start=0

⁵ Dz.U. z 2021 r. poz. 624 z późn. zm.



miejscami okazjonalnie wykorzystywanymi do kąpiel. Ich liczba w 2020 r. wyniosła 189, jest to o 144 mniej niż w 2019 r. W sezonie letnim 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 386 bieżących ocen jakości wody, w tym 14 ocen o okresowej nieprzydatności wody do kąpiel. 181 miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpiel spełniało wymagania jakości wody, zaś w przypadku 8 miejsc wystąpiły przypadki czasowego braku spełnienia wymagań – w większości przypadków z powodu nadmiernego zakwitów sinic.

Tab. 32 Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpiel wg ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (opracowanie własne)

Województwo	Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpiel
dolnośląskie	5
kujawsko-pomorskie	17
lubelskie	3
lubuskie	18
łódzkie	6
małopolskie	6
mazowieckie	18
opolskie	4
podkarpackie	10
podlaskie	5
pomorskie	21
śląskie	8
świętokrzyskie	17
warmińsko-mazurskie	28
wielkopolskie	16
zachodniopomorskie	7
POLSKA	189

W sezonie kąpielowym w 2020 r. na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego zamieszczony był wykaz wszystkich miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpiel nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

4. Terminy otwarcia kąpielisk

Zgodnie z ustawą *Prawo wodne*⁶ sezon kąpielowy obejmuje okres między 1 czerwca a 30 września. W sezonie kąpielowym w 2020 r., średni czas otwarcia kąpieliska wynosił 67 dni, najdłuższy 121 dni, a najkrótszy 13 dni.

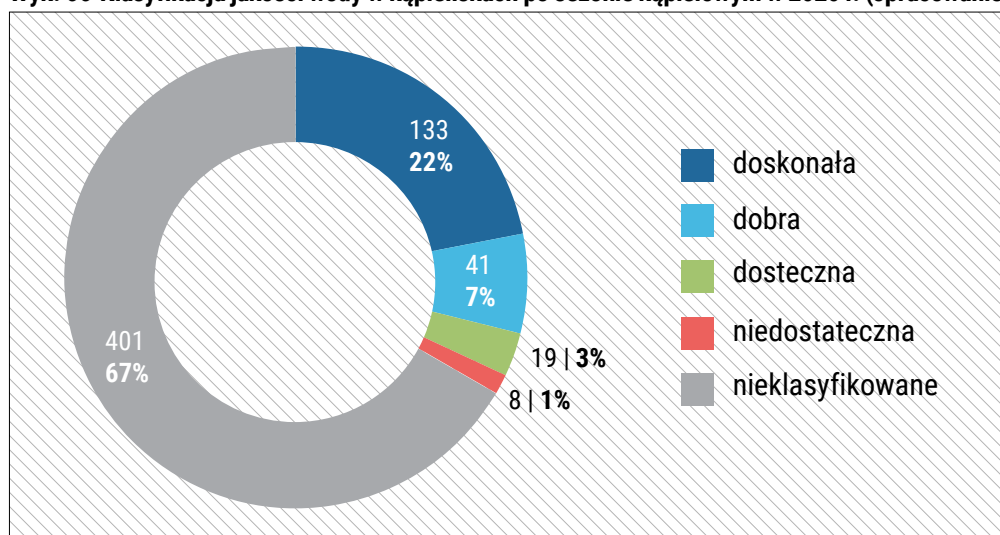
Indywidualnie dla każdego kąpieliska decyzję o jego otwarciu i zamknięciu w ramach czasowych określonych prawem praktycznie podejmuje organizator kąpieliska. Sezon kąpielowy jest określany i zatwierdzany przez radę gminy w uchwale, dodatkowo informacje te można znaleźć w internetowym serwisie kąpieliskowym prowadzonym przez Główny Inspektorat Sanitarny (<https://sk.gis.gov.pl>).

⁶ Dz.U. z 2021 r. poz. 624 z późn. zm.

5. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

Po zakończeniu sezonu kąpielowego w 2020 r., organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły klasyfikację jakości wody dla kąpielisk, które posiadały pełen zestaw danych tj. minimum 16 próbek wody lub 12 próbek wody dla kąpielisk których sezon kąpielowy trwa krócej niż 8 tygodni – przebadanych na przestrzeni 4 lub mniej sezonów kąpielowych. Kąpieliska, które mogą być poddane klasyfikacji to takie, które spełniają ww. warunków. Kąpieliska sklasyfikowane otrzymują status: doskonałe, dobre, dostateczne lub niedostateczne. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach przeprowadzana jest na podstawie wyników badań parametrów mikrobiologicznych tj. *Escherichia coli* i enterokoki. Klasyfikacja kąpieliska jest dokonywana zgodnie z przepisami rozporządzenia⁷ i mogła zostać wykonana w 2020 r. dla 201 kąpielisk – z uwagi na dostępność pełnych zestawów danych o jakości wody, niezbędnych do przyporządkowania kąpielisk do poszczególnych klas jakości wody. 401 kąpielisk nie zostało sklasyfikowanych przede wszystkim z uwagi na to, iż są to obiekty nowo zidentyfikowane jako kąpieliska i nie posiadają jeszcze pełnego zestawu danych.

Wyk. 66 Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2020 r. (opracowanie własne)



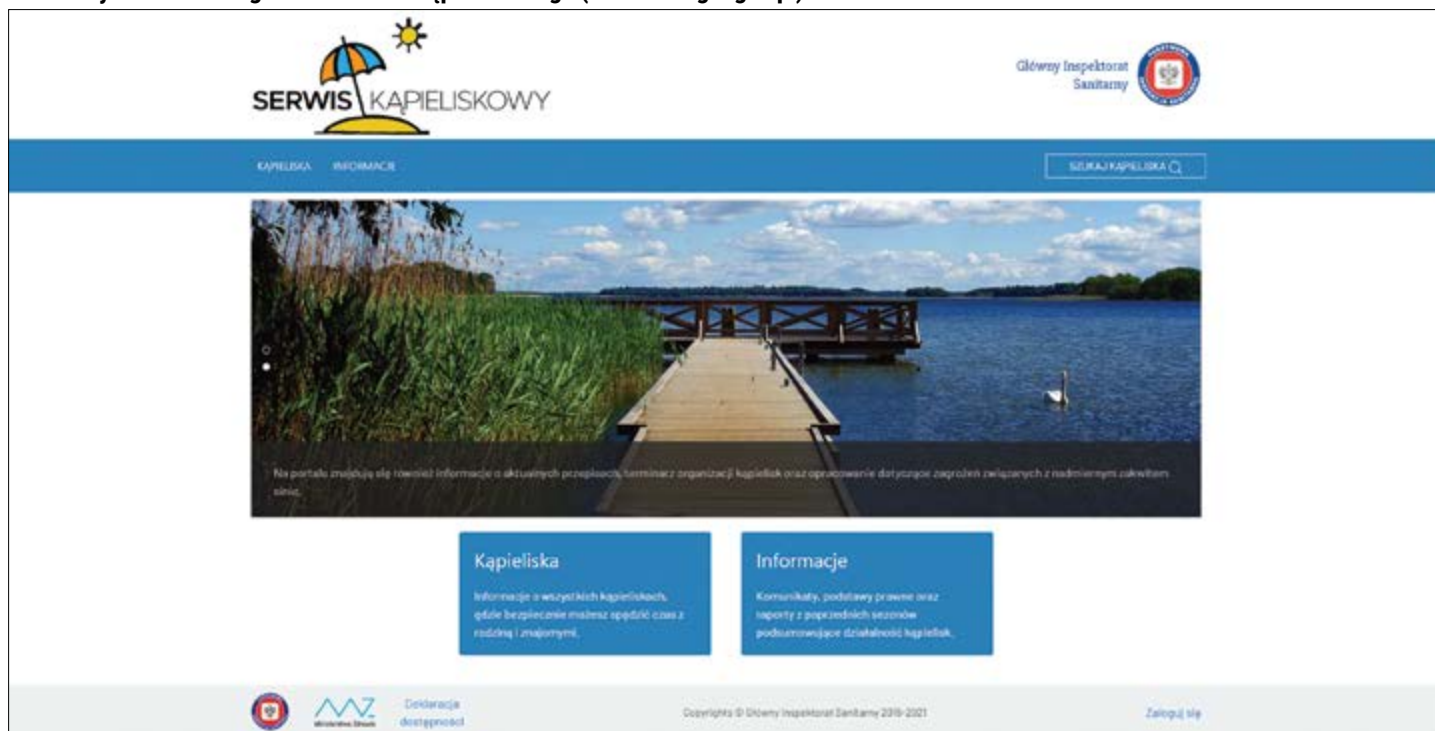
⁷ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpieli (Dz.U. poz. 255)

6. Serwis kąpieliskowy

Serwis kąpieliskowy zgodnie z art. 347 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2017 r. Prawo wodne⁸ to serwis internetowy, w którym prezentowane są dane o kąpieliskach⁹ w Polsce, wraz z informacjami o jakości wody w kąpieliskach. Celem *Serwisu kąpieliskowego* jest natychmiastowe prezentowanie aktualnych informacji o jakości wody w kąpieliskach podczas trwania sezonu kąpielowego, tak aby minimalizować ryzyko zdrowotne osób kąpiących się.

W *Serwisie kąpieliskowym*, w trakcie trwania sezonu kąpielowego, publikowane były m.in. na mapie Polski wszystkie wyznaczone kąpieliska, wraz z danymi o jakości wody w kąpieliskach, podstawowymi informacjami o ich lokalizacji i dostępnej infrastrukturze oraz danymi kontaktowymi do organizatorów kąpielisk. *Serwis kąpieliskowy*, przy dużym zainteresowaniu odbiorców, umożliwiał szybkie przekazywanie bieżących informacji o jakości wody w kąpieliskach. Publikowane na *Serwisie kąpieliskowym* oceny kąpielisk, komunikaty i Zalecenia dla kąpiących się stanowiły jeden z elementów krajowego systemu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa korzystającego z kąpielisk.

Rys. 2 Strona główna Serwisu kąpieliskowego (źródło: sk.gis.gov.pl)



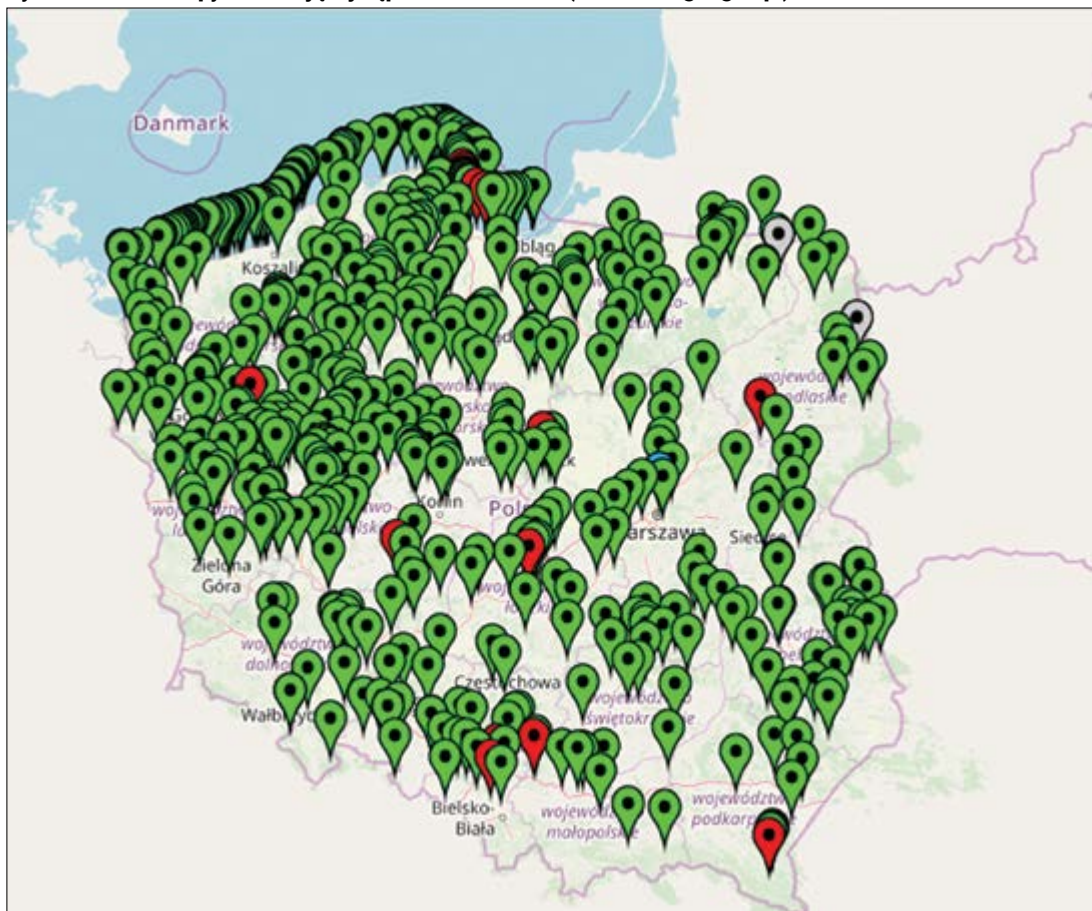
Serwis kąpieliskowy w sezonie kąpielowym 2020 był na bieżąco aktualizowany w terminie od 1 czerwca do 30 września, zgodnie z ustawowym okresem trwania sezonu kąpielowego. Administratorami *Serwisu kąpieliskowego* są Główny Inspektorat Sanitarny, wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz organizatorzy kąpielisk. Dla każdego kąpieliska, na podstawie sprawozdania z badania jakości wody, właściwy państwowy powiatowy lub państwowy graniczny inspek-

⁸ Dz. U. z 2021 r., poz. 624 z późn. zm.

⁹ Zgodnie z definicją ustawy Prawo wodne i wyznaczone uchwałami rad gmin

tor sanitarny dokonywał bieżącej oceny jakości, w celu określenia jej przydatności do kąpiel. Informacje o bieżącej ocenie jakości wody były niezwłocznie zamieszczane na stronie *Serwis kąpieliskowego*.

Rys. 3 Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce (źródło: sk.gis.gov.pl)



Serwis kąpieliskowy zawierał informacje dotyczące kąpielisk, a w szczególności:

- ◆ wykaz kąpielisk i bieżącą ocenę jakości wody w kąpielisku,
- ◆ informacje o zakazie kąpieli wraz ze wskazaniem przyczyn zakazu oraz informacje o innych zaleceniach dotyczących jakości wody,
- ◆ ogólny opis wody w kąpielisku, sporządzony w oparciu o profil wody w kąpielisku, przedstawiony w języku nietechnicznym,
- ◆ informacje o:
 - ✦ możliwości występowania krótkotrwałych zanieczyszczeń,
 - ✦ liczbie dni, w których kąpiel była zakazana w czasie poprzedniego sezonu kąpielowego, z uwagi na takie zanieczyszczenie,
 - ✦ ostrzeżeniu o każdym takim występującym lub przewidywanym zanieczyszczeniu,
 - ✦ dane o rodzaju oraz spodziewanym czasie trwania sytuacji wyjątkowej, której występowania nie przewiduje się przeciętnie częściej niż raz na cztery lata.

Rys. 4 Widok wykazu kąpielisk (źródło: sk.gis.gov.pl)

Sopot - Łazienki Południowe I						
Akwen	Adres	Sezon kąpielowy	Godziny otwarcia	Jakość wody	Klasyfikacja	
Zatoka Gdańska	Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	15/08/2021 - 15/08/2021	09:30 - 17:30	Woda przydatna do kąpielii Wynik badania z dnia 11/08/2021	 2020 - Jakość doskonała	
Sopot - Łazienki Południowe II						
Akwen	Adres	Sezon kąpielowy	Godziny otwarcia	Jakość wody	Klasyfikacja	
Morze Bałtyckie	Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	26/06/2021 - 31/08/2021	01:00 - 01:00	Brak aktualnych badań	2021 - Nieklasyfikowane	
Sopot-32A-33						
Akwen	Adres	Sezon kąpielowy	Godziny otwarcia	Jakość wody	Klasyfikacja	
Morze Bałtyckie	Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	26/06/2021 - 31/08/2021	Brak danych	Woda przydatna do kąpielii Wynik badania z dnia 23/08/2020	2020 - Nieklasyfikowane	
Sopot-Hotel Haffner-Esentra						
Akwen	Adres	Sezon kąpielowy	Godziny otwarcia	Jakość wody	Klasyfikacja	
Morze Bałtyckie	Sopot powiat Sopot, woj. pomorskie	26/06/2021 - 31/08/2021	Brak danych	Woda przydatna do kąpielii Wynik badania z dnia 21/08/2020	2020 - Nieklasyfikowane	

Rys. 5 Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)

Kąpielisko morskie Kołobrzeg Wschód "Pomnik Zaślubin"

Adres: Kołobrzeg, Kołobrzeg woj. zachodniopomorskie, pow. Kołobrzegski

Akwen: Morze Bałtyckie

Określenie linii brzowej: 100m

Sezon kąpielowy: 01/09/2020 - 31/08/2020

Godziny otwarcia: 10:00 - 18:00

Ocena wody: Woda przydatna do kąpielii
Sezonowy: 08/08/2020
Następne badanie: 15/08/2020

Profil: [Pobierz profil wody w kąpielisku](#)

Klasyfikacja: Jakość dobra

Infrastruktura:

- Wymierzona straża w wodzie
- Strefa na plaży dla rekreacji i sportu
- Wskaz na linie
- Toalety
- Najazdy
- Przebiegniki
- Ratownik
- Plac zabaw dla dzieci
- Zakaz wprowadzania psów i zwierząt domowych
- Dr. wjeżdża regulamin kąpieliska
- Tablacznice informacyjne

Warunki:

Data ostatniego pomiaru: 10/08/2020

Temperatura powietrza: 22°C

Temperatura wody: 17°C

Prędkość wiatru: 1m/s

Flaga: Żółta

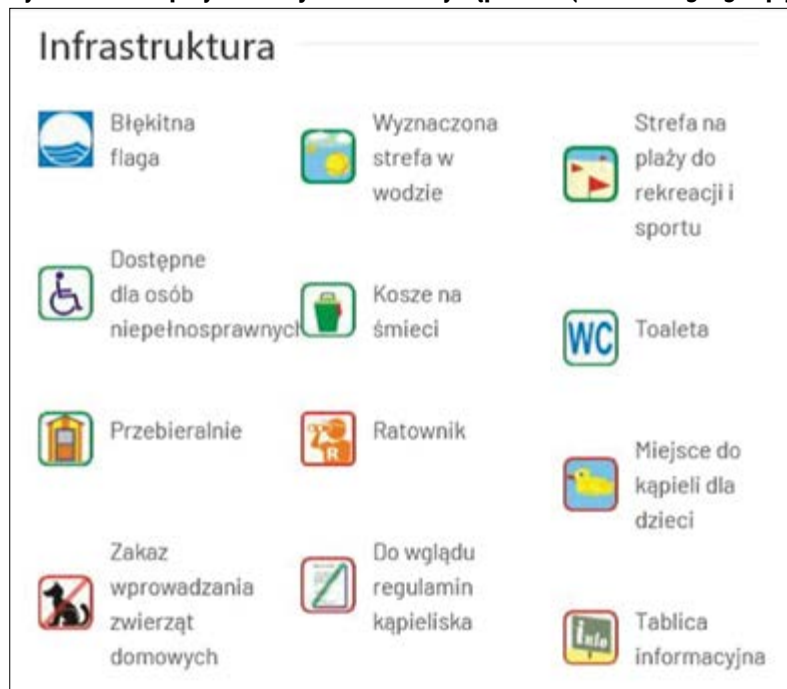
* Dane wprowadzone przez organizatora.

Organizator: Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji w Kołobrzegu
ul. K. Głuskińskiego 30-32, 76-100 Kołobrzeg
Kołobrzeg; operator: Międzyzdroje Złotnicki sekretariat@gminia-kołobrzeg.pl 94 2051400

Stacja nadzorująca: PSC w Kołobrzegu
ul. Wyrwickiego 9, 76-100 Kołobrzeg
poczta: kołobrzeg@pik.gov.pl 094 362-55-64

Serwis kąpieliskowy zawiera również informacje z zakresu infrastruktury na obszarze kąpieliska.

Rys. 6 Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)



W 2020 r. *Serwis kąpieliskowy* jak co roku cieszył się rosnącą popularnością (liczba aktywnych użytkowników w bieżącym sezonie przekroczyła osiemset tysięcy odwiedzających). Najwięcej użytkowników w czasie trwania sezonu kąpielowego przypadało na dzień 28 czerwca 2020 r. (33 540) oraz 9 sierpnia 2020 r. (32 645).

Dużym zainteresowaniem cieszyły się również materiały informacyjne pt. *Przyczyny występowania i zagrożenia wynikające z obecności potencjalnie toksycznych cyjanobakterii (sinic) w wodzie* oraz *Zalecenia dla kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w trakcie epidemii SARS-CoV-2 w Polsce*.

W trakcie trwania sezonu kąpielowego na stronach internetowych wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych publikowane były również komunikaty o jakości wody w kąpieliskach i miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli.



7. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk

W związku z obowiązującym stanem epidemii w Polsce Główny Inspektorat Sanitarny opracował *Zalecenia dla kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w trakcie epidemii SARS-CoV-2 w Polsce*. Na tablicach informacyjnych kąpielisk zamieszczane były również zalecenia i ograniczenia dotyczące korzystania z tych miejsc w reżimie sanitarnym w sezonie kąpielowym w 2020 r.

Mając na uwadze zagrożenia wynikające z obecności w wodzie Morza Bałtyckiego bakterii *Vibrio vulnificus*, Główny Inspektor Sanitarny zlecił opracowanie wytycznych dotyczących grup osób narażenia na występowanie ww. bakterii w wodzie. Materiał pt. *Wibriozy* związane kompendium wiedzy dla społeczeństwa i pracowników ochrony zdrowia, został opracowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny i zamieszczony na stronie *Serwisu kąpieliskowego* oraz przekazany organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej celem dalszej dystrybucji opracowania podmiotom wykonującym działalność leczniczą w celu zwrócenia uwagi na możliwość występowania wibriozy, przede wszystkim u osób z grupy ryzyka.

W ramach podejmowanych działań Główny Inspektorat Sanitarny po sporządzeniu raportu o jakości wody w kąpieliskach za rok 2020 (analogicznie jak w roku poprzednim), przekazał Państwowemu Gospodarstwu Wodnemu Wody Polskie oraz Głównemu Inspektorowi Ochrony Środowiska zestawienie kąpielisk, w których odnotowano pogorszenie klasyfikacji jakości wody z prośbą o podjęcie działań na rzecz poprawy stanu ochrony wód przed zanieczyszczeniami.

W ramach działań edukacyjnych Główny Inspektor Sanitarny dokonał analizy funkcjonujących w sezonie kąpielowym miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli, w kontekście przepisów krajowych, pod kątem ich ewentualnego przekwalifikowania na kąpieliska. Wystosował w związku z tym pismo do organizatorów miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli o rozważenie złożenia do właściwej miejscowo gminy wniosku o umieszczenie w wykazie kąpielisk zarządzanego obiektu w sezonie kąpielowym 2021 r.



ZAPOBIEGAWCZY NADZÓR SANITARNY

1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny

Państwowa Inspekcja Sanitarna w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego wykonuje zadania z zakresu zdrowia publicznego na etapie planowania i realizacji przedsięwzięć strategicznych na szczeblu krajowym i regionalnym (wojewódzkim, powiatowym i gminnym) oraz indywidualnych, wpisując się w ochronę zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobieganie powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Działania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego są szczególnie ważne ze względu na fakt, iż dotyczą zamierzeń wywołujących długofalowe skutki, często o dużym zasięgu terytorialnym oraz szerokim spektrum oddziaływania na środowisko i warunki życia człowieka w miejscu zamieszkania, pracy, wypoczynku i innych aktywności, przez co mają istotny wpływ nie tylko na obecny, ale również na przyszły stan sanitarny kraju.

1.1. Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Zapobiegawczy nadzór sanitarny jest znaczącym obszarem działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej na rzecz zdrowia publicznego, mającym charakter zaradczy, sprawowanym w celu:

- ◆ wyeliminowania albo zminimalizowania w jak największym stopniu zagrożeń dla bezpieczeństwa sanitarnego i zdrowia ludzi;
- ◆ ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych;
- ◆ kształtowania polityki prozdrowotnej w aspekcie zapobiegania negatywnym wpływom czynników fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi.

1.2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

Cele zapobiegawczego nadzoru sanitarnego realizowane są poprzez działania, w trakcie których dokonywana jest weryfikacja ocenianych zagadnień pod kątem spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych. Do ww. działań należą w szczególności:

- ◆ opracowywanie i współdziałanie przy tworzeniu polityk, strategii, planów, programów, prawa miejscowego, aktów administracyjnych i normatywnych, a także zajmowanie stanowisk dotyczących różnych dziedzin gospodarki, zagadnień społecznych, zdrowotnych i środowiskowych na poziomie gminy, powiatu, województwa, regionu i kraju,
- ◆ uczestniczenie w poszczególnych etapach procesu inwestycyjnego, w tym na etapie zagospodarowania przestrzennego gminy, województwa, zagospodarowania i warunków zabudowy terenu, planowania, projektowania, zmiany sposobu użytkowania, realizacji i dopuszczenia do użytkowania obiektów budowlanych, statków morskich, żeglugi śródlądowej i powietrznych,

- ◆ uczestniczenie w postępowaniach dotyczących oddziaływania na środowisko, porządku i czystości w gminach, rewitalizacji, remediacji, naprawy szkód w środowisku, stref przemysłowych, wykorzystania terenów po składowiskach odpadów.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego dokonuje oceny projektowanych zamierzeń planistycznych, inwestycyjnych i systemowo-organizacyjnych odnoszących się do obszarów gmin, powiatów, województw i kraju, rozwiązań techniczno-budowlanych obiektów, infrastruktury oraz rozwiązań technologicznych różnych procesów w aspekcie spełnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych.

Działania w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego ukierunkowane są na zapewnienie, już na etapie planowania zagospodarowania przestrzennego oraz projektowania i realizacji inwestycji, właściwego stanu sanitarnego w obiektach, w taki sposób, aby przyjęte rozwiązania w trakcie eksploatacji nie powodowały zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi.

Analiza projektowanych rozwiązań w szczególności przeprowadzana jest w aspekcie oceny ryzyka narażenia ludzi na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, uciążliwe lub szkodliwe dla zdrowia człowieka w miejscu pobytu.



Analizą objęte są miejsca przebywania ludzi, w tym miejsca zamieszkania, pracy, nauki, wychowania, sportu, rekreacji, wypoczynku, obsługi pasażerskiej, świadczenia usług dla ludności, działalności leczniczej i opieki nad osobami niepełnosprawnymi, chorymi oraz starszymi.

Działania podejmowane w ramach sprawowanego zapobiegawczego nadzoru sanitarnego uwzględniały konieczność zapewnienia ludziom zdrowych warunków życia w miejscu ich zamieszkania i pobytu, i były skierowane w szczególności na:

- ◆ oddzielenie obszarów przeznaczonych na zabudowę mieszkaniową od obszarów przemysłowych, tras komunikacyjnych, itp. w celu ograniczenia niekorzystnego oddziaływania na mieszkańców,
- ◆ zapewnienie właściwej gospodarki wodno-ściekowej,
- ◆ eliminację lub ograniczenie emisji zanieczyszczeń do środowiska w celu zapewnienia wymaganej jakości jego komponentów, w tym powietrza, wody i gleby na terenach zamieszkania i pobytu ludzi, ujęć wody, kąpielisk, terenów rekreacyjnych, między innymi poprzez zastosowanie odpowiednich technologii przemysłowych, rozwiązań technicznych i urządzeń redukujących lub pochłaniających substancje szkodliwe dla zdrowia ludzi,
- ◆ zagwarantowanie odpowiednich pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych warunków pobytu ludzi w budynkach, w odniesieniu do funkcji pomieszczeń, m.in. w zakresie właściwego oświetlenia, wysokości, kubatury, jakości środowiska wewnętrznego (prawidłowej wymiany i czystości powietrza, temperatury, wilgotności),
- ◆ zapewnienie pracownikom odpowiednich higienicznych i zdrowotnych warunków pracy, biorąc pod uwagę m.in. dopuszczalne wartości stężeń i natężeń chemicznych i fizycznych czynników szkodliwych dla zdrowia ludzi oraz szkodliwe czynniki biologiczne.

W 2020 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały stanowiska dotyczące:

- ◆ projektów, programów i strategii oraz innych dokumentów odnoszących się do terenów gmin, województw i całego kraju, działając w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko,
- ◆ planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko,
- ◆ planowanych przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko na etapie oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko,
- ◆ dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,
- ◆ obiektów budowlanych przed dopuszczeniem ich do użytkowania przez właściwy organ,
- ◆ zgód, opinii i uzgodnień wynikających z odrębnych przepisów prawa, w tym rewitalizacji, remediacji, naprawy szkód w środowisku, stref przemysłowych, wykorzystania terenów po składowiskach odpadów.

Dokonywane oceny, pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych, dotyczyły przedsięwzięć inwestycyjnych takich jak: obiekty handlowe, przemysłowe, usługowe, turystyczne, hotelarskie, wychowania i nauczania, działalność lecznicza, miejsca obsługi pasażerów transportu zbiorowego i innych.

Strategiczne oceny oddziaływania na środowisko

W ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonywały:

- ◆ uzgodnień dotyczących zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko projektów dokumentów strategicznych, w tym:
 - ✦ projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy,
 - ✦ innych planów i dokumentów, np. koncepcji, planów, programów i strategii opracowywanych dla gmin, województw i kraju,
- ◆ uzgodnień w zakresie odstąpienia od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dla wyżej wymienionych dokumentów,
- ◆ oceny ww. projektów dokumentów wraz z prognozami oddziaływania na środowisko.

Ocena oddziaływania przedsięwzięcia mogącego znacząco oddziaływać na środowisko

W postępowaniu dotyczącym oceny oddziaływania przedsięwzięć kwalifikowanych do mogących znacząco oddziaływać na środowisko, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyły wydając opinie:

- ◆ w sprawie obowiązku przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko przedsięwzięcia,
- ◆ w sprawie zakresu raportu o oddziaływaniu na środowisko przedsięwzięcia,
- ◆ przed wydaniem decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach,
- ◆ inne, w ramach przeprowadzanych ponownych ocen oddziaływania przedsięwzięć na środowisko.

Odpowiednio do stopnia szczegółowości dokumentów strategicznych bądź przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko dokonywana była kompleksowa ocena ryzyka wpływu zamierzeń (zadań) projektowanego dokumentu strategicznego lub danego przedsięwzięcia na poszczególne komponenty środowiska. Analiza obejmowała oddziaływanie na powietrze, gruntowo-wodne (w tym jakość wód podziemnych zasilających ujęcia służące do zbiorowego lub indywidualnego zaopatrzenia ludności w wodę, kąpieliska) oraz na inne pochodne elementy, w szczególności w kontekście emisji zanieczyszczeń do środowiska (ścieków, odpadów, emisji do powietrza), energii (PEM, hałasu, interferencji, promieniowania jonizującego, radioaktywności itp.). Ponadto, brano pod uwagę ingerencję planowanych zamierzeń/strategii/programów/przedsięwzięć/cia w środowisko w zakresie przyjętych rozwiązań niwelujących, ograniczających lub rekom-



pensujących negatywne oddziaływanie i przewidywane uciążliwości w szeroko rozumianym środowisku, pod kątem bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi.

Uzgadnianie dokumentacji projektowej i inne stanowiska organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na etapie projektowania, przebudowy i realizacji inwestycji, w tym obiektów budowlanych

W procesie inwestycyjnym, na etapie projektowania obiektów budowlanych, w tym uzyskiwania decyzji o pozwoleniu na budowę, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych, uzgadniali dokumentację projektową inwestycji.

Rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych uzgadniają dokumentacje projektowe obiektów budowlanych w imieniu państwowego inspektora sanitarnego pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych.

Rzeczoznawcy działają na podstawie uprawnienia nadanego przez Głównego Inspektora Sanitarnego w następujących zakresach:

- ◆ budownictwa przemysłowego,
- ◆ budownictwa ogólnego bez obiektów ochrony zdrowia lub z obiektami ochrony zdrowia,
- ◆ budownictwa przemysłowego i ogólnego bez obiektów ochrony zdrowia,
- ◆ bez ograniczeń.

Główny Inspektor Sanitarny w 2020 r. nadał ww. uprawnienia rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych 7 osobom (w 2019 r. - 7 osobom, w 2018 r.- 11 osobom, w 2017 r. - 7 osobom, a w 2016 r. - 8 osobom).

W roku sprawozdawczym na terenie całego kraju zarejestrowanych było 395 rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych, w tym aktywnie działających 283 rzeczoznawców (w 2019 r. 389 zarejestrowanych, w tym aktywnie działających 292).

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały również stanowiska w formie zgód, uzgodnień i opinii, dotyczące w szczególności:

- ◆ uzgodnienia ekspertyz technicznych w zakresie przyjętych rozwiązań zamiennych w związku z niespełnieniem wymagań w przepisach dotyczących warunków technicznych obiektów budowlanych,
- ◆ innych odstępstw od przepisów prawa m.in. w zakresie warunków technicznych, bezpieczeństwa i higieny pracy w pomieszczeniach, usytuowania urządzeń w budynkach i na terenie działki budowlanej.

Stanowiska w zakresie odstępstw od przepisów dotyczyły m.in. obniżenia wysokości pomieszczeń, zagłębienia poniżej poziomu terenu oraz oświetlenia wyłącznie światłem sztucznym pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi. Odnosiły się również do zastosowania recyrkulacji powietrza w budynkach działalności

lecniczej, usytuowania wyrzutni powietrza instalacji wentylacyjnych i klimatyzacyjnych, a także odległości lokalizowania zbiorników na nieczystości ciekłe, miejsc na kontenery na odpady stałe od okien i drzwi budynków z pomieszczeniami na pobyt ludzi, od granicy z sąsiednią działką, czy od magazynów spożywczych.

Inne stanowiska dotyczące warunków środowiska zewnętrznego, w tym zajmowane w zakresie rewitalizacji, remediacji, naprawy szkód w środowisku.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały również:

- ◆ opinie do decyzji regionalnego dyrektora ochrony środowiska w sprawie projektu planu remediacji historycznego zanieczyszczenia powierzchni ziemi w odniesieniu do oceny występowania znaczącego zagrożenia dla zdrowia ludzi na danym terenie lub do zanieczyszczenia w ujęciach wody przeznaczonej do spożycia,
- ◆ opinie dotyczące warunków przeprowadzenia działań naprawczych w odniesieniu do szkody w środowisku zawartych w projekcie decyzji organu ochrony środowiska, w zakresie oceny występowania znaczącego zagrożenia dla zdrowia ludzi na danym terenie lub szkody w środowisku w ujęciach wody przeznaczonej do spożycia oraz wody w kąpieliskach,
- ◆ opinie w związku z uchwałą Rady Gminy, dotyczące projektów gminnych programów rewitalizacji, stanowiącej proces wyprowadzania ze stanu kryzysowego obszarów zdegradowanych, prowadzony w sposób kompleksowy, poprzez zintegrowane działania na rzecz lokalnej społeczności, przestrzeni i gospodarki, skoncentrowane terytorialnie, prowadzone przez interesariuszy rewitalizacji.

2. Zapobiegawczy nadzór sanitarny - dane liczbowe

W 2020 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowa Inspekcja Sanitarna zajęła ogółem ok. 103 tys. stanowisk, w tym 886 tys. negatywnych, co stanowi 0,9%.

W ramach powyższych działań dokonano: ok. 30 tys. uzgodnień dokumentacji projektowej inwestycji pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych, w tym przez:

- ◆ organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej – ok. 5,4 tys. uzgodnień dokumentacji projektowej,
- ◆ rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych – ok. 25 tys. uzgodnień dokumentacji projektowej.

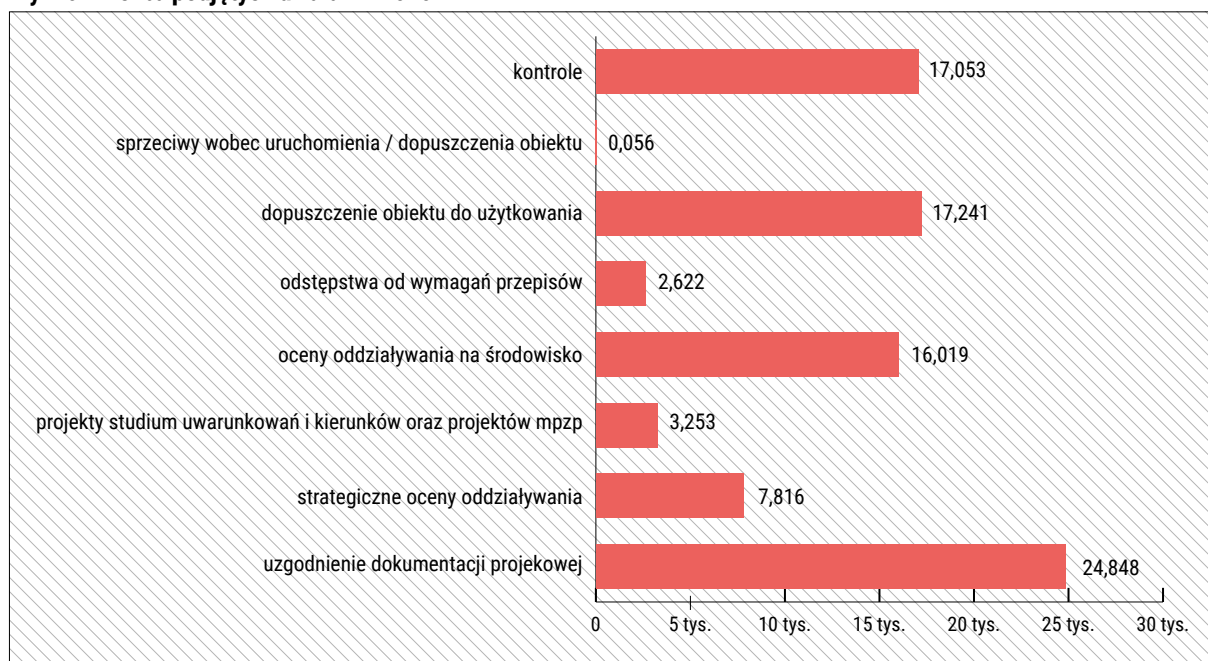
Ponadto, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej odpowiednio dokonały, zajęły lub wydały:

- ◆ ok. 7,8 tys. uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów,

- ◆ ok. 3 tys. opinii dotyczących projektów studium uwarunkowań i kierunków oraz projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko,
- ◆ ok. 16 tys. opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko,
- ◆ ok. 2,6 tys. stanowisk dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych, w tym zakresie warunków technicznych,
- ◆ ok. 17 tys. stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego,
- ◆ 56 sprzeciwów wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowywanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania.

W związku ze sprawowaniem zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały ok. 17 tys. kontroli oraz wizji lokalnych obiektów i terenów.

Wyk. 67 Liczba podjętych działań w 2020 r.



3. Podsumowanie

Stanowiska organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zajmowane są na wniosek zainteresowanych podmiotów lub w związku z wystąpieniami organów prowadzących postępowanie administracyjne. Liczba stanowisk zależy w dużej mierze od liczby przedsięwzięć planowanych i realizowanych w kraju w danym roku.

Ocena projektowanych rozwiązań skupia się w szczególności na ocenie ryzyka narażenia ludności na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, uciążliwe lub szkodliwe dla zdrowia człowieka w miejscu jego zamieszkania i przebywania oraz minimalizacji tego ryzyka.



STAN SANITARNY OBIEKTÓW UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

1. Informacje ogólne

W dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczące utrzymania należytego stanu higienicznego nieruchomości, zakładów pracy, instytucji, obiektów i urzędzeń użyteczności publicznej oraz zbiorowego transportu publicznego, a także ochrona zdrowia ludzi przed szkodliwym działaniem sztucznego promieniowania ultrafioletowego (U\Z) w solariach.

W 2020 r. skontrolowano ogółem 35 531 obiektów użyteczności publicznej, co stanowiło 22% spośród 171 410 ujętych w ewidencji. Ocenie zostały poddane:

- ◆ salony fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej – skontrolowano 16 231 spośród 72 175 ujętych w ewidencji, co stanowi 22,5%,
- ◆ obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie – skontrolowano 4 983 spośród 27 784 ujętych w ewidencji, co stanowi 18%,
- ◆ ustępy, skontrolowano 928 ustępów publicznych (szalety publiczne) i 478 ustępów ogólnodostępnych w obiektach użyteczności publicznej spośród 3 894 ujętych w ewidencji, co stanowi 36,1%,
- ◆ domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych oraz inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – skontrolowano 691 spośród 3 385 ujętych w ewidencji, co stanowi 20%,
- ◆ dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze i morskie, przystanie żeglugi morskiej i śródlądowej, stacje metra, przystanie jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych – skontrolowano 302 spośród 1 394 ujętych w ewidencji, co stanowi 21,5%,
- ◆ przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne – skontrolowano 33 spośród 90 ujętych w ewidencji, co stanowi 36,6%,
- ◆ tereny rekreacyjne – skontrolowano 2 347, spośród 11 686, co stanowi 20%,
- ◆ cmentarze i domy pogrzebowe – skontrolowano 1 258, spośród 11 474, co stanowi 11%,
- ◆ inne obiekty i urządzenia użyteczności publicznej np. apteki, kina, hale sportowe, targowiska, zakłady pralnicze – skontrolowano 9 090 spośród 36 950, co stanowi 25%.

2. Stan sanitarny wybranych obiektów

2.1. Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi

Wymagania dla zakładów, w których świadczone są usługi fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i odnowy biologicznej regulują między innymi przepisy:

- ◆ ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹,
- ◆ rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy²,
- ◆ rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie³.

Pomimo braku obowiązku prawnego dotyczącego uzyskania opinii sanitarnej odnośnie rozpoczęcia ww. działalności, zaleca się wystąpienie z wnioskiem o wydanie opinii na podstawie art. 3 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁴ do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego ze względu na lokalizację usług. Niezależnie od powyższego, stanowisko organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej może być wymagane przepisami ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawa budowlanego⁵ w przypadku konieczności uzyskania pozwolenia na użytkowanie obiektu budowlanego (art. 56) celem świadczenia tego rodzaju usług.

Jedną z ważniejszych regulacji przy świadczeniu tego rodzaju usług jest art. 16 ww. ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, który stanowi, że osoby inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych podejmujące czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, są zobowiązane do wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi. Procedury powinny regulować sposób postępowania przy wykonywaniu czynności, w trakcie których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, zasady stosowania sprzętu poddawanego sterylizacji, sposoby przeprowadzania dezynfekcji skóry i błon śluzowych oraz dekontaminacji pomieszczeń i urządzeń. Na wniosek zainteresowanych państwowy powiatowy inspektor sanitarny opiniuje ww. procedury. Aby wyeliminować błędy mogące pojawić się w przyjętych procedurach zalecane jest, aby zostały one zaopiniowane przed rozpoczęciem działalności.

W 2020 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujęto:

- ◆ 33 277 zakłady fryzjerskie,
- ◆ 22 848 zakłady kosmetyczne,
- ◆ 1 168 zakładów tatuażu,
- ◆ 5 658 zakłady odnowy biologicznej,
- ◆ 9 224 innych zakładów, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z ww. usług.

W porównaniu z poprzednim rokiem 2019, liczba podmiotów oferujących ww. usługi zwiększyła się o 11 753. Skontrolowano 16 231 podmioty, co stanowiło 22,5% spośród 72 175 zarejestrowanych.

1 Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.

2 Dz. U. z 2003 r. Nr 169 poz. 1650, z późn. zm.

3 Dz. U. z 2019 r. poz. 1065

4 Dz. U. z 2021 r. poz. 195

5 Dz. U. z 2020 r. poz. 1333, z późn. zm.



Tab. 33

Wyszczególnienie		Liczba urządzeń i obiektów				
		według ewidencji na 31 XII	ogółem	skontrolowanych		
				ze stwierdzonym złym stanem		
				higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Zakłady fryzjerskie	1	33 277	7 502	20	82	19
Zakłady kosmetyczne	2	22 848	5 441	14	48	12
Zakłady tatuażu	3	1 168	288	1	1	2
Zakłady odnowy biologicznej	4	5 658	1 134	11	9	4
Inne zakłady, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z usług fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej, tatuażu	5	9 224	1 866	5	27	3
Ogółem	6	72 175	16 231	51	167	40

Kontrole solariów są prowadzone w zw. z przepisami ustawy z dnia 15 września 2017 r. *o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium*⁶ i obejmowały m.in. zagadnienia takie jak:

- ◆ obowiązek całkowitego zakazu promocji i reklamy usług w zakresie udostępniania solarium,
- ◆ zakaz udostępniania solariów osobom nieletnim,
- ◆ obowiązek prawidłowego oznakowania dot. zakazu korzystania z solarium przez osoby niepełnoletnie oraz negatywnych skutków korzystania z solarium, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. *w sprawie umieszczania informacji o zakazie udostępniania solarium osobom, które nie ukończyły 18 roku życia*⁷ oraz treści informacji o ryzyku związanym z korzystaniem z solarium.

Ogólną statystykę kontroli w latach 2018-2020 (dane do porównania) przedstawia poniższa tabela.

Zakres kontroli w 2020 r. rozszerzono o obszar świadczenia usług w warunkach stanu epidemii wywołanego zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Większość planowanych kontroli nie została przeprowadzona z powodu lawinowego narastania liczby przypadków zakażeń SARS-CoV-2 i wprowadzania obostrzeń zakazujących całkowite lub okresowe prowadzenie działalności fryzjerskiej, kosmetycznej, tatuażu, odnowy biologicznej. Wielu przedsiębiorców zdecydowało się na długotrwałe zawieszenie działalności z uwagi na bezpieczeństwo pracowników i klientów. W podmiotach prowadzących usługi przeprowadzono w głównej mierze kontrole dotyczące sprawdzania realizacji obowiązków zapobiegania rozprzestrzeniania się COVID-19, zawartych w rozporządzeniu Rady Ministrów *w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii*.

6 Dz. U. z 2017 r. poz. 2111

7 Dz. U. z 2018 r. poz. 275

Tab. 34

Dane za rok	Liczba kontroli (w tym sprawdzających)	Liczba obiektów skontrolowanych	Liczba zaleceń w formie pouczenia na podstawie art.8 ust. 1 pkt 1-4 ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium – Dz.U. z 2017 r. poz. 2111	Liczba kar na podstawie art. 8 ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium – Dz.U. z 2017 r. poz. 2111	Ogólna kwota mandatów
2018	3 171	3 085	62	10	12 700zł
2019	2 846	2 799	26	12	18 000zł
2020	990	985	4	2	2 000zł

Kontrole miały na celu również prowadzenie działań edukacyjnych, w trakcie których informowano o konieczności stosowania się do opracowanych przez Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii i Głównego Inspektora Sanitarnego wytycznych dla branż w stanie epidemii SARS-CoV-2 w Polsce. Podczas kontroli instruowano przedsiębiorców lub osoby zarządzające pod nieobecność właściciela w obiekcie o zasadach bezpiecznej pracy w reżimie sanitarnym, tj. m.in.:

- ◆ prowadzenia rejestru klientów oraz umawianiu wizyt online na wyznaczone godziny, tak aby ograniczyć czas spędzany przez klientów w lokalu do minimum wymaganego do zrealizowania usługi,
- ◆ umieszczania w strefie wejścia/wyjścia pojemników z płynem do dezynfekcji rąk dla klientów,
- ◆ stosowania obowiązku zakrywania ust i nosa podczas pracy przez pracowników oraz jednorazowych rękawiczek,
- ◆ wyposażania w niezbędną ilość środków do dezynfekcji,
- ◆ zachowania odległości lub odgródzenia od siebie za pomocą przegrody np. typu pleksi stanowisk pracy, tak aby ograniczyć bezpośredni kontakt klientów,
- ◆ rozmieszczenia na terenie zakładów plakatów informacyjnych dla klientów o obowiązku zakrywania ust i nosa, instrukcji prawidłowego mycia i dezynfekcji rąk,
- ◆ przestrzegania obowiązku zapewnienia, aby w miejscu, w którym prowadzona jest działalność przebywała wyłącznie obsługa oraz obsługiwani klienci, a w przypadku gdy klient wymagał opieki, również jego opiekun,
- ◆ systematycznego wietrzenia i zwiększenia częstotliwości mycia i dezynfekcji wszystkich powierzchni użytkowych i sprzętu oraz o niekorzystania przez klientów i pracowników z telefonów komórkowych podczas przebywania na stanowiskach pracy,
- ◆ prawidłowego przechowywania odzieży wierzchniej klientów i pracowników.

2.2. Obiekty hotelarskie – hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, kempingi, pola biwakowe i inne obiekty, w których świadczone są usługi hotelarskie

W 2020 r. skontrolowano 4 983 obiektów hotelarskich spośród zewidencjonowanych 27 784 obiektów tego typu. W 57 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan sanitarny pod względem higieniczno-sanitarnych i technicznym, w 50 przypadkach – niezadowalający stan sanitarny pod względem higieniczno-sanitarnych oraz w 90 – niezadowalający stan sanitarny pod względem technicznym.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach nadzoru nad obiektami hotelarskimi kontroluje:

- ◆ jakość wody przeznaczonej do spożycia,
- ◆ zaopatrzenie w bieżącą wodę ciepłą i zimną,
- ◆ gospodarkę ściekami i odpadami,
- ◆ postępowanie z brudną i czystą bielizną oraz pościelą,
- ◆ procedury utrzymania czystości, środki czystości i dezynfekcyjne,
- ◆ warunki eksploatacji instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji,
- ◆ dokumentację zdrowotną pracowników,
- ◆ stan sanitarno-higieniczny, techniczny oraz infrastrukturę terenów przeznaczonych pod kempingi, pola namiotowe i wokół budynków.



2.3. Domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych, inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej

W 2020 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 3 385 ww. obiektów, z czego skontrolowano 691 obiektów.

Zakres kontroli obejmował m.in. czystość bieżącą, stan sanitarno-techniczny, postępowanie z odpadami medycznymi w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, postępowanie z bielizną, przestrzeganie zakazu palenia tytoniu.

Stwierdzono następujące uchybienia:

- ◆ 15 przypadków niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem higieniczno-sanitarnych i technicznym,
- ◆ 16 przypadków niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem higieniczno-sanitarnych,
- ◆ 11 przypadków niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem technicznym.

Wśród kontrolowanych obiektów pomocy społecznej znalazły się obiekty o różnych profilach działalności:

- ◆ domy pomocy społecznej stanowiące placówki zapewniające całodobową opiekę z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności,
- ◆ inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej stanowiące placówki w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, takie jak: ośrodki dla cudzoziemców, domy dziennego pobytu, ośrodki wsparcia, w tym ośrodki wsparcia tworzone na podstawie przepisów o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, środowiskowe domy samopomocy, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży itp.,
- ◆ placówki zapewniające całodobową opiekę, tj. placówki, które zapewniają opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, prowadzone w ramach działalności gospodarczej,
- ◆ noclegownie i domy dla bezdomnych wraz z pomieszczeniami pomocniczymi niezbędnymi do prawidłowego funkcjonowania i udzielania pomocy.

2.3. Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, stacje metra i środki transportu

Skontrolowano 302 dworce i stacje (autobusowe, kolejowe, metra) na 1 394 znajdujących się w ewidencji, w 5 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym, natomiast w 7 przypadkach wyłącznie pod względem technicznym.

W 2020 r. skontrolowano 1777 środków transportu:

- ◆ 1 391 autobusów komunikacji publicznej,
- ◆ 124 autobusów turystycznych,
- ◆ 25 tramwajów i trolejbusów, metro, szybką kolej miejską,
- ◆ 497 statków i promów,
- ◆ 25 samolotów pasażerskich,
- ◆ 112 samochodów do przewozu chorych,
- ◆ 923 samochody do przewozu zwłok i szczątków ludzkich,
- ◆ 74 samochody do przewozu bielizny,
- ◆ 146 innych środków transportu.

W 8 przypadkach skontrolowanych środków transportu stwierdzono niezadowalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym, a w 2 przypadkach –pod względem tylko higieniczno-sanitarnym.



2.4. Tereny rekreacyjne

Tereny rekreacyjne stanowią place zabaw dla dzieci, piaskownice, ogródki jordanowskie, parki, ogrody botaniczne i zoologiczne. Na 11 686 obiektów znajdujących się w ewidencji, skontrolowano 2 347. W 1 przypadku stwierdzono niezadowalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 2 – niezadowalający stan higienicz-

no-sanitarny oraz w 16 przypadkach – niezadawalający stan techniczny. Kontrole terenów ogólnodostępnych na obszarach miejskich i wiejskich wykazały, że są one oświetlone, odpowiednio oznakowane i sprzątane na bieżąco, wyposażone w dostateczną ilość koszy na odpady.

Jednym z istotnych elementów kontroli są place zabaw i piaskownice. Stan sanitarno – techniczny urządzeń do zabaw jest dobry, place w większości są ogrodzone i oznakowane. Piaskownice są zabezpieczone przed dostępem zwierząt. Zwracano uwagę na częstotliwość wymiany piasku w piaskownicach.

2.5. Cmentarze i domy pogrzebowe

Spśród 11474 obiektów zewidencjonowanych, skontrolowano 1258. W 5 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 6 – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i w 19 przypadkach – niezadawalający stan techniczny.

Ocenie poddawano bieżący stan sanitarny cmentarza oraz warunki przeprowadzania ekshumacji.

Skontrolowano domy pogrzebowe, w tym m.in. pomieszczenia do ubierania i przechowywania zwłok, chłodnie, pomieszczenia socjalne, higieniczno-sanitarne, sposób postępowania ze zwłokami.

W związku z epidemią szczególnej ocenie poddawano procedury postępowania ze zwłokami osób zmarłych na COVID-19 oraz środki ochrony indywidualnej osób mających kontakt ze zwłokami, przestrzeganie wytycznych i przepisów w zakresie przestrzegania reżimu sanitarnego.

2.6. Zakłady karne i areszty śledcze

W 2020 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 185 zakładów karnych i aresztów śledczych, z czego w 42 – przeprowadzono kontrolę. Wyniki kontroli wykazały 1 przypadek niezadawalającego stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego oraz 2 przypadki niezadawalającego stanu technicznego.

2.7. Inne obiekty użyteczności publicznej

Przedmiotowa grupa obiektów obejmuje inne niż wyżej wymienione obiekty użyteczności publicznej, w tym obiekty i urządzenia użyteczności publicznej, m.in. apteki, kina, hale sportowe, targowiska, zakłady pralnicze. W przypadku tego typu obiektów zachowanie właściwego stanu sanitarnego jest niezbędne z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób z nich korzystających, a także przebywających w ich sąsiedztwie.

Spśród 36 950 zewidencjonowanych obiektów, skontrolowano 9 090. W 37 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 9 – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny oraz w 72 przypadkach niezadawalający stan techniczny.

3. Podsumowanie

W związku z trwającą na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej epidemią zmniejszeniu uległa w porównaniu do lat ubiegłych liczba kontroli planowych.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonywały dodatkowe zadania związane z przeciwdziałaniem rozprzestrzenianiu się zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

W związku z nowymi obostrzeniami dla obiektów użyteczności publicznej, w tym handlowych, hotelowych, domów pomocy społecznej dokonywano kontroli, samodzielnie lub przy współudziale policji, w zakresie przestrzegania przepisów wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii dot. m.in. obowiązku zasłaniania ust i nosa, dostępności środków do dezynfekcji rąk.

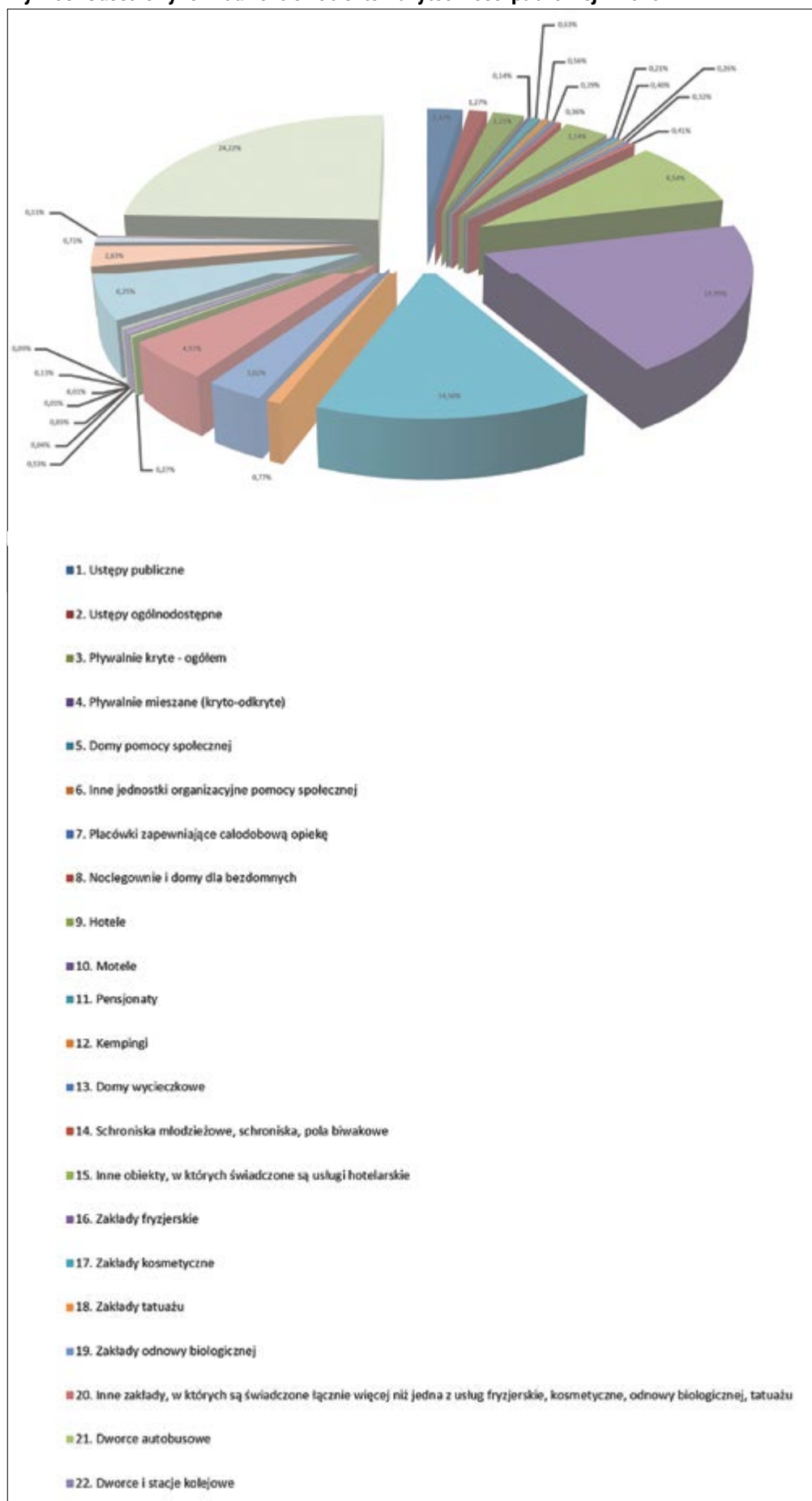
Współpracowano z organami samorządowymi w zakresie podejmowania działań mających na celu zachowanie reżimu sanitarnego, a w szczególności miejsc w przestrzeni publicznej, przystanków komunikacyjnych, parków, centrów handlowych, ciągów komunikacyjnych, placów, budynków użyteczności publicznej itp.

Ponadto, w związku ze zmianą przepisów prawa organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęły nadzorem sanitarnym obiekty MSWiA.

Tab. 35 Porównanie liczby dokonanych kontroli w kolejnych latach

liczba obiektów użyteczności publicznej	Rok 2016	Rok 2017	Rok 2018	Rok 2019	Rok 2020
wg ewidencji stan na 31 XII	139 904	142 939	153 186	144 172	171 410
skontrolowanych	80 644 57%	79 067 55%	79 651 52%	70 422 49%	37 531 21,9%
z nieodpowiednim stanem sanitarno-higienicznym i technicznym	390 0,3%	377 0,5%	381 0,5%	485 0,7%	179 0,5%
z nieodpowiednim stanem wyłącznie pod względem technicznym	634 0,5%	600 0,8%	687 0,9%	769 1,1%	276 0,7%

Wyk. 68 Odsetkowy rozkład kontroli obiektów użyteczności publicznej w 2020 r.



peron 2
platform 2



sektor B
sector B



A photograph of a male mechanic in a blue uniform and yellow gloves working on the underside of a car. He is focused on a specific part of the chassis, possibly a suspension component. The background is dark and industrial, with some light reflecting off the car's metal parts. A semi-transparent blue banner is overlaid at the bottom of the image, containing white text.

**NADZÓR NAD WARUNKAMI
SANITARNO-HIGIENICZNYMI
ŚRODOWISKA PRACY I CHEMIKALIAM**

1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Główne kierunki działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie prowadzonego nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących na stanowiskach pracy określone były w *Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2020 r.* Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował w 2020 r., mimo zintensyfikowanych działań Inspekcji Sanitarnej mających na celu zapobieganie zakażeniom oraz rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 na terytorium kraju, kontrolę dotyczące przestrzegania przepisów m.in. z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich u zatrudnionych pracowników, występowania substancji chemicznych i ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy, a także oceny ryzyka zawodowego.

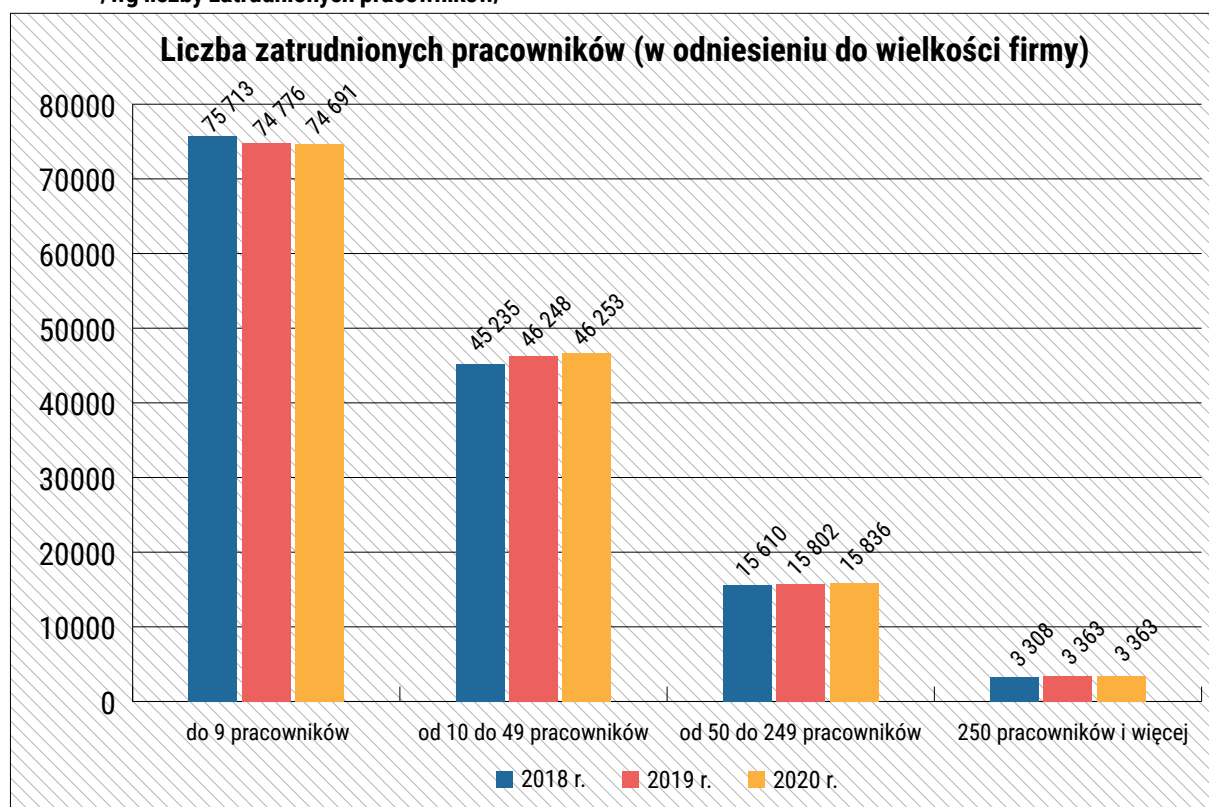
Pion Higieny Pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2020 r. obejmował ewidencją **140 543** zakładów pracy (**139 743** w roku 2019), zatrudniających ogółem: **5 014 305** pracowników (w 2019 r. – **5 011 542**), z czego największą liczbę zatrudnionych stanowili pracownicy wg następującej klasyfikacji działalności:

- ◆ PKD 86 Opieka zdrowotna i pomoc społeczna – **497 255** zatrudnionych (w 2019 r. **491 360**);
- ◆ PKD 10 Przetwórstwo przemysłowe – **365 657** zatrudnionych (w 2019 r. – **366 153**);
- ◆ PKD 25 Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – **270 223** zatrudnionych (w 2019 r. – **271 403**);
- ◆ PKD 85 Edukacja – **224 319** zatrudnionych (w 2019 r. – **242 835**);
- ◆ PKD 46 Handel hurtowy, z wyłączeniem handlu pojazdami samochodowymi – **208 285** zatrudnionych (w 2019 r. – **207 900**);
- ◆ PKD 47 Handel hurtowy i detaliczny, naprawa pojazdów samochodowych, włączając motocykle – **202 147** zatrudnionych (w 2019 r. – **199 755**);
- ◆ PKD 22 Produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych – **202 027** zatrudnionych (w 2019 r. – 201 576).

W 2020 r. pracownicy pionu Higieny Pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili **22 584** kontrole w **19 260** zakładach, zatrudniających łącznie **1 081 579** pracowników. Nadzorem objętych zostało **7,3%** z ewidencjonowanych podmiotów.

Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono łącznie w **1 788** zakładach pracy. Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i najwyższych dopuszczalnych natężeń (NDN) odnotowane w **2020 r.**, tak jak w roku ubiegłym, dotyczyły głównie branż o następującym profilu produkcji:

Wyk. 69 Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2018, 2019 i 2020 /wg liczby zatrudnionych pracowników/



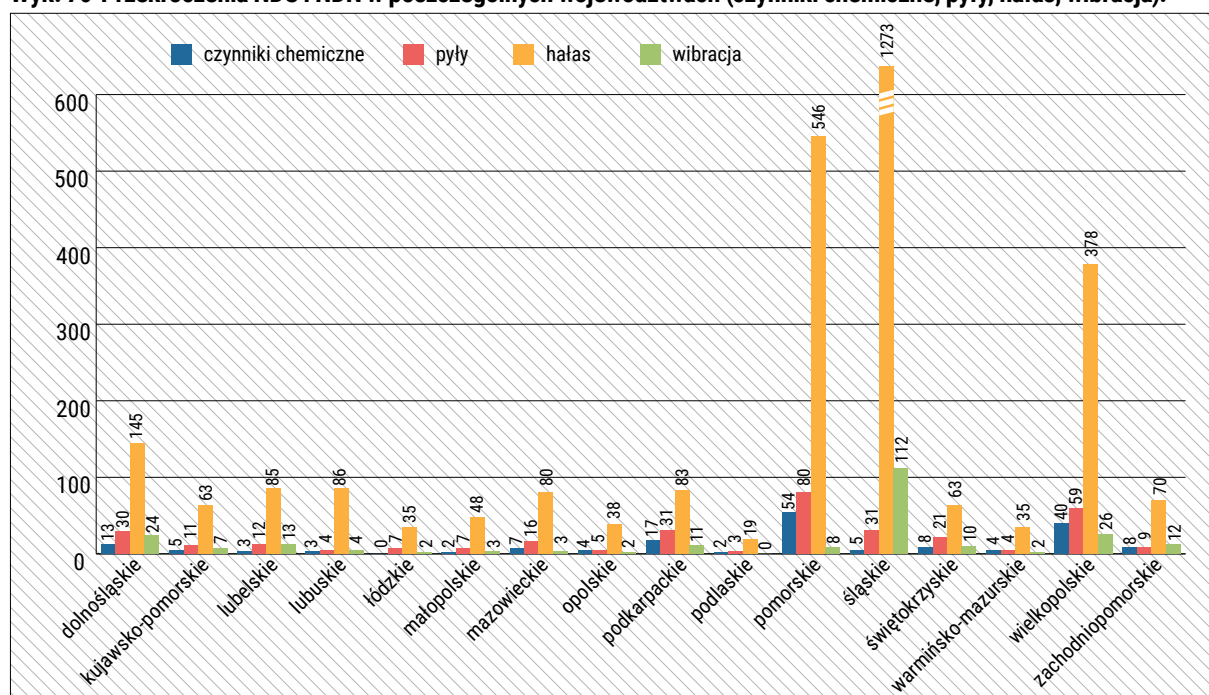
- ◆ PKD 16 – produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli; produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – w **278** zakładach (w 702 zakładach w 2019 r.);
- ◆ PKD 25 – produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – w **257** zakładach (w 740 zakładach w 2019 r.);
- ◆ PKD 10 – produkcja artykułów spożywczych – w **215** zakładach (w 470 zakładach w 2019 r.);
- ◆ PKD 31 – produkcja mebli – w **119** zakładach (w 309 zakładach w 2019 r.);
- ◆ PKD 22 – produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych – w **117** zakładach (w 227 zakładach w 2019 r.);

Ogółem w warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2020 r. zatrudnionych było **200 440** pracowników.

Najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy, podobnie jak i w latach ubiegłych, był ponadnormatywny hałas, którego przekroczenie stwierdzono w **3 047** zakładach objętych kontrolami. Łączna liczba zakładów narażonych na oddziaływanie hałasu stanowiła **6,3%** ogółu zatrudnionych w skontrolowanych zakładach w różnych gałęziach gospodarki.

W wyniku przeprowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną postępowań administracyjnych i egzekucyjnych dotyczących warunków higieniczno-sanitarnych oraz realizacji zadań wynikających z bieżącego



Wyk. 70 Przekroczenia NDS i NDN w poszczególnych województwach (czynniki chemiczne, pyły, hałas, wibracja).

nadzoru, ogółem wydano **5 980 decyzji**, w tym aż **3 117** decyzji dotyczących poprawy warunków pracy oraz **4 decyzje** unieruchamiające stanowisko pracy. Nakazy decyzji w liczbie **15 743** dotyczyły, m.in.:

- ◆ badań i pomiarów czynników szkodliwych – **3 942** nakazów (w 2019 r. – 9 458);
- ◆ oceny ryzyka zawodowego – **1 509** nakazów (w 2019 r. – 4 439);
- ◆ substancji chemicznych i ich mieszanin – **1 383** nakazów (w 2019 r. – 3 526);
- ◆ obniżenia normatywów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – **921** nakazów (w 2019 r. – 2 021);
- ◆ czynników biologicznych w środowisku pracy – **355** nakazów (w 2019 r. – 1 075);
- ◆ substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – **521** nakazy (w 2019 r. – 736);

Liczba wydanych postanowień o nałożeniu grzywnen celem przymuszenia do wykonywanych decyzji w roku 2020 wyniosła **147**. W drodze mandatu karnego nałożono **69 grzywnen** na łączną kwotę: **21 700 PLN**.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowanego nadzoru nad warunkami pracy szczególny nacisk kładzie na występujące w środowisku pracy czynniki o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. Ze względu na charakter skutków zdrowotnych temat ten jest realizowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną w sposób ciągły.

W 2020 r. przeprowadzono **1 774** kontroli w **1 611** obiektach; liczba pracowników narażonych na czynniki o działaniu rakotwórczym lub mutagennym ogółem wyniosła **43 273**, w tym **10 804** kobiet i **32 469** mężczyzn. Wydano **243** decyzji w zakresie nadzoru nad czynnikami o działaniu rakotwórczym/mutagennym

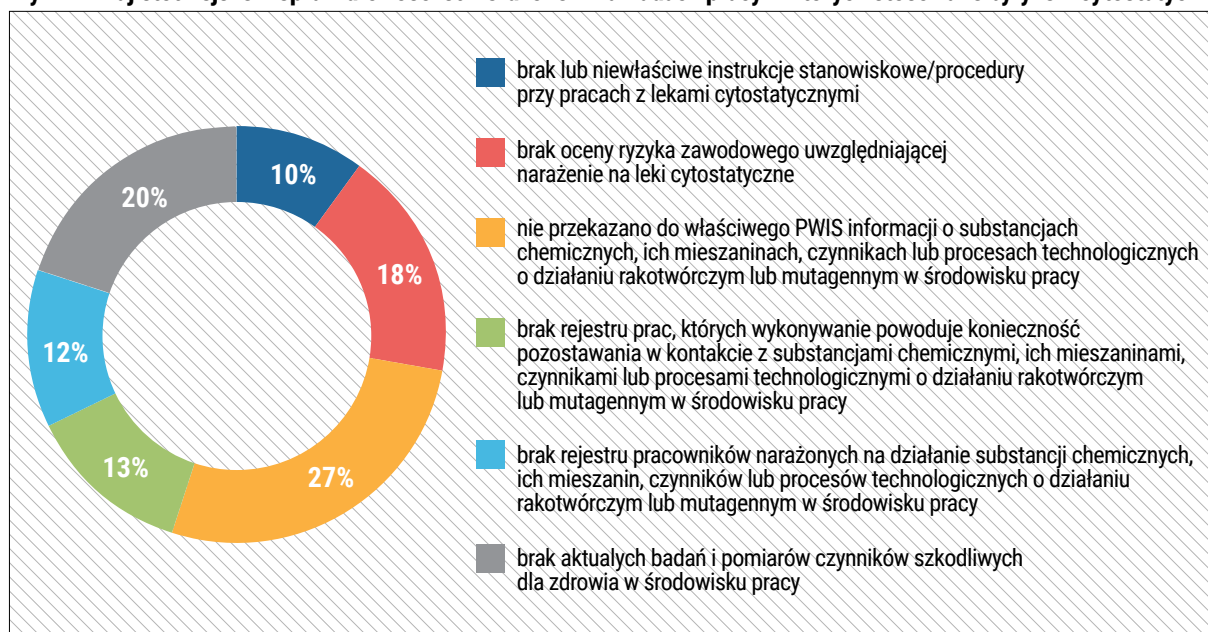
2. Ocena warunków pracy i wypełnianie przez pracodawców obowiązków wynikających z oceny ryzyka zawodowego pracowników narażonych na substancje rakotwórcze lub mutagenne zawarte w lekach cytostatycznych

W 2019 r. i 2020 r. realizowane były działania kontrolne w zakresie nadzoru nad warunkami pracy i wypełnianiem przez pracodawców obowiązków, wynikających z oceny ryzyka zawodowego pracowników narażonych na substancje rakotwórcze lub mutagenne zawarte w lekach cytostatycznych. Powierzanie zadań związanych z utrzymaniem czystości w podmiotach leczniczych (w ramach podpisanych umów) prywatnym firmom, a także powstawanie nowoczesnych lecznic dla zwierząt, w których stosowane są leki cytostatyczne, które wymagają odpowiedniego dostosowania dawki do masy ciała poprzez np. rozcieńczenie, odważenie lub mieszanie, spowodowało konieczność wyodrębnienia ww. pracowników jako kolejnej grupy osób potencjalnie narażonych na substancje rakotwórcze lub mutagenne zawarte w lekach cytostatycznych.

Cytostatyki jako leki cytostatyczne na mocy art. 1 ust. 5 rozporządzenia CLP podlegają wyłączeniu, jednakże mogą zawierać w składzie substancję czynną sklasyfikowaną jako rakotwórczą lub mutagenną kategorii 1A lub 1B zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady(WE) nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin, zmieniającymi uchylającym dyrektywy 67/548/EWG i 1999/45/WE oraz zmieniającym rozporządzenie(WE)nr 1907/2006 (Dz. Urz.UEL353 z 31.12.2008, str. 1).

Pion higieny pracy skontrolował 2019 r. i 2020 r. w powyższym zakresie **198** zakładów (358 zakładów w ewidencji), gdzie narażonych na cytostatyki zawierające substancję czynną sklasyfikowaną jako rakotwórczą lub mutagenną kat. 1A i 1 B było łącznie **9 658** pracowników, w tym **3 517** kobiet do 45 roku życia. Ogółem przeprowadzono **258** kontroli, w tym **44** kontroli sprawdzających i **16** kontroli tematycznych (interwencyjnych).

Wyk. 71 Najistotniejsze nieprawidłowości stwierdzone w zakładach pracy w których stosowane były leki cytostatyczne



W **101** zakładach stwierdzono nieprawidłowości, których zakres przedstawia wykres 71. W wyniku prowadzonych postępowań administracyjno-egzekucyjnych, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, pion higieny pracy PIS wydał **49** decyzji administracyjnych, zawierających **250** nakazów.

Kolejna grupa pracowników będąca pod szczególnym nadzorem pionu Higieny Pracy to stanowiska pracy na których występuje narażenie na szkodliwe czynniki biologiczne w środowisku pracy. W 2020 r. skontrolowanych zostało **4 143** zakładów pracy, a liczba pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne wynosiła ogółem **165 162**. Wydano łącznie **272** decyzji administracyjnych. Liczba zakładów pracy, w których stwierdzono następujące uchybienia:

- ◆ brak rejestru pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 – **68 zakłady**;
- ◆ brak oceny ryzyka zawodowego pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne – **180 zakłady**;
- ◆ brak rejestru pracowników pracujących w narażeniu na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 – **67 zakładów**;
- ◆ brak stosownych procedur i instrukcji – **27 zakłady**;
- ◆ brak szkoleń pracowników – **26 zakładów**.

3. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest - na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2020 roku

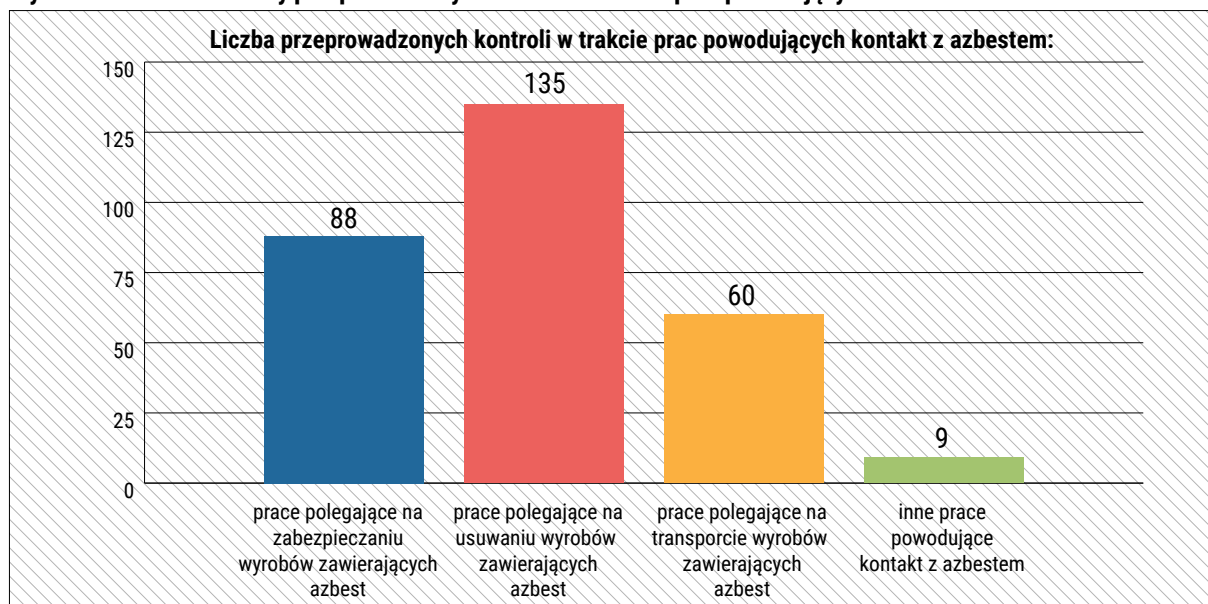
W ramach realizacji programu wieloletniego pn. „Program oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032” w 2020 r., jak i w latach ubiegłych, upoważnieni przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili czynności kontrolne w zakładach zajmujących się usuwaniem bądź transportem wyrobów/odpadów zawierających azbest w ramach.

Prace polegające na usuwaniu lub zabezpieczeniu wyrobów zawierających azbest, mogą być wykonywane wyłącznie przez wykonawców posiadających odpowiednie wyposażenie techniczne do prowadzenia takich prac oraz zatrudniających pracowników przeszkolonych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy usuwaniu i wymianie materiałów zawierających azbest. Przy wykonywaniu prac w narażeniu na azbest fundamentalne znaczenie dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników ma właściwe stosowanie odpowiednich środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego. Wykonawcy prac powinni posiadać zezwolenie na prowadzenie działalności, w wyniku której powstają odpady niebezpieczne a przed przystąpieniem do demontażu wyrobów zawierających azbest, zarówno właściciel jak i wykonawca prac powinni poinformować o pracach właściwe organy administracji państwowej.

W 2020 r. ewidencją pionu higieny pracy objętych zostało **408** firm zajmujących się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest. Pracownicy pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili w 2020 roku na terenie całego kraju **36** kontroli w siedzibach firm zajmujących się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest, oraz przeprowadzono **174** kontroli podczas prowadzonych prac powodujących kontakt z azbestem, dotyczących m.in.:

- ◆ prac polegających na zabezpieczaniu wyrobów zawierających azbest – **88** kontroli;
- ◆ prac polegających na usuwaniu wyrobów zawierających azbest – **135** kontroli;
- ◆ prac polegających na transporcie wyrobów zawierających azbest – **60** kontroli;
- ◆ podczas innych prac powodujących kontakt z azbestem – **9** kontroli.

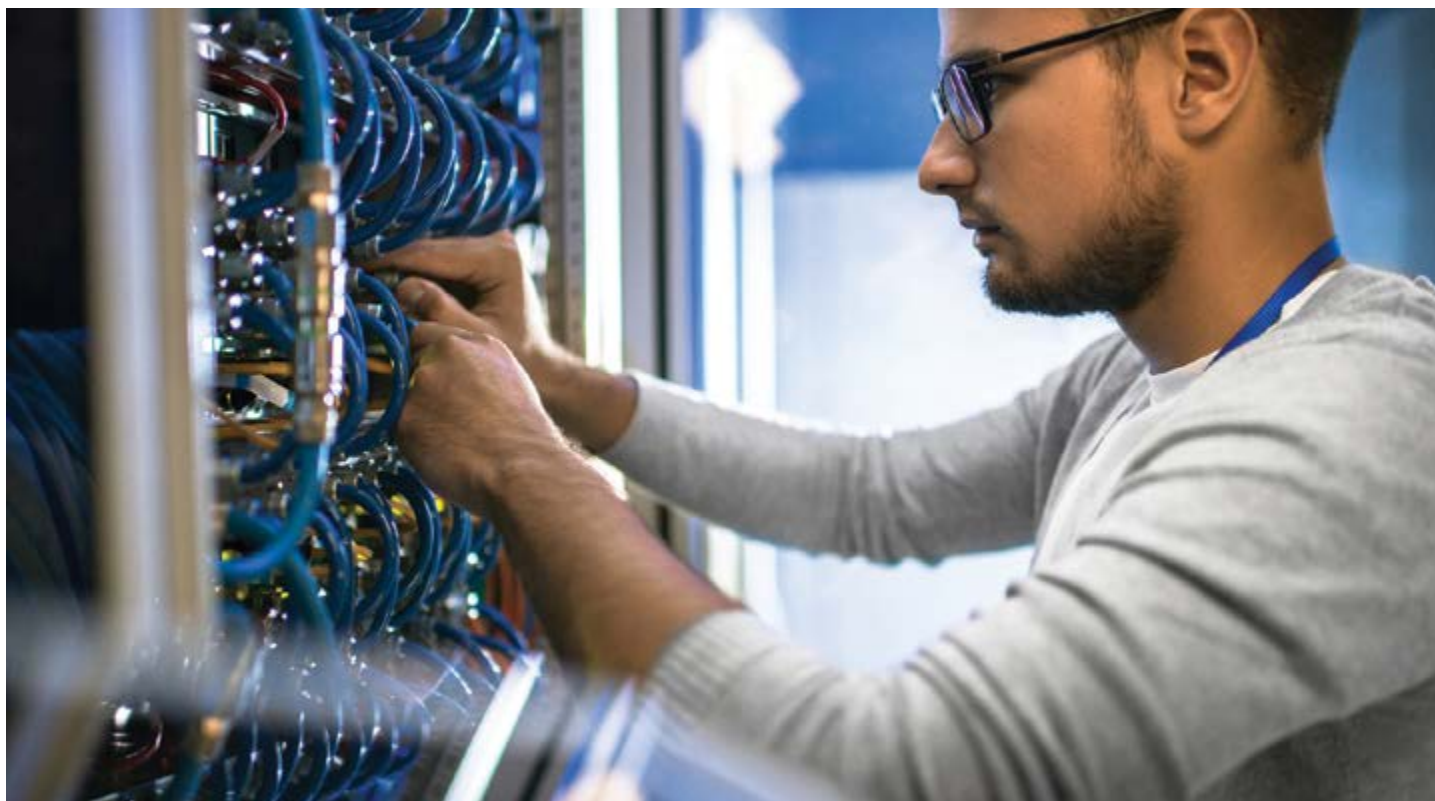
Wyk. 72 Zestawienie liczby przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w roku 2020



Wśród wyrobów zawierających azbest, które podlegały zabezpieczeniu lub usunięciu były m.in.: pokrycia dachowe budynków mieszkalnych i gospodarczych; płyty elewacyjne, materiały izolacyjne i konstrukcyjne budynków, izolacje cieplne rurociągów; rury: zsympowe, wodociągowe i ciepłownicze.

Działania kontrolne obejmowały przede wszystkim aspekty bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy rozbiórkach. Ponadto podczas kontroli oceniano m.in.:

- ◆ posiadanie odpowiednich zezwoleń, pozwoleń, decyzji zatwierdzenia programu gospodarowania odpadami niebezpiecznymi;
- ◆ poziom znajomości przepisów regulujących bezpieczne zasady usuwania bądź unieszkodliwiania odpadów zawierających azbest;
- ◆ jakość dokonanej oceny ryzyka zawodowego i jego udokumentowanie;
- ◆ sposób przestrzegania procedur dotyczących bezpiecznego postępowania z wyrobami zawierającymi azbest;



- ◆ prowadzenie rejestrów wynikających z przepisów regulujących zagadnienia czynników rakotwórczych obecnych w środowisku pracy;
- ◆ aspekt profilaktycznej opieki medycznej nad pracownikami;
- ◆ zagadnienie wykonywania badań środowiskowych na stanowiskach pracy;
- ◆ zabezpieczenia terenu podczas wykonywania prac rozbiórkowych.

Najczęściej stwierdzone uchybienia sanitarnohigieniczne dotyczyły braku aktualnych orzeczeń lekarskich, rejestru prac i rejestru pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, oceny ryzyka zawodowego a także braku wyposażenia pracowników w odpowiednią odzież i obuwie robocze.

W przypadkach, w których stwierdzono nieprawidłowości, zostało wszczęte postępowanie administracyjne. W 2020 r. wydano łącznie **7 decyzji administracyjnych**, które obejmowały w sumie **22 nakazów**.

4. Choroby zawodowe

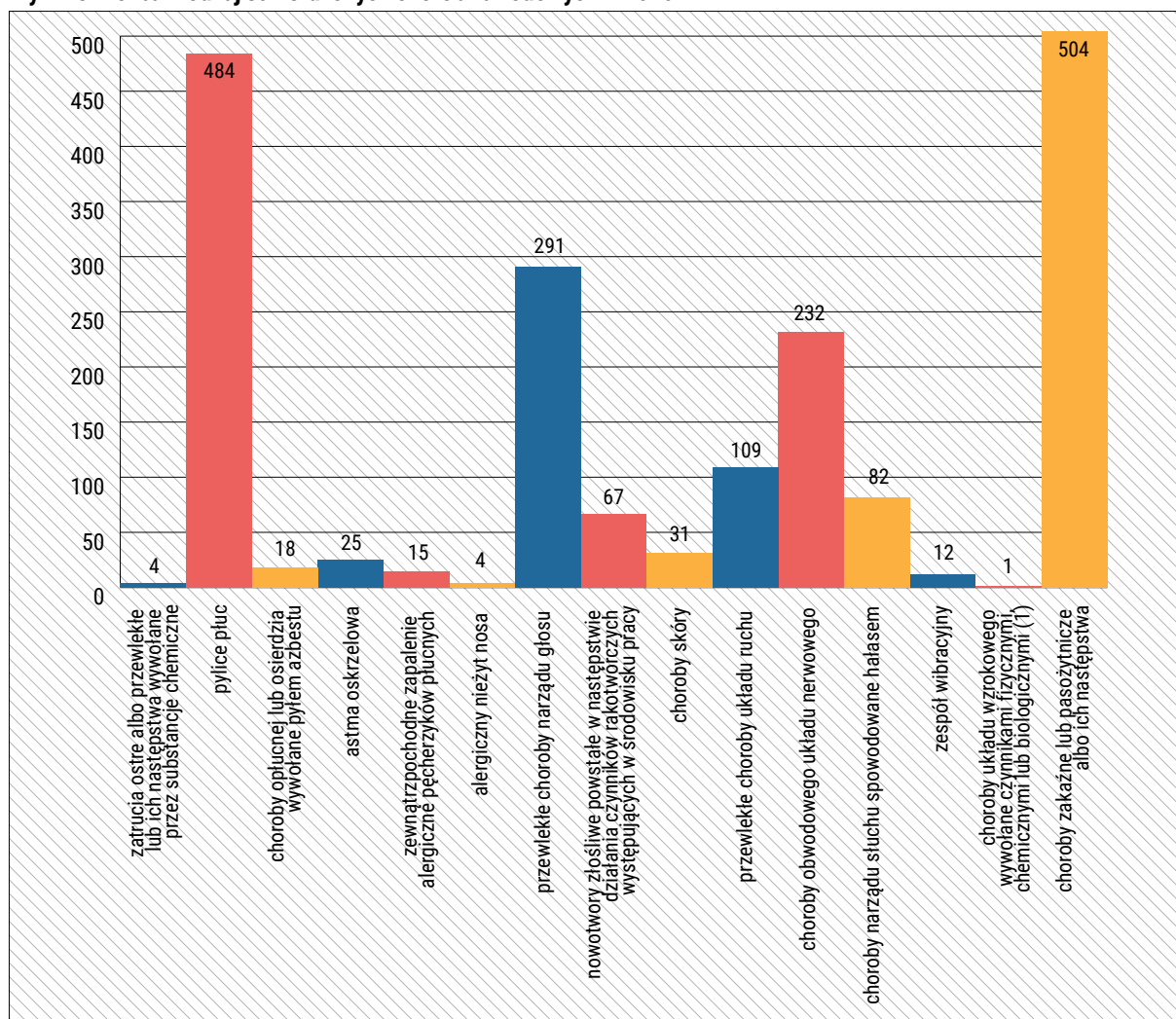
W 2020 r. postępowania administracyjne w sprawie chorób zawodowych prowadzone były na podstawie przepisów określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w *sprawie chorób zawodowych* (Dz. U. z 2013 r., poz. 1367) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w *sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób* (Dz. U. z 2013 r., poz. 1379 ze zm.).

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2020 r. wpłynęło łącznie **5 230** podejrzeń o chorobę zawodową (w 2019 r. – **4 902**, w 2018 r. – **4 802**). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających i administracyjnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały **1910** decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz **1663** decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

Łącznie w 2020 r. po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono **1 861** chorób zawodowych (w 2019 r. – **2 059**), z czego w województwach: śląskim –**370**, wielkopolskim – **168**, warmińsko-mazurskim – **112**. Najmniejszą liczbę chorób zawodowych stwierdzono w województwach: podlaskie – **59**, pomorskie – **60**, podkarpackie – **60** przypadków.

W roku 2020 r. dominowały: choroby zakaźne lub pasożytnicze – **504** przypadków (porównując w 2019 r. – **705** przypadków), następnie pylica płuc – **484** przypadków (w 2019 r. **441** przypadków). Na trzecim miejscu pod względem ilościowym rozpoznano schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym – **291** przypadki (w 2019 r. – **271** przypadki). Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy w liczbie **232** przypadków klasyfikują się na miejscu czwartym (w 2019 r. – **232** przypadków). Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy znalazły się na piątym miejscu i wystąpiły w liczbie **109** (w 2019 r. – **89**) przypadków. W grupie: choroby

Wyk. 73 Liczba i rodzaj stwierdzonych chorób zawodowych w 2020 r.



zakaźne lub pasożytnicze dominowała borelioza – **411** przypadków, dla porównania w 2019 r. było znacznie więcej aż **639**.

Szczegółowe dane dotyczące stwierdzonych chorób zawodowych opracowywane są przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w ramach Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych. Celem Rejestru jest zbieranie i przetwarzanie danych dotyczących stwierdzonych chorób zawodowych i opracowywanie analiz kształtowania się zapadalności na te choroby. Rejestr jest tworzony na podstawie kart stwierdzenia chorób zawodowych przesyłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, po uprawomocnieniu się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

5. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy

W ramach działalności laboratoryjnej w 2020 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili **78 163** oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych (porównując w 2019 r. – **130 150** oznaczeń), dokonując przy tym kontroli i oceny **27 272** stanowisk pracy (porównując w 2019 r. oceniono **46 126** stanowiska pracy).

Tab. 36 Liczba wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych / uciążliwych w roku 2020

Czynniki szkodliwe i uciążliwe	Liczba wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych / uciążliwych
Substancje chemiczne	10 174
Biologiczne	293
Mikroklimat gorący	295
Mikroklimat zimny	122
Mikroklimat umiarkowany	1 116
Hałas	39 335
Drgania	6 609
Oświetlenie	17 346

6. Podsumowanie

Mimo sytuacji epidemiologicznej kraju, pion higieny pracy realizował w 2020 r. działania kontrolne, których celem była poprawa warunków pracy oraz zwiększenie poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników.

Pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili **22 584** kontroli w **19 260** zakładach pracy, zatrudniających łącznie **1 081 579** pracowników.

Podczas czynności kontrolnych pracownicy pionu higieny pracy zwracali także szczególną uwagę na przestrzeganiu przez pracodawcę obowiązujących obostrzeń sanitarnych – dezynfekcja, dystans, osłona ust i nosa.

7. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

7.1. Produkty biobójcze

Produkty biobójcze stanowią substancję lub mieszaninę, składającą się z jednej lub kilku substancji czynnych, której przeznaczeniem jest niszczenie, odstraszanie, unieszkodliwianie organizmów szkodliwych, zapobieganie ich działaniu lub zwalczanie ich w jakikolwiek sposób inny niż działanie czysto fizyczne lub mechaniczne. Substancja czynna oznacza substancję działającą na organizmy szkodliwe lub przeciwko nim lub mikroorganizm działający na organizmy szkodliwe lub przeciwko nim.

Nadzór nad przestrzeganiem przepisów w zakresie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych, wprowadzania do obrotu wyrobów poddanych działaniu produktów biobójczych i substancji czynnych przeznaczonych do stosowania w produktach biobójczych w działalności zawodowej, sprawowany jest zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi tj.:

- ◆ ustawą z dnia 9 października 2015 r. *o produktach biobójczych*,
- ◆ rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 528/2012 z dnia 22 maja 2012 r. *w sprawie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych*.



Zadania kontrolne obejmowały m.in. sprawdzenie:

- ◆ posiadania i ważności stosownego pozwolenia na wprowadzanie do obrotu produktu biobójczego, wydanego przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych,
- ◆ dostępności karty charakterystyki produktu biobójczego, sporządzonej na zasadach określonych w rozporządzeniu (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady (REACH),
- ◆ obecności i statusu prawnego substancji czynnej,
- ◆ zawartości substancji nie będących substancjami czynnymi, ale wymagających rejestracji (jako składniki mieszanin w rozumieniu rozporządzenia REACH),
- ◆ zgodności przeznaczenia i rodzaju produktu biobójczego z danymi figurującymi w pozwoleniu na obrót,
- ◆ stosowanie produktów biobójczych w działalności zawodowej,
- ◆ prawidłowości oznakowania opakowania produktu biobójczego.

W **2020 roku** w ramach nadzoru nad produktami biobójczymi zostało przeprowadzonych **4 525 kontroli**, w tym skontrolowano **1 315 obiektów** wprowadzających do obrotu produkty biobójcze.

Liczba decyzji w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie produktów biobójczych w 2020 roku wynosiła **227**. Najważniejsze uchybienia dotyczyły:

- ◆ wprowadzania produktów biobójczych bez wymaganego pozwolenia – 84 decyzje
- ◆ wprowadzania produktów biobójczych bez wymaganego opakowania – 3 decyzje
- ◆ wprowadzania produktów biobójczych w opakowaniach niewłaściwie oznakowanych – 28 decyzji

Ogólna liczba wycofanych produktów biobójczych bez wymaganego pozwolenia wynosiła **265** produktów biobójczych, w większości wycofane produkty obejmowały produkty biobójcze kategorii 1 Środki dezynfekujące grupy 1 *Higiena człowieka* oraz grupy 2 *Środki dezynfekujące lub glonobójcze nieprzeznaczone do bezpośredniego stosowania wobec ludzi ani zwierząt*.

7.2. Substancje chemiczne i ich mieszaniny

W 2020 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawowała nadzór nad:

- ◆ rozporządzeniem (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów i utworzenia Europejskiej Agencji Chemikaliów, poprzez kontrolę przepisów dotyczących rejestracji substancji, oceny informacji dotyczących substancji lub dokumentacji rejestracyjnej oraz wprowadzania ograniczeń produkcji, obrotu i stosowania niektórych substancji chemicznych,

- ◆ rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin (CLP), w aspekcie kontroli obowiązku klasyfikowania, oznakowania i pakowania przed wprowadzeniem ich do obrotu przez producentów, importerów i dalszych użytkowników substancji oraz mieszanin stwarzających zagrożenie.

Kontrole nad przestrzeganiem przepisów rozporządzeń REACH oraz CLP prowadzone były zgodnie z ustawą z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach.

W 2020 roku w ramach nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami zostały przeprowadzone **10 163** kontrole, w tym:

- ◆ **99** kontroli u producentów,
- ◆ **34** kontrole u importerów,
- ◆ **255** kontroli u dalszych użytkowników,
- ◆ **1615** kontroli u dystrybutorów substancji chemicznych i ich mieszanin,
- ◆ **8160** kontroli u stosujących substancje chemiczne i ich mieszaniny.

Ogólna liczba kontroli, podczas których stwierdzono naruszenie przepisów w zakresie substancji chemicznych i ich mieszanin w 2020 roku wynosiła **802**.

Ogólna liczba wystawionych decyzji wynosiła odpowiednio **565**. Najważniejsze uchybienia dotyczyły:

- ◆ wprowadzania do obrotu mieszaniny niebezpiecznej lub mieszaniny stwarzającej zagrożenie, bez poinformowania Inspektora do Spraw Substancji Chemicznych,
- ◆ wprowadzania do obrotu substancji chemicznej lub mieszaniny bez wymaganej karty charakterystyki lub niezgodnej z obowiązującymi przepisami,
- ◆ wprowadzania do obrotu substancji chemicznej lub mieszaniny nieprawidłowo oznakowanej.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyły w projekcie REACH-EN-FORCE8 (REF8) we współpracy z Forum ECHA. Projekt dotyczył sprawdzenia zgodności i prawidłowości sprzedawanych przez Internet produktów z obowiązującymi przepisami prawodawstwa REACH, CLP i BPR. Przeprowadzony projekt miał na celu podniesienie świadomości na temat produktów dostępnych w Internecie wśród wprowadzających je do obrotu i sprzedających, stworzenie zharmonizowanego podejścia i wypracowanie najlepszych praktyk dla organów nadzoru, oraz poprawę zrozumienia problemów w obszarze kontroli produktów sprzedawanych przez Internet i zacieśnienie współpracy pomiędzy poszczególnymi organami nadzoru państw członkowskich.

W ramach projektu REF8 przeprowadzonych zostało **141** kontroli produktów udostępnianych przez Internet. Sprawdzona została zgodność z przepisami dotyczącymi:

- ◆ ograniczeń wynikających z rozporządzenia REACH – **9** kontroli, w tym **1** produkt nie spełniający wymaganych przepisów,
- ◆ wymagań związanych z kartami charakterystyki – **99** kontroli, w tym **9** zakwestionowanych kart charakterystyki,
- ◆ rozporządzenia CLP – **97** kontroli, w tym **42** produkty nie spełniały wymagań rozporządzenia CLP,
- ◆ rozporządzenia nr 528/2012 w sprawie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych (BPR) – **101** kontroli, w tym **45** produktów nie spełniało wymaganych przepisów.

Liczba produktów niezgodnych z obowiązującymi przepisami pokazuje jak ważnym obszarem jest kontrola produktów dostępnych w sprzedaży internetowej. Obecnie w celu niedopuszczenia do wprowadzania do obrotu w Unii Europejskiej produktów niezgodnych z wymaganiami oraz zagwarantowania aby produkty takie spełniały wymagania zapewniające wysoki poziom ochrony interesów publicznych, takich jak zdrowie i bezpieczeństwo prowadzone są prace w obszarze nadzoru rynku, które usprawnią kontrolę produktów oferowanych w sprzedaży internetowej.



7.3. Detergenty

Detergent oznacza jakąkolwiek substancję lub mieszaninę zawierającą mydło i/lub inne substancje powierzchniowo czynne, przeznaczoną do procesów prania, mycia i czyszczenia. Detergenty wprowadzane są do obrotu w celu używania ich w gospodarstwie domowym, obiektach użyteczności publicznej lub do celów przemysłowych.

Nadzór w 2020 roku prowadzony był poprzez kontrolę spełniania wymagań przez wprowadzających do obrotu detergenty przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 648/2004 z dnia 31 marca w sprawie detergentów oraz w zakresie znakowania detergentów – rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(WE) Nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie klasyfikacji i pakowania substancji i mieszanin, zmieniające i uchylające dyrektywy 67/548/EWG i 1999/45/WE oraz zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1907/2006.

W 2020 roku w ramach nadzoru nad detergentami zostało przeprowadzonych **349** kontroli, w tym skontrolowano **290** obiektów wprowadzających do obrotu detergenty.

Liczba decyzji w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie detergentów w 2020 roku wynosiła **20**.



7.4. Prekursory narkotyków kat. 2 i 3

Prekursory narkotyków to substancje chemiczne posiadające szereg legalnych zastosowań, takich jak wytwarzanie tworzyw sztucznych, produktów farmaceutycznych, kosmetyków, perfum, detergentów lub środków aromatyzujących. Są one również przedmiotem obrotu na potrzeby legalnych zastosowań na rynkach regionalnych i światowych, ale niektóre z nich mogą zostać wykorzystane do produkcji narkotyków.

W 2020 roku nadzór nad obrotem prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 sprawowany był poprzez kontrolę przepisów regulowanych:

- ◆ Rozporządzeniem (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lutego 2004 r. w sprawie prekursorów narkotykowych,
- ◆ Rozporządzeniem Rady (WE) nr 111/2005 z dnia 22 grudnia 2004 r. określającym zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Unią a państwami trzecimi,
- ◆ Rozporządzeniem wykonawczym Komisji (UE) 2015/1013 z dnia 25 czerwca 2015 r. ustanawiającym przepisy dotyczące rozporządzenia (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie prekursorów narkotykowych i rozporządzenia Rady (WE) nr 111/2005 określającego zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Unią a państwami trzecimi,
- ◆ Rozporządzeniem delegowanym Komisji (UE) 2015/1011 z dnia 24 kwietnia 2015 r. uzupełniającym rozporządzenie (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie prekursorów narkotykowych i rozporządzenie Rady (WE) nr 111/2005 określające zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Unią a państwami trzecimi oraz uchylającym rozporządzenie Komisji (WE) nr 1277/2005,
- ◆ Ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

W 2020 roku w ramach nadzoru nad prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3 zostało przeprowadzonych **803** kontroli, w tym skontrolowano **261** obiektów zajmujących się obrotem prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3.

Liczba decyzji w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 w 2020 roku wynosiła **9**.

Liczba wydanych zezwoleń przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych na wywóz prekursorów narkotyków kat. 2 i 3 do krajów trzecich wynosiła **79**.



HIGIENA RADIACYJNA

1. Informacje ogólne

Państwowa Inspekcja Sanitarna, zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*, działalność w zakresie higieny radiacyjnej realizuje poprzez szesnastu Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych.

Oddziały higieny radiacyjnej realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego prowadząc nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników w podmiotach stosujących źródła promieniowania jonizującego w celach medycznych oraz w podmiotach stosujących źródła promieniowania niejonizującego elektromagnetycznego. Ponadto realizują zadania polegające na ochronie populacji i środowiska przed promieniowaniem jonizującym, elektromagnetycznym i skażeniami promieniotwórczymi o poziomach wyższych niż dopuszczalne.

Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni w ramach sprawowania nadzoru wydają zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych (art. 33q ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* Dz. U. z 2021 r. poz. 623) oraz wydają zezwolenia na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich do celów rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej lub radioterapii schorzeń nienowotworowych oraz zezwolenia na uruchamianie pracowni stosujących takie aparaty (art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*). Główny Inspektor Sanitarny wydaje zgody na udzielanie świadczeń medycznych zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (art. 33p ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*).

W ramach realizacji zadań w zakresie higieny radiacyjnej Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi:

- ◆ kontrole medycznych pracowni rentgenowskich oraz zakładów pracy posiadających urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne pod kątem spełniania wymagań przepisów prawa, postępowania administracyjne,
- ◆ ocenę wyników pomiarów dawek indywidualnych osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące oraz prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku przekroczenia dawek granicznych promieniowania jonizującego i przy rozpoznawaniu choroby zawodowej związanej z ekspozycją na promieniowanie jonizujące lub pole elektromagnetyczne,
- ◆ kontrole przestrzegania zasad ochrony radiologicznej pacjenta w postępowaniu diagnostyczno-lecznym, w tym kontrolę jakości aparatury rentgenowskiej,
- ◆ opiniowanie projektów osłon stałych nowych lub modernizowanych zakładów stosujących źródła promieniowania,
- ◆ działalność opiniotwórczą i informacyjną w dziedzinie ochrony przed promieniowaniem,

- ◆ działania mające na celu identyfikację terenów, na których wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków poziom średniorocznego stężenia promieniotwórczego radonu w powietrzu może przekroczyć poziom odniesienia, o którym mowa w art. 23b ustawy *Prawo atomowe*,
- ◆ działalność polegającą na udzielaniu porad i informacji w zakresie narażenia na radon w pomieszczeniach oraz związanych z narażeniem na radon zagrożeń dla zdrowia, na temat znaczenia przeprowadzania pomiarów radonu oraz na temat dostępnych środków technicznych służących ograniczeniu występujących stężeń radonu,
- ◆ wykonywanie pomiarów skażeń elementów środowiska w ramach podstawowych placówek pomiarów skażeń promieniotwórczych,
- ◆ udział w realizacji wojewódzkich planów postępowania awaryjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia radiacyjnego o zasięgu wojewódzkim.

2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

Istotny wpływ na prawidłową ochronę radiologiczną pacjentów i optymalizację badań oraz zabiegów mają działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie nadzoru nad aparatami rentgenowskimi do celów medycznych.

W 2020 r. zewidencjonowano 18 349 jednostki prowadzące działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, w tym 14 032 pracowni rentgenowskich, 4 205 jednostek organizacyjnych bez pracowni rentgenowskich oraz 112 ambulansów. W wyżej wymienionych jednostkach zatrudniano 46 860 osób objętych kontrolą dawek indywidualnych.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej w 2020 r. przeprowadzono 1 757 kontroli w jednostkach prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. W wyniku przeprowadzonych kontroli wydano 82 decyzje administracyjne nakazujące usunięcie stwierdzonych, w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym, nieprawidłowości.

W 2020 r. wydano 2 247 zezwoleń na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich oraz 1 407 zezwoleń na uruchomienie pracowni.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych (Dz. U. z 2012 r. poz.1534), w 2020 r. Główny Inspektor Sanitarny powołał 5 komisji egzaminacyjnych (w oparciu o przepisy sprzed nowelizacji ustawy *Prawo atomowe* oraz wyznaczył miejsce i termin 12 egzaminów dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej. W 2020 roku Główny Inspektor Sanitarny nadał 284 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych w tym 232 typu R oraz 52 typu S.

3. Ochrona radiologiczna pacjenta

System ochrony radiologicznej pacjenta reguluje ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* i przepisy wykonawcze. Przepisy wykonawcze określają, w jaki sposób powinien być zorganizowany system ochrony radiologicznej personelu medycznego realizującego medyczne procedury radiologiczne, pacjentów poddawanych tym procedurom oraz populacji narażonej na promieniowanie jonizujące w związku z wykonywaniem procedur radiologicznych.

Ochrona radiologiczna pacjenta jest realizowana m.in. poprzez: wykonanie pomiarów w zakresie kontroli jakości aparatury rentgenowskiej (w roku ubiegłym Państwowa Inspekcja Sanitarna wykonała 319 testów jakości aparatów rentgenowskich), sprawdzenie czy jednostki wypełniają obowiązek prowadzenia kontroli jakości aparatury rentgenowskiej. Łącznie w 2020 r. wykonano 1 188 pomiarów przy aparatach rentgenowskich.

Główny Inspektor Sanitarny, na podstawie upoważnienia Ministra Zdrowia opracował oraz procedował rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 390 z późn. zm.)

Na podstawie informacji przekazanych przez podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta (na podstawie art. 33n ust. 9 pkt 8 ustawy *Prawo atomowe*), szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta, w 2020 roku, ukończyło 2 180 osób.



4. Zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych

Główny Inspektor Sanitarny oraz Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni wydali w 2020 r. 662 zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych. Główny Inspektor Sanitarny wydał 13 zgód na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych.

Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni wydali 649 zgód w tym: 575 z zakresu rentgenodiagnostyki, 3 z zakresu diagnostyki i leczenia chorób nienowotworowych, 5 z zakresu paliatywnego leczenia chorób nowotworowych z wykorzystaniem produktów radiofarmaceutycznych oraz 66 z zakresu radiologii zabiegowej.

5. Radon

Główny Inspektor Sanitarny, na podstawie upoważnienia Ministra Zdrowia opracował oraz procedował rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1139) *w sprawie terenów, na których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekroczyć poziom odniesienia.*

Główny Inspektor Sanitarny, zgodnie z art. 23f ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe opracował projekt krajowego planu działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy. Ze względu na wielowątkowość i interdyscyplinarny charakter krajowego planu działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy (m.in. zagadnienia z obszaru pomiarów i kontroli stężenia radonu, prawa pracy, narażenia zawodowego, przepisów budowlanych) projekt został wypracowany we współpracy z powołanym, na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego, przez Ministra Zdrowia Zespołem do spraw krajowego działania w przypadku narażenia na radon, w którego skład weszli przedstawiciele administracji rządowej oraz nauki (instytutów badawczych, uczelni wyższych).

W dniu 12 lutego 2021 r. w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, zostało opublikowane obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Krajowego planu działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy.

W 2020 r. w ramach prowadzonych działań mających na celu identyfikację terenów, na których poziom średniorocznego stężenia promieniotwórczego radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej licz-

bie budynków może przekroczyć dopuszczalny poziom odniesienia tj. 300 Bq/m³. Główny Inspektor Sanitarny wyłonił podmiot, który w latach 2020 r. – 2023 r. będzie realizował pomiary średniorocznego stężenia radonu w pomieszczeniach znajdujących się na parterze budynku m.in. w budynkach użyteczności publicznej m.in. tj. szkoła, przedszkole, żłobek, oraz budynkach zamieszkania zbiorowego m.in. tj. dom dziecka, dom pomocy społecznej, internat, dom studencki.

W 2020 r. przeprowadzono 6 230 pomiarów średniorocznego stężenia radonu wewnątrz pomieszczeń w budynkach. Pomiary były realizowane na terenie powiatów wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2020 r. *w sprawie terenów, na których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekraczać poziom odniesienia oraz w powiatach sąsiadujących z powiatami wskazanymi ww. rozporządzeniu*. Przekroczenie poziomu odniesienia średniorocznego stężenia radonu stwierdzono w 253 budynkach na terenie 6 województw, tj. dolnośląskiego, podkarpackiego, opolskiego, świętokrzyskiego, lubelskiego, śląskiego.

Zgodnie z art. 25 ust. 6 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej Główny Inspektor Sanitarny w 2020 r. zorganizował pierwsze międzylaboratoryjne pomiary porównawcze średniorocznego stężenia promieniotwórczego radonu w powietrzu w budynkach, lokalach lub pomieszczeniach. W międzylaboratoryjnych badaniach porównawczych uczestniczyły 4 podmioty.

6. Ochrona dotycząca wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy

Nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęte były źródła pola elektromagnetycznego wykorzystywane w obszarze ochrony zdrowia, energetyce, przemyśle, telekomunikacji i łączności oraz nauce.

W ochronie zdrowia w 2 362 zakładach użytkowanych było łącznie 10 664 aparatów (rezonanse magnetyczne, urządzenia do elektrochirurgii, diatermie krótkofalowe i inne). W sektorze energetyki w 22 zakładach użytkowano 91 urządzeń wytwarzających pola elektromagnetyczne. W 543 zakładach przemysłowych eksploatowanych było 5 071 urządzeń wytwarzających pola elektromagnetycznego (piece indukcyjne, zgrzewarki dielektryczne i punktowe, urządzenia do spawania, elektrodrążarki i defektoskopy magnetyczne). W radiokomunikacji i łączności w 186 obiektach eksploatowane były 3 167 nadajniki radiofoniczne i telewizyjne. W sektorze nauki wykorzystano z 249 urządzeń w 31 zakładach.

W roku 2020 przeprowadzono 224 kontrole w podmiotach stosujących źródła pola elektromagnetycznego, z czego 193 kontrole odbyły się w zakładach ochrony zdrowia. Liczba osób zatrudnionych przy urządzeniach będących źródłem pól elektromagnetycznych w 2020 r. wynosiła 64 488 z czego m.in. w ochronie zdrowia – 50 359.





**HIGIENA PROCESÓW NAUCZANIA,
WYCHOWANIA ORAZ WYPOCZYNKU I REKREACJI
DZIECI I MŁODZIEŻY**

Jednym z priorytetów działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej przy realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego jest czuwanie nad bezpieczeństwem sanitarnym warunków pobytu i aktywności dzieci oraz młodzieży.

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego należy kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczących¹:

- ◆ higieny pomieszczeń i wymagań w stosunku do sprzętu używanego w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, szkołach wyższych oraz ośrodkach wypoczynku,
- ◆ higieny procesów nauczania.

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór sanitarny na placówkami dla dzieci i młodzieży przeznaczonymi zarówno na pobyt dzienny, jak i całodobowy, dla których warunki i zasady funkcjonowania określają następujące akty prawne:

- ◆ ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3*² – w odniesieniu do żłobków i klubów dziecięcych,
- ◆ ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. *Prawo oświatowe*³ – w odniesieniu do przedszkoli, innych form wychowania przedszkolnego, szkół,
- ◆ ustawa z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty* – w odniesieniu m. in. do miejsc wypoczynku dzieci i młodzieży⁴,
- ◆ ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*⁵ – w odniesieniu do uczelni oraz szkół wyższych,
- ◆ ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*⁶ – w odniesieniu do m.in. placówek wsparcia dziennego, pogotowia opiekuńczo-wychowawczego, domów dziecka.

1 art. 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*

2 Dz.U. z 2021 r. poz. 75

3 Dz.U. z 2020 r. poz. 910, z późn. zm.

4 Dz.U. z 2020 r. poz. 1327, z późn. zm.

5 Dz.U. z 2021 r. poz. 478, z późn. zm.

6 Dz.U. z 2020 r. poz. 821, z późn. zm.

1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży

W roku 2020 w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się ogółem **46 254 placówki** opieki, wychowania, nauki oraz wypoczynku i rekreacji. Katalog placówek objętych nadzorem obejmował:

- ◆ żłobki, kluby dziecięce,
- ◆ przedszkola, inne formy wychowania przedszkolnego,
- ◆ szkoły wszystkich typów, w tym szkoły wyższe,
- ◆ placówki kształcenia ustawicznego: warsztaty szkolne, centra szkolenia zawodowego,
- ◆ placówki wsparcia dziennego,
- ◆ placówki wychowania pozaszkolnego, np.: młodzieżowe domy kultury i pałace młodzieży, międzyszkolne ośrodki sportowe, ogniska pracy pozaszkolnej, ogrody jordanowskie,
- ◆ pozaszkolne placówki specjalistyczne,
- ◆ placówki z pobytem całodobowym, np.: domy studenckie, bursy i internaty, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, specjalne ośrodki wychowawcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze, domy pomocy społecznej,
- ◆ placówki wypoczynku i rekreacyjne, np.: domy wczasów dziecięcych, „zielone/białe szkoły”, schroniska młodzieżowe.

W 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły **14 981** kontroli sanitarnych w **9 273** placówkach, z których korzystało łącznie **1 270 438** dzieci i młodzieży. Niektóre obiekty skontrolowano więcej niż 1 razy w roku.

Tab. 37 Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2018–2020

Rok sprawozdawczy	Liczba placówek będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej	Liczba przeprowadzonych kontroli	Liczba skontrolowanych placówek
2018	44 145	41 077	28 482
2019	44 494	40 256	28 117
2020	46 254	14 981	9 273

Spadek kontroli w placówkach nauczania i wychowania w roku 2020 podyktowany był panującą sytuacją epidemiologiczną w kraju, w tym również czasowym zamknięciem ww. placówek.

2. Stan sanitarny budynków lub ich części, w których funkcjonują placówki opieki, wychowania i nauczania dla dzieci i młodzieży

W 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach przeprowadzonych czynności kontrolnych w placówkach nauczania i wychowania dzieci i młodzieży stwierdziły nieprawidłowości natury sanitarnej ogółem: w **312** placówkach, które stanowiły **3,4%** spośród **9 273** skontrolowanych obiektów, wykazując uchybienia w następujących trzech zakresach:

1. sanitarno-higienicznym i technicznym, występujących jednocześnie – w **39,5%** skontrolowanych placówek,
2. wyłącznie sanitarno-higienicznym – w **21,5%** skontrolowanych placówek,
3. wyłącznie technicznym – **39%** skontrolowanych placówek.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku ujawnienia nieprawidłowości w trakcie kontroli podejmowały następujące działania zmierzające do wyeliminowania wykazanych uchybień natury sanitarnej:

- ◆ w odniesieniu do uchybień wymagających nakładu sił i środków (np. remont, wymiana urządzeń) nakładano obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w drodze decyzji administracyjnej;
- ◆ egzekwowano wykonanie obowiązku poprzez kontrole sprawdzające, a w sytuacji niewykonania decyzji wdrażano postępowanie egzekucyjne w administracji;
- ◆ w odniesieniu do uchybień, które można było usunąć na bieżąco lub małym nakładem środków w krótkim czasie, odnotowywano w protokole warunki i termin usunięcia nieprawidłowości, a tam gdzie przepisy prawa to przewidują, nakładano grzywnę w drodze mandatu.



3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej

Zaplecze sanitarne to ustępy (toalety) i łazienki, które służą przede wszystkim utrzymaniu higieny osobistej dzieci i młodzieży w czasie pobytu na terenie placówek opiekuńczych, wychowawczych i nauki, a także wypoczynku i rekreacji. Zapewnienie w placówkach prawidłowych warunków higienicznosanitarnych zaplecza sanitarnego i jego wyposażenia jest jednym z elementów profilaktyki. Bieżąca czystość, dobry stan techniczny powierzchni, instalacji, wentylacja, podłączenie do instalacji wodociągowej i kanalizacyjnej, wyposażenie w wystarczającą liczbę urządzeń sanitarnych w odniesieniu do liczby osób korzystających oraz zapewnienie środków higieny osobistej składają się na podstawowe standardy higieniczne.

Spośród **3 860** obiektów skontrolowanych w 2020 r. pod kątem gospodarki wodno-ściekowej:

- ◆ **3 743 (97,4%)** placówki były podłączone do wodociągu miejskiego/ gminnego,
- ◆ **102** placówki korzystały z własnego ujęcia wody, co stanowiło 2,6% skontrolowanych obiektów;
- ◆ **2 887** obiektów było podłączonych do sieci kanalizacyjnej centralnej (miejskiej/gminnej), co stanowi **74,8%** placówek skontrolowanych;
- ◆ w **954** obiektach stwierdzono brak podłączenia do sieci kanalizacyjnej (**24,7%** skontrolowanych obiektów) z czego:
 - ✦ **732 (76,7%)** placówki posiadały zbiorniki bezodpływowe (szamba),
 - ✦ **223 (23,3%)** placówki – własne oczyszczalnie ścieków;
- ◆ w **93** obiektach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępności do urządzeń sanitarnych (zbyt wielu uczniów w obiekcie w odniesieniu do liczby urządzeń sanitarnych), **co stanowi 2,4% skontrolowanych**
- ◆ **2** placówki spośród wszystkich skontrolowanych korzystały z ustępów zewnętrznych (0,05% skontrolowanych), jednakże liczba takich placówek maleje z roku na rok i wynosiła: 6 w 2017 r., 5 w 2018 r., 4 w 2019 r.

W **96,6%** skontrolowanych obiektów, tj. w **3 729** placówkach, nie stwierdzono uchybień w zakresie warunków do utrzymania higieny osobistej. Stwierdzono natomiast następujące uchybienia:

- ◆ **18** placówek wykazało brak bieżącej ciepłej wody;
- ◆ **17** placówek wykazało brak wyposażenia w środki higieny osobistej (np. brak papieru toaletowego, mydła w płynie w dozownikach, ręczników papierowych do suszenia rąk) wraz z dostępem do ciepłej bieżącej wody, stwarzając należyte pod względem higienicznym i zdrowotnym warunki do utrzymania higieny osobistej uczniów,
- ◆ **84** obiektów wykazywało niewłaściwy stan techniczny pomieszczeń i urządzeń,
- ◆ **12** placówek wykazało zaniedbania dotyczące czystości i porządku.

W związku z uchybieniami dotyczącymi niezapewnienia właściwego stanu sanitarno-higienicznego toalet, w tym sprawności technicznej armatury oraz wyposażenia w środki higieniczne, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2020:

- ◆ wydały **92** decyzje administracyjne,
- ◆ wydały **37** zaleceń pokontrolnych,
- ◆ nałożyły **20** mandatów karnych na łączną kwotę **4 300** zł.

4. Ergonomia wyposażenia placówek dla dzieci i młodzieży

Państwowa Inspekcja Sanitarna, realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego, systematycznie przeprowadzała w przedszkolach i szkołach ocenę dostosowania mebli szkolnych do wymagań ergonomii zgodnie z obowiązującą normą oraz wyposażenia placówek w certyfikowane urządzenia i sprzęt sportowy.

Celem przeprowadzonej oceny była eliminacja występujących nieprawidłowości oraz propagowanie zasad prawidłowego doboru mebli wśród dzieci i młodzieży, nauczycieli, jak i wychowawców.

W ramach sprawowanego nadzoru sanitarnego w 2020 r. skontrolowano **8 334** placówek, czyli **19,7%** spośród ujętych w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Odsetek mebli zakupionych po 1997 r. z certyfikatami kształtował się w 2020 r. następująco:

- ◆ **100% mebli z certyfikatami** posiadało 6582 placówki – ok. **78%** skontrolowanych,
- ◆ **powyżej 50% mebli z certyfikatami** posiadało 1742 placówki – ok. **18,7%** skontrolowanych,
- ◆ **do 50% mebli z certyfikatami** posiadało 204 placówki – ok. **2,4%** skontrolowanych,
- ◆ **do 25% mebli z certyfikatami** posiadało 62 placówki – ok. **0,7%** skontrolowanych,
- ◆ **meble nieposiadające certyfikatów** posiadało 23 placówki – ok. **0,2%** skontrolowanych.
- ◆ **25** placówek (tj. ok. **0,3%** spośród skontrolowanych) posiadało wyłącznie meble zakupione przed 1997 r., co wiąże się z brakiem sprzętu certyfikowanego.

Placówki, które nie posiadają stosownych dokumentów potwierdzających prawidłową jakość mebli, na ogół dysponują wyposażeniem otrzymanym z darowizn lub z likwidowanych podmiotów. Meble nieposiadające certyfikatów są utrzymane w dobrym stanie technicznym, oznakowane i dostosowane do wzrostu uczniów. Według zapewnień dyrektorów placówek, w miarę pozyskiwanych środków finansowych stare meble sukcesywnie wymienia się na nowe. Z roku na rok obserwuje się systematyczną poprawę jakości mebli w placówkach. Największy odsetek mebli certyfikowanych posiadają przedszkola i szkoły podstawowe.



Podczas kontroli w roku 2020 przeprowadzano ocenę poprawności rozmieszczenia dzieci i uczniów w ławkach i przy stolikach, zgodnie z obowiązującymi normami. Obowiązek ten nie dotyczył mebli i innych elementów wyposażenia nabytych przed 1997 rokiem.

Spośród **6 584** placówek skontrolowanych, w **1 484** placówkach ocenie poddano dostosowanie mebli do wzrostu uczniów i przedszkolaków (łącznie **82 640** stanowisk). Nieprawidłowości w ww. zakresie stwierdzono w **44** placówkach i dotyczyły one **513** stanowisk dla przedszkolaków i uczniów.

W odniesieniu do certyfikowanego sprzętu i urządzeń, należy wskazać, że ich brak wynikał najczęściej z faktu, że szkoły nadal użytkują sprzęt zakupiony przed 1997 r., który utrzymywany jest w dobrym stanie technicznym, zapewniającym bezpieczne korzystanie podczas zajęć. Odsetek skontrolowanych placówek wyposażonych w certyfikowane urządzenia i sprzęt sportowy był następujący:

Odsetek skontrolowanych placówek wyposażonych w certyfikowane urządzenia i sprzęt sportowy kształtował się w 2020 r. następująco:

- ◆ **100% urządzeń i sprzętu sportowego z certyfikatami** posiadało 6176 placówek (co stanowi **77,6%** skontrolowanych),
- ◆ **powyżej 50% urządzeń i sprzętu sportowego z certyfikatami** posiadało 1 396 placówek (co stanowi **17,2%** skontrolowanych),
- ◆ **do 50% urządzeń i sprzętu sportowego z certyfikatami** posiadało 276 placówek (co stanowi **3,4%** skontrolowanych),
- ◆ **do 25% urządzeń i sprzętu sportowego z certyfikatami** posiadało 96 placówek (co stanowi **1,2%** skontrolowanych),
- ◆ **brak certyfikowanych urządzeń i sprzętu sportowego** stwierdzono w 51 placówkach, (co stanowi **0,6%** skontrolowanych).

Według ocen z poprzednich lat, odsetek sprzętu sportowego i urządzeń z certyfikatami powoli, ale sukcesywnie rośnie. Największy odsetek urządzeń i sprzętu sportowego z certyfikatami posiadają przedszkola i szkoły podstawowe.

5. Zapewnienie miejsca na podręczniki i przybory szkolne i higieniczna ocena rozkładów zajęć lekcyjnych w placówkach

W trosce o stan zdrowia uczniów został wprowadzony prawny obowiązek zapewnienia uczniom miejsca na pozostawienie w placówkach podręczników i przyborów szkolnych. Zbyt duże obciążenie uczniów ciężarem tornistrów/plecaków szkolnych może powodować nasilenie bólu pleców, zmniejszenie pojemności płuc, sprzyjać kształtowaniu nieprawidłowej statyki ciała i w efekcie prowadzić do skrzywienia kręgosłupa.

Liczba placówek, która zapewniła uczniom miejsca na pozostawienie w szkole części podręczników i przyborów szkolnych w roku 2020 wynosiła **3 565**, spośród **6 584** skontrolowanych, co stanowi **54,2%**. Z powyższego obowiązku w roku 2020 najlepiej wywiązały się szkoły podstawowe.

W 2020 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna dokonała również oceny rozkładów zajęć lekcyjnych pod względem higienicznym. Podczas czynności kontrolnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zwracały szczególną uwagę na stałą porę rozpoczynania zajęć lekcyjnych, z nie większą od 1 godziny różnicą czasu rozpoczynania zajęć w poszczególnych dniach tygodnia, jak również różnicę liczby godzin lekcyjnych w kolejnych dniach tygodnia – nie większa od 1 godziny. Dodatkowo, zwracano uwagę na fakt, że prawidłowo skonstruowany plan lekcji musi uwzględniać potrzebę wypoczynku między lekcjami. Czas trwania przerwy międzylekcyjnej powinien umożliwić uczniom krótki odpoczynek, dlatego też przerwa powinna trwać co najmniej 10 minut. Zaleca się również jedną przerwę 20 minutową, która m.in. umożliwia uczniowi spożycie posiłku (zamiennie dopuszcza się dwie przerwy 15 min.).

Nieprawidłowości w powyższym zakresie wykazano w **115** placówkach spośród **6 584** skontrolowanych, co stanowi **1,7%**.



6. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

W ramach nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pobytu dzieci i młodzieży w szkołach, kontrolami objęto również warunki sanitarno-higieniczne prowadzenia zajęć wychowania fizycznego. Ocenie poddano m. in. posiadaną przez placówkę infrastrukturę sportową oraz stan sanitarno-techniczny zaplecza sportowego.

Na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2020 r. w **3 739** szkołach ustalono, że z pełnej infrastruktury sportowej, tj. szkolnego zespołu sportowego wraz z boiskiem, w skład którego wchodzi jedna lub dwie sale sportowe oraz pomieszczenia pomocnicze, tj. przebieralnie, natryskownie, ustępy, przechowalnie sprzętu sportowego, gabinet wychowania fizycznego – pokój nauczycieli, mogli korzystać uczniowie **1 628** szkół, co stanowi **43,5%** wszystkich skontrolowanych placówek. Zespoły sportowe bez boiska posiadało natomiast **138** placówek.

W **184** skontrolowanych szkołach odnotowano, że pomimo posiadania infrastruktury sportowej, zajęcia wychowania fizycznego prowadzono również na korytarzach. Całkowity brak zaplecza sportowego stwierdzono w przypadku **259** placówek, co stanowi **6,9%** placówek skontrolowanych.

Podczas kontroli oceniano również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach sportowych – tylko w **23** szkołach uczniowie korzystali z natrysków po każdym zajęciach sportowych.

41 szkół posiadało nieczynne natryski (nieudostępnione do użytku dla uczniów), a w **660** placówkach natryski nie były używane – pomieszczenia natryskowni często były wykorzystywane na inne cele, np. magazynowe.

Pomimo poprawy w ostatnich latach, nadal istnieje problem z zapewnieniem dzieciom i młodzieży właściwych warunków do utrzymania higieny osobistej w placówkach nauczania i wychowania. Dlatego też należy nadal podejmować działania służące umożliwianiu korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach wychowania fizycznego.

7. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży

W 2020 roku w elektronicznej bazie wypoczynku Ministerstwa Edukacji Narodowej zarejestrowano **27 577** turnusów zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży. W ramach wypoczynku dzieci i młodzieży podejmowano działania profilaktyczne i prewencyjne zmierzające do zapewnienia bezpiecznego wypoczynku.

Warunki sanitarno-higieniczne skontrolowano podczas **7 375** turnusów, z których skorzystały łącznie **274 343** osoby, z czego **74** kontroli miało charakter interwencyjny, tj. zostały przeprowadzone na skutek zgłoszenia podejrzenia, iż uczestnikom nie zapewniono należytych warunków sanitarnych. **24** spośród zgłoszonych interwencji okazało się uzasadnionych. W **103** przypadkach kontrole wykazały uchybienia w zakresie wa-

runków sanitarno-higienicznych wypoczynku. W **89** przypadkach stwierdzono brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu. W **2** przypadkach podjęto decyzję o zamknięciu całości lub części obiektu, w którym odbywał się wypoczynek dzieci i młodzieży (w 2019 r. było 5 takich przypadków).

Należy jednak podkreślić, że ferie letnie w roku 2020 różniły się znacząco od tych z lat poprzednich z uwagi na ogłoszony na terenie kraju stan epidemii.

Wypoczynek letni dzieci i młodzieży odbywał się w oparciu o *Wytyczne GIS, MZ i MEN dla organizatorów wypoczynku dzieci i młodzieży*. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego nad warunkami wypoczynku dzieci i młodzieży, poza obszarami ujętymi w formularzach kontrolnych dotyczących wypoczynku, weryfikowali również:

- ◆ stosowanie zleceń przeciwepidemicznych ujętych w ww. *Wytycznych*,
- ◆ przestrzeganie zasad obowiązujących w okresie epidemii,
- ◆ podejmowanie działań zapobiegających rozprzestrzenianiu się zakażeń wirusem SARS-CoV-2,
- ◆ zapewnienie środków ochrony indywidualnej dla pracowników i uczestników wypoczynku.

8. Żłobki i kluby dziecięce

Pod bieżącym nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się **4 788** żłobków i klubów dziecięcych. W 2020 r. skontrolowano **1 266** placówek, co stanowi **26,4%** ogółu ujętych w ewidencji, a liczba wszystkich przeprowadzonych kontroli wyniosła **1 615** (niektóre obiekty kontrolowano więcej niż 1 razy w roku). Łącznie nieprawidłowości wykazano w **19** placówkach (w 12 przypadkach dotyczyły złego stanu higieniczno-sanitarnego).

9. Podsumowanie

Od 12 marca 2020 r. funkcjonowanie jednostek systemu oświaty zostało czasowo ograniczone: przedszkola, szkoły i placówki oświatowe zarówno publiczne, jak i niepubliczne nie prowadziły zajęć dydaktyczno-wychowawczych. Zawieszenie zajęć dotyczyło również żłobków i klubów dziecięcych. Czasowe unieruchomienie placówek oświatowych wynikało z regulacji rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie *czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 celem ograniczenia rozprzestrzeniania się koronawirusa w Polsce*.

Zatem bieżące kontrole w placówkach były prowadzone na mniejszą skalę. Należy jednak podkreślić, że przy każdej kontroli sanitarnej, która odbywała się od marca 2020 roku, dokonywano oceny, stanu wdrożenia i przestrzegania procedur opartych o wytyczne GIS, MEN i MZ dla placówek oświatowo-wychowawczych.

Ponadto, w każdej placówce opracowane zostały wewnętrzne regulaminy i procedury funkcjonowania obiektów oświatowo wychowawczych w czasie trwania epidemii zgodnie z wytycznymi MEN, MZ i GIS dla publicznych i niepublicznych szkół i placówek.

Placówki w nowym reżimie sanitarnym funkcjonowały w oparciu o ww. procedury przeciwepidemiczne uwzględniające działania zapobiegawcze w zakresie zwiększenia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczniów, m.in. w sferze:

- ◆ przyprawdzania/odbierania uczniów przez rodziców/opiekunów,
- ◆ rozlokowania uczniów w salach lekcyjnych,
- ◆ spędzania wolnego czasu podczas przerw lekcyjnych,
- ◆ wyjść na świeże powietrze na teren szkoły,



- ◆ promocji podstawowych zasad higieny,
- ◆ utrzymania bieżącego stanu czystości,
- ◆ metodyki rozmieszczenia dystrybutorów z płynem dezynfekcyjnym,
- ◆ zapewnienia pomieszczenia służącego do ewentualnej izolacji ucznia.

Podsumowując, sprawowanie bieżącego nadzoru sanitarnego w obszarze higieny dzieci i młodzieży w roku 2020 różniło się znacząco w stosunku do lat poprzednich. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z uwagi na panującą sytuację epidemiologiczną w kraju koncentrowały się przede wszystkim na weryfikacji stosowania procedur przeciwepidemicznych, przestrzegania zasad higieny, a także stosowania przez dyrektorów placówek oraz organizatorów wypoczynku wszelkich obostrzeń. Dodatkowo organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej współdziałały z organami prowadzącymi placówki oświatowo-wychowawcze w celu zapewnienia uczniom bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu w placówkach edukacyjnych w dobie COVID-19 m.in. przekazano stanowisko Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny z dnia 19 marca 2020 r. (znak: B-BK-547-47/20), dotyczące koniecznego zakresu mycia i dezynfekcji instalacji wentylacyjnej i klimatyzacyjnej w obiektach użyteczności publicznej w związku z rozprzestrzenianiem się COVID-19, jak również w przypadku szkół wyposażonych w systemy wentylacyjno-klimatyzacyjne, zalecano przed rozpoczęciem roku szkolnego przeprowadzenie kontroli pracy systemu, w tym przeglądu technicznego i sanitarnego (m.in. kontrola szczelności systemu oraz w miarę możliwości wymiana filtrów powietrza).

Ponadto, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2020 wydały 14 101 opinii sanitarnych dotyczących zawieszenia zajęć w szkołach i zmiany trybu nauczania na tryb zdalny lub hybrydowy, na podstawie § 18 ust. 2a rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach⁷. Blisko 94% spośród wszystkich wydanych stanowisk organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej dotyczyło opinii pozytywnych tj. przychylających się do wniosków dyrektorów placówek w zakresie zmiany trybu nauczania.

Należy dodatkowo wskazać, że mimo ograniczeń w funkcjonowaniu placówek oświatowych prowadzono wiele prac remontowych, co poprawiło stan sanitarny oraz wygląd estetyczny obiektów.

⁷ Dz. U. z 2020 poz. 1166 z późn. zm.



STAN SANITARNY PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

- **Warunki higieniczno-sanitarne, jakie powinien spełniać sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne**
- **Odpady medyczne - postępowanie w miejscu wytworzenia**

1. Informacje ogólne

Rok 2020 ze względu na wprowadzenie na terenie kraju stanu epidemii, był rokiem szczególnym. Działalność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej skupiona była na realizacji działań w zakresie zwalczania chorób zakaźnych, a kontrole podmiotów wykonujących działalność leczniczą zostały zrealizowane w mniejszym zakresie.

W 2020 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawowała nadzór nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinny spełniać pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w ok. 91 tys. (90 945) podmiotów leczniczych.

Celem prowadzonych działań była ochrona zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Na ocenę warunków higieniczno-sanitarnych placówek wpływały:

- ◆ stwierdzony stan techniczny pomieszczeń i urządzeń,
- ◆ warunki zaopatrzenia w bieżącą wodę ciepłą i zimną obejmujące stan instalacji i urządzeń wodociągowych wewnątrz budynków,
- ◆ sposób prowadzenia gospodarki odpadami medycznymi, postępowanie z brudną i czystą bielizną,
- ◆ postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w miejscach stacjonarnego i całodobowego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Stan higieniczno-sanitarny placówek działalności leczniczej był kontrolowany pod kątem zgodności z wymaganiami przepisów:

- ◆ ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*¹ i przepisów wykonawczych do ww. ustawy² i ³,
- ◆ ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach*⁴ i wydanego na jej podstawie (art. 33 ust. 2 ustawy) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. *w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi*,
- ◆ – w kontekście przepisów
- ◆ ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*⁵,

1 Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.

2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2019 r. poz. 595), poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2012 r., poz. 739)

3 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. *w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta* (Dz.U. z 2012 r. poz. 420)

4 Dz.U. z 2020 r. poz. 797, z późn. zm.

5 Dz.U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm

- ◆ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*⁶, i przepisów wykonawczych do ustawy⁷,
- ◆ ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – *Prawo budowlane*⁸ i przepisów wykonawczych do ustawy⁹,
- ◆ ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o *zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków*¹⁰ i przepisów wykonawczych do ustawy¹¹.

W dniu 15 marca 2020 r. weszła w życie ustawa z dnia 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz niektórych innych ustaw¹², w związku z tym wszystkie dotychczas nadzorowane przez WSSE podmioty lecznicze zostały przekazane do właściwych PSSE celem objęcia ich nadzorem.

2. Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze

Oceny stanu sanitarno-higienicznego dokonywano na podstawie kontroli pomieszczeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

1) przez podmioty wykonujące działalność leczniczą:

- ◆ udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych: szpitale (szpitale ogólne, specjalistyczne, jednolodowe, uzdrowiskowe) i inne niż szpitale (np. zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, sanatoria, hospicja i inne),
- ◆ udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych: przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice, zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne, zakłady rehabilitacji leczniczej i inne, w tym uzdrowiskowe;

2) w ramach działalności leczniczej wykonywanej przez praktykę zawodową:

- ◆ indywidualne praktyki lekarskie, w tym indywidualne praktyki lekarzy dentystów,
- ◆ indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, w tym indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentystów,
- ◆ grupowe praktyki lekarskie, w tym grupowe praktyki lekarzy dentystów,
- ◆ indywidualne praktyki pielęgniarek,
- ◆ indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek,
- ◆ grupowe praktyki pielęgniarek.

6 Dz.U. z 2020r. poz. 1320, z późn. zm.

7 m. in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz.U. 2005 Nr 81, poz. 716, z późn. zm.)

8 Dz.U. z 2020 r. poz. 1333, z późn. zm.

9 rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. z 2019 r. poz. 1065, z późn. zm.)

10 Dz.U. z 2020 r. poz. 2028, z późn. zm.

11 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294, z późn. zm.)

12 Dz. U. z 2020 r. poz. 322

2.1. Działalność lecznicza realizowana przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

W 2020 r. w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 35 431 obiektów działalności leczniczej realizowanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Ogółem skontrolowano 4 433 obiekty, co stanowi 12,51% ujętych w ewidencji placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W 113 placówkach stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny i techniczny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, tj. 2,54% spośród skontrolowanych obiektów.

W 50 przypadkach (1,12% skontrolowanych obiektów) odnotowano nieprawidłowości tylko higieniczno-sanitarne. W 111 obiektach (2,50% skontrolowanych obiektów) stwierdzono niezadowalający stan techniczny.

Tab. 38 Liczba skontrolowanych placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

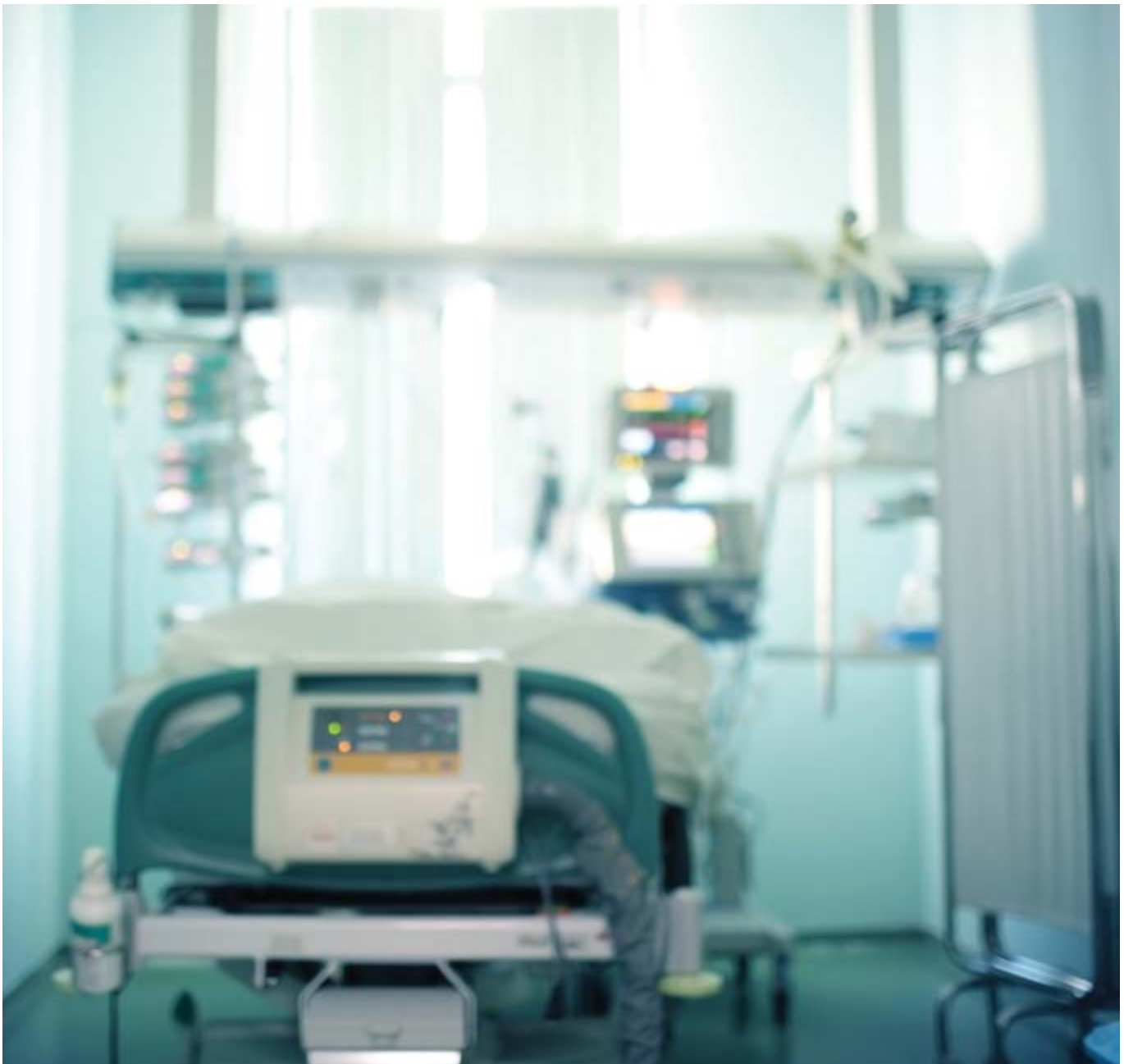
Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze	ogółem skontrolowanych	ze stwierdzonym złym stanem		
		higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Szpitalne ogółem	397	38	2	64
w tym szpitale jednodniowe	35	0	0	0
w tym szpitale uzdrowiskowe	22	0	0	0
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	69	5	0	2
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	24	0	0	1
Zakłady rehabilitacji leczniczej	18	1	0	0
Sanatoria	87	2	0	2
Hospicja	21	0	0	0
Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	57	1	1	2
Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	3 044	53	42	34
Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	199	6	2	3
Zakłady rehabilitacji leczniczej	202	5	3	1
Inne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ogółem	315	2	0	2
w tym uzdrowiskowe	6	0	0	0

2.2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Szpital

W 2020 r. ogółem **skontrolowano 397 szpitali na 1 212** ujętych w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 104 obiektach skontrolowanych stwierdzono uchybienia:

- ◆ w 38 przypadkach (co stanowi 9,57% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego łącznie,
- ◆ w 2 przypadkach (co stanowi 0,50% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego,
- ◆ w 64 przypadkach (co stanowi 16,12% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu technicznego.



Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

W 2020 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały następujące obiekty udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, innych niż świadczenia szpitalne:

- ◆ 69 zakładów opiekuńczo-leczniczych na 342 ujęte w ewidencji, co stanowi 20,17% objętych nadzorem,
- ◆ 24 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze na 175 ujętych w ewidencji, co stanowi 13,71% objętych nadzorem,
- ◆ 18 zakładów rehabilitacji leczniczej na 97 ujętych w ewidencji, co stanowi 18,55% objętych nadzorem,
- ◆ 87 sanatoriów na 252 ujęte w ewidencji, co stanowi 34,52% objętych nadzorem,
- ◆ 21 hospicjów na 116 ujętych w ewidencji, co stanowi 18,10% objętych nadzorem,
- ◆ 57 na 347 ujętych w ewidencji, co stanowi 16,42% objętych nadzorem, obiektów innych podmiotów oferujących usługi lecznicze, świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego itp.

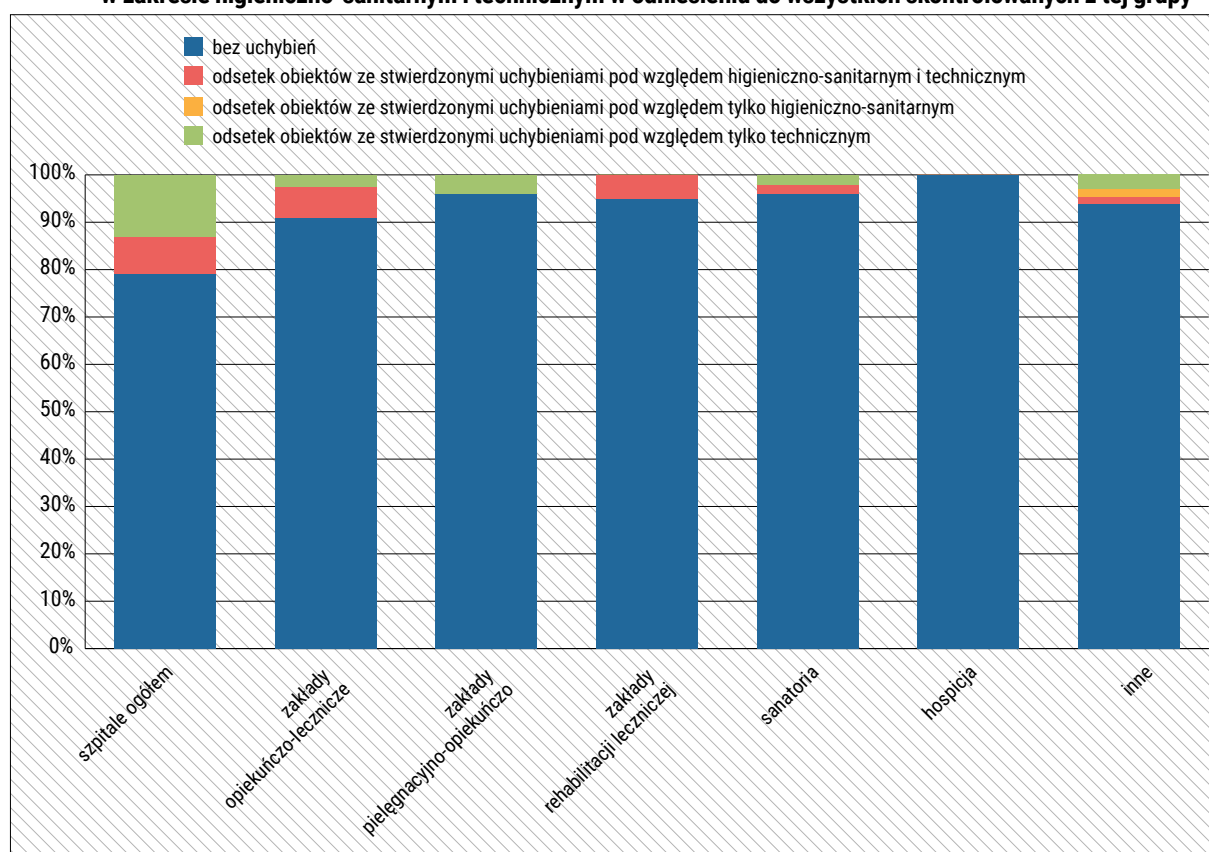
Na negatywną ocenę placówek lecznictwa zamkniętego miały wpływ następujące nieprawidłowości:

- ◆ brak wyodrębnionych lub prawidłowo wyposażonych izolatek w oddziałach dziecięcych, oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii oraz w oddziałach leczenia gruźlicy,
- ◆ brak odpowiedniej wentylacji nawiewno-wywiewnej lub klimatyzacji w wyżej wymienionych oddziałach;
- ◆ brak zapewnienia warunków izolacji pacjentom, u których wyizolowano biologiczny czynnik chorobotwórczy o szczególnej zjadliwości;
- ◆ brak wydzielonych gabinetów diagnostyczno-zabiegowych, punktów pielęgniarских oraz pokoi przygotowawczych pielęgniarских;
- ◆ brak wydzielonych lub odpowiednio wyposażonych pomieszczeń higieniczno-sanitarnych w oddziałach, w tym pomieszczeń dostosowanych dla osób niepełnosprawnych, szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich;
- ◆ brak prawidłowo zorganizowanych brudowników i pomieszczeń porządkowych;
- ◆ brak opracowanych lub wdrożonych procedur sanitarno-epidemiologicznych w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych;
- ◆ brak realizacji kontroli wewnętrznych realizowanych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, wynikających z obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia;
- ◆ nieprawidłowe postępowanie z narzędziami chirurgicznymi po użyciu (niewłaściwa dekontaminacja narzędzi, brak lub niepełna dokumentacja kontroli procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji);
- ◆ nieprawidłowe przechowywanie sterylnej sprzętu medycznego;
- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian, sufitów, podłóg, powierzchni stolarki drzwiowej, wyposażenia oraz armatury sanitarnej, co utrudniało lub uniemożliwiało przeprowadzenie prawidłowej dekontaminacji powierzchni
- ◆ nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi.

Postępowanie z bielizną szpitalną w obiektach stacjonarnej opieki zdrowotnej regulują opracowane i wdrożone procedury szpitalne uwzględniające warunki lokalowe oraz zapisy umów zawartych z pralniami zewnętrznymi piorącymi bieliznę szpitalną i zapewniającymi transport bielizny czystej i brudnej. Większość szpitali przekazuje bieliznę do pralni, zapewniających właściwe monitorowanie technologicznego procesu prania i skutecznej dezynfekcji.

Pranie bielizny i pościeli z obiektów lecznictwa zamkniętego zlecane jest głównie podmiotom zewnętrznym.

Wyk. 74 Odsetek obiektów udzielających stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze stwierdzonymi uchybieniami w zakresie higieniczno-sanitarnym i technicznym w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych z tej grupy



2.3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej, badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym, w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.

Spośród 25 322 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w formie ambulatoryjnego udzielania świadczeń zdrowotnych skontrolowano 3 044, tj. 12,02 % ogółu.

- ◆ w 53 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 1,74% skontrolowanych placówek.
- ◆ w 42 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowi 1,37% skontrolowanych placówek.
- ◆ w 34 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowi 1,11% skontrolowanych obiektów.

Odsetek skontrolowanych placówek ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych obiektów z tej grupy ujętych w ewidencji utrzymywał się na zbliżonym niskim poziomie i oscylował:

- ◆ od 2,3 do 2,83% w zakresie higieniczno-sanitarnym i technicznym łącznie;
- ◆ od 0,92 do 1,23% w zakresie wyłącznie higieniczno-sanitarnym;
- ◆ od 1,63 do 2,36% w zakresie wyłącznie technicznym.

Tab. 39 Tabela danych porównawczych wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2017-2020

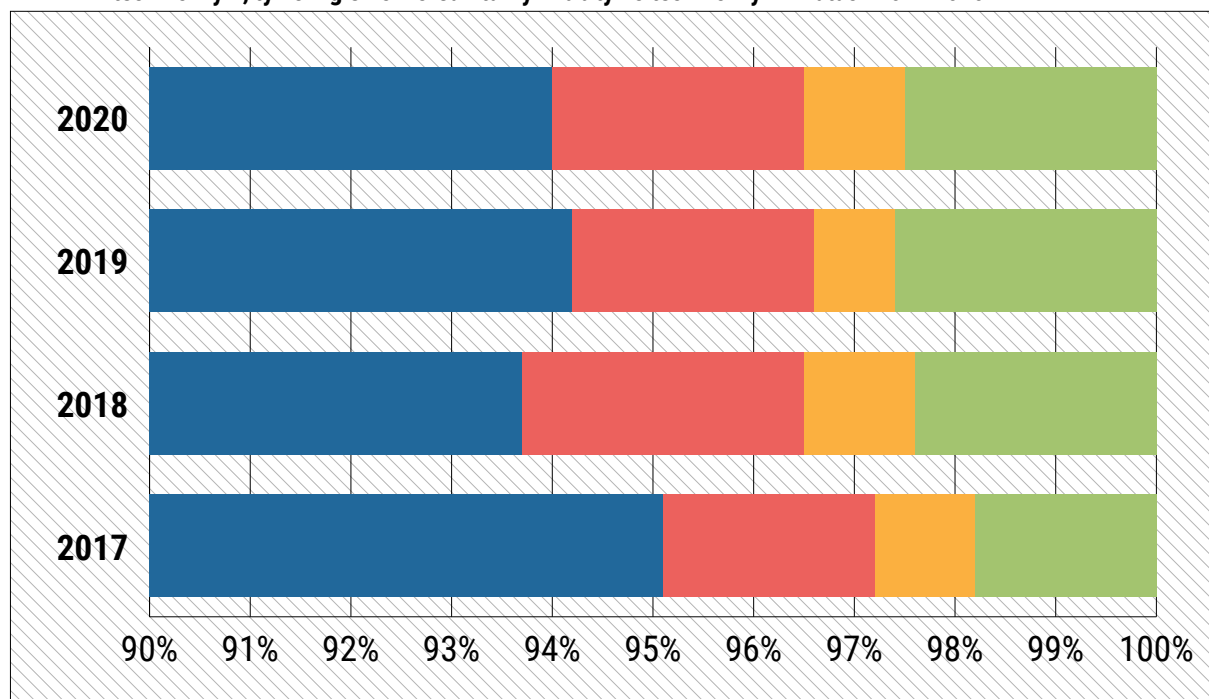
obiekty ogółem	wg ewidencji stan na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
2017	32 044	20 150	463	186	329
	100%	63%	2,30%	0,92%	1,63%
2018	34 096	20 725	586	255	481
	100%	61%	2,83%	1,23%	2,32%
2019	30 793	17 814	475	180	420
	100%	58%	2,67%	1,01%	2,36%
2020	35 431	4433	113	50	111
	100%	12,5%	0,32%	0,14%	0,31%

2.4. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową

Indywidualne praktyki lekarskie/pielęgniarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie/pielęgniarskie i grupowe praktyki lekarskie/pielęgniarskie

Spośród 55 514 placówek udzielających świadczeń zdrowotnych w formie praktyki zawodowej skontrolowano ogółem 2 885, tj. 5,19% (w 2019 r. – 32%), w 2018 r. – 34%, w 2017 r. – 36%) objętych nadzorem:

Wyk. 75 Procentowy udział obiektów działalności leczniczej ze stwierdzonym złym stanem higieniczno-sanitarnym i technicznym, tylko higieniczno-sanitarnym lub tylko technicznym w latach 2017-2020.



- ◆ w 17 przypadkach (0,58% skontrolowanych ogółem) stwierdzono zły stan sanitarno-higieniczny i techniczny,
- ◆ w 21 przypadkach niezadawalający stan sanitarno – techniczny (0,72% skontrolowanych ogółem),
- ◆ w 14 przypadkach zły stan techniczny (0,48% skontrolowanych ogółem).

Najczęściej występowały nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi oraz dotyczące:

- ◆ niewłaściwego stanu sanitarno-technicznego ścian i sufitów w pomieszczeniach do przechowywania odpadów medycznych,
- ◆ braku w pomieszczeniu na magazynowanie odpadów medycznych drzwi wejściowych bez progu, o odpowiedniej szerokości i wysokości gwarantującej swobodny dostęp;
- ◆ braku przy pomieszczeniu magazynowania odpadów medycznych umywalki z bieżącą ciepłą i zimną wodą, wyposażoną w dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku, zainstalowaną w sposób umożliwiający co najmniej umycie rąk bezpośrednio po wyjściu z pomieszczenia;
- ◆ niezabezpieczenia wejścia do pomieszczenia magazynowania odpadów medycznych przed dostępem osób nieupoważnionych oraz dostępem owadów, gryzoni i innych zwierząt.

Tab. 40 Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową

działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową	ogółem skontrolowanych	ze stwierdzonym złym stanem		
		higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
indywidualne praktyki lekarskie ogółem	1 256	7	8	2
w tym indywidualne praktyki lekarzy dentystów	1 089	3	7	2
indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie ogółem	1 218	8	12	10
w tym indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentystów	480	6	5	3
grupowe praktyki lekarskie ogółem	85	0	0	0
w tym grupowe praktyki lekarzy dentystów	75	0	2	0
indywidualne praktyki pielęgniarek	116	0	0	0
indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek	23	0	0	0
grupowe praktyki pielęgniarek	77	0	0	1
Inne (mieszane)	110	2	1	1



3. Postępowanie z odpadami medycznymi

W 2020 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna, realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego, sprawowała nadzór nad postępowaniem z odpadami medycznymi.

Odpady medyczne to odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny.

Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi dotyczyły głównie placówek udzielających świadczeń zdrowotnych w formie praktyk zawodowych.

Najczęściej występowały nieprawidłowości takie jak:

- ◆ brak właściwego oznakowania pojemników oraz worków na odpady medyczne,
- ◆ brak prowadzonego rejestru odczytu temperatur w urządzeniach chłodniczych,
- ◆ brak aktualizacji procedury postępowania z odpadami medycznymi,
- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny pomieszczeń do przechowywania odpadów medycznych.

W celu wprowadzenia najwyższych standardów sanitarnych i zasad bezpieczeństwa przy unieszkodliwianiu odpadów medycznych oraz mogącym pojawić się w związku z epidemią COVID-19 problemie wzrostu ilości wytwarzanych odpadów medycznych o właściwościach zakaźnych w 2020 r. wprowadzono dodatkowe szczegółowe regulacje:

- ◆ w ustawie o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych z dnia 2 marca 2020 r.¹³,
- ◆ w Wytycznych Ministra Klimatu i Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie postępowania z odpadami wytwarzanymi w czasie występowania zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i zachorowań na wywoływaną przez niego chorobę COVID-19 (w czasie trwania pandemii/epidemii),
- ◆ w Wytycznych dla wojewodów dotyczących stosowania art. 11i ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych z dnia 2 marca 2020 r.,

W Wytycznych Ministra Klimatu i Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie postępowania z odpadami wytwarzanymi w czasie występowania zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i zachorowań na wywoływaną przez niego chorobę COVID-19 (w czasie trwania pandemii/epidemii) omówiono postępowanie z odpadami medycznymi wytwarzanymi w czasie epidemii/pandemii. Wytyczne uwzględniają zarówno postępowanie w przypadku odpadów wytwarzanych przez osoby zdrowe, takie jak m.in. środki zapobiegawcze stosowane w miejscu pracy czy komunikacji miejskiej jak i postępowanie z odpadami wytworzonymi w miejscu kwarantanny lub

¹³ Dz.U. z 2020 r. poz. 374

izolacji przez osoby narażone na zakażenie SARS-CoV-2, zakażone nim, chore oraz mające bezpośredni kontakt z osobami zakażonymi. Warto zwrócić uwagę, że przedmiotowe wytyczne mają zastosowanie do całego gospodarstwa domowego, w którym taka osoba się znajduje. Ponadto w niniejszych wytycznych znalazły się szczegółowe zalecenia w przedmiotowym zakresie dla gmin oraz podmiotów zajmujących się odbiorem i gospodarowaniem odpadami.



4. Podsumowanie

Ogółem w 2020 r. skontrolowano 7 318, to jest 8% placówek udzielających świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze oraz przez praktykę zawodową wykonujące działalność leczniczą spośród wszystkich 90 945 placówek ujętych w ewidencji. W 326 placówkach stwierdzono zły stan sanitarny, co stanowi 4,45%.

Na podstawie wyników kontroli podejmowano stosowne działania wyjaśniające i egzekwujące.


W odróżnieniu od lat ubiegłych w roku sprawozdawczym 2020 skontrolowano mniej placówek działalności leczniczej. Część placówek zawiesiła lub ograniczyła działalność do minimum, co również wpłynęło na spadek liczby kontroli.

Zadania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zostały skierowane na podejmowane na bieżąco działania przeciwepidemiczne, w tym także w zakresie stosowanych procedur dotyczących reżimu sanitarnego mającego na celu eliminację zagrożenia epidemiologicznego oraz ryzyka rozwoju epidemii.

Wspierano szpitale przeprowadzające reorganizację związaną z koniecznością dostosowania swoich struktur do wymagań przeciwepidemicznych wynikających ze specyfiki zakażenia SARS-CoV-2. Udzielano zespołom kontroli zakażeń szpitalnych oraz innym przedstawicielom podmiotów leczniczych konsultacji w zakresie dostosowania pomieszczeń do udzielania w nich świadczeń oraz warunków bhp w zakresie środków ochrony osobistej adekwatnych do zagrożenia zdrowotnych dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19.

5. Wnioski

- ◆ ocena stanu sanitarnego w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych w roku 2020, ze względu na specyficzne warunki wynikające z pandemii COVID-19 jest niewspółmierna do lat wcześniejszych,
- ◆ zmniejszeniu uległa liczba przeprowadzonych kontroli (działalność kontrolna ograniczona była do sytuacji interwencyjnych),
- ◆ nastąpiła zmiana priorytetów działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zwiększono zaangażowanie w zadania związane z przeciwdziałaniem epidemii,
- ◆ wspierano szpitale przeprowadzające reorganizację związaną z koniecznością dostosowania swoich struktur do wymagań przeciwepidemicznych wynikających ze specyfiki zakażenia SARS-CoV-2,
- ◆ wzmożonej ocenie poddano procedury: dekontaminacji powierzchni i sprzętu medycznego wielokrotnego użytku, gospodarki odpadami medycznymi, postępowania z bielizną brudną i czystą, postępowania ze zwłokami osób zmarłych w podmiotach leczniczych.

A photograph of a red and white striped navigational marker (a buoy or post) standing on a grassy bank next to a river. In the background, there are several buildings, including a prominent white one with a tower, and trees. The sky is overcast. The image has a slight red tint on the right side.

**DZIAŁALNOŚĆ PAŃSTWOWYCH GRANICZNYCH
INSPEKTORÓW SANITARNYCH (PGIS) W ZAKRESIE
ZABEZPIECZENIA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEGO
GRANIC RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
I UNII EUROPEJSKIEJ W 2020 ROKU**

Od czasu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, północno-wschodnie granice Polski stały się zewnętrznymi granicami Unii Europejskiej i od tej chwili Państwowa Inspekcja Sanitarna strzeże również granic wspólnotowych.

Równoczesne otwarcie granic i rozwój transportu międzynarodowego (głównie lotniczego), a także groźba użycia czynników zakaźnych w celach terrorystycznych sprawiły, że coraz więcej chorób stało się realnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego w wymiarze międzynarodowym.

W ramach realizacji ustawowych zadań, Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni (PGIS) monitorują zagrożenia i na bieżąco oceniają sytuację epidemiologiczną wzdłuż granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nadzorując zabezpieczenie granicy przed zawleczeniem do kraju chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

Istotną część działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowią działania PGIS dla obszarów przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych. Realizację ww. zadań, wykonuje 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych (GSSE) w: Dorohusku, Elblągu, Gdyni, Hrebennem, Koroszczynie, Przemyślu, Suwałkach, Szczecinie, Świnoujściu oraz Warszawie.



1. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych

Głównymi zadaniami realizowanymi przez PGIS są:

1. Ochrona sanitarno-epidemiologiczna granic państwa i Unii Europejskiej przed zawleczeniem do kraju wysoce niebezpiecznych chorób zakaźnych.
2. Sprawowanie nadzoru sanitarnego nad środkami spożywczymi, substancjami pomagającymi w przetwarzaniu, materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością przekraczającymi granicę.
3. Nadzór nad nowymi produktami wprowadzanymi do obrotu, a mogącymi stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi.
4. Nadzór sanitarny nad ruchem pasażerskim i towarowym w morskich, lotniczych i lądowych przejściach granicznych.
5. Nadzór nad jakością wody przeznaczoną do spożycia przez ludzi w środkach transportu morskiego, powietrznego i kolejowego.
6. Sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów sanitarno-higienicznych nad infrastrukturą na obszarach przejść granicznych.
7. Nadzór nad przestrzeganiem przepisów określających warunki zdrowotne środowiska pracy, w zwłaszcza zapobiegania powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy.
8. Współpraca ze służbami i organami kontrolnymi działającymi na granicy państwa w celu zapewnienia skutecznej ochrony sanitarno-epidemiologicznej granic państwa.
9. Prowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych i promujących zdrowie wobec osób przekraczających granice państwa, w zakresie aktualnych zagrożeń.

Zgodnie z posiadanymi kompetencjami, nadzór nad GSSE w zakresie prowadzonych granicznych kontroli sanitarnych, zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego granic oraz nadzór w zakresie organizacyjnym i finansowym sprawuje Główny Inspektor Sanitarny.

Bieżący i zapobiegawczy nadzór sanitarno-epidemiologiczny prowadzony jest przez Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych na podstawie ściśle określonych zasad współpracy z innymi organami kontroli granicznej oraz jednostkami i służbami zaangażowanymi w zapewnienie bezpieczeństwa osób przekraczających wewnętrzną granicę (strefa Schengen) oraz granicę Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącą granicę zewnętrzną Unii Europejskiej:

1. Strażą Graniczną;
2. Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym;
3. Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym;
4. Granicznym Lekarzem Weterynarii;
5. Wojewódzkimi/powiatowymi centrami zarządzania kryzysowego;
6. Służbami medycznymi/podmiotami leczniczymi;
7. Przedstawicielami linii lotniczych/agentami statków morskich.

2. Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) związku z epidemią COVID-19

PGIS prowadzili wzmożony nadzór nad przypadkami zachorowań na choroby zakaźne zawleczone drogą powietrzną, morską i lądową ze szczególnym uwzględnieniem COVID-19. W dobie epidemii prowadzone były liczne konsultacje i analizy w ramach zabezpieczenia przeciwepidemicznego w podległym terenie. W przypadku wystąpienia zachorowania na COVID-19 wśród pasażerów/załóg statku powietrznego, pasażerów/załóg statków przebywających lub remontowanych w podległych portach, wśród osób przekraczających drogę lądową prowadzone były działania polegające na nałożeniu kwarantanny lub izolacji, we współpracy z państwowymi powiatowymi inspektorami sanitarnymi w poszczególnych województwach w przypadku konieczności przekazywania dalszego nadzoru chorych zgodnie z miejscem zamieszkania. Podczas prowadzonych kontroli zwracano szczególną uwagę na przestrzeganie przepisów przeciwepidemicznych, w szczególności zapewnienia pasażerom środków dezynfekcyjnych, utrzymywania przez personel dystansu oraz stosowania środków ochrony osobistej.

W ramach ochrony sanitarnej i epidemiologicznej granicy państwa pracownicy granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych nadzorujących lotniska, porty morskie, przejścia lądowe:

- ◆ monitorowali sytuację epidemiologiczną na świecie;
- ◆ sprawowali nadzór nad ruchem pasażerskim;
- ◆ zajmowali się dystrybucją oraz zbieraniem Kart Lokalizacji Pasażera (KLP) w odniesieniu do statków powietrznych;
- ◆ zajmowali się przygotowaniem i dystrybucją ulotek;
- ◆ prowadzili nadzór nad zgłaszalnością chorób zakaźnych oraz przekazywaniem zgłoszenia rozpoznania lub powzięcia podejrzenia zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej państwowym powiatowym inspektorom sanitarnym (ZLK-1);
- ◆ prowadzili dochodzenia epidemiologiczne w przypadku uzyskania informacji o dodatnim wyniku w kierunku koronawirusa pasażera lub pracownika lotniska/portu morskiego;
- ◆ wspomagali państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych w zakresie nadzoru epidemiologicznego,
- ◆ sprawowali nadzór nad stanem sanitarno-porządkowym obiektów użyteczności publicznej na lotniczych, morskich, lądowych przejściach granicznych;
- ◆ prowadzili kontrole sanitarne w nadzorowanych obiektach w ramach przestrzegania obostrzeń COVID-19, w tym oceniano stan sanitarno-higieniczny ambulatorium przeznaczonego do udzielania pomocy medycznej dla pasażerów oraz izolatki przeznaczonej dla pasażerów podejrzanych o zachorowanie na chorobę zakaźną,
- ◆ współpracowali ze służbami działającymi na terenie portów lotniczych, morskich, przejściach lądowych;
- ◆ zarządzającym portami lotniczymi, portami morskimi przekazywano informacje o zagrożeniach, informowano o aktualizowanych na bieżąco wytycznych oraz komunikatach dotyczących sytuacji epidemiologicznej znajdujących się na stronach Głównego Inspektoratu Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia.



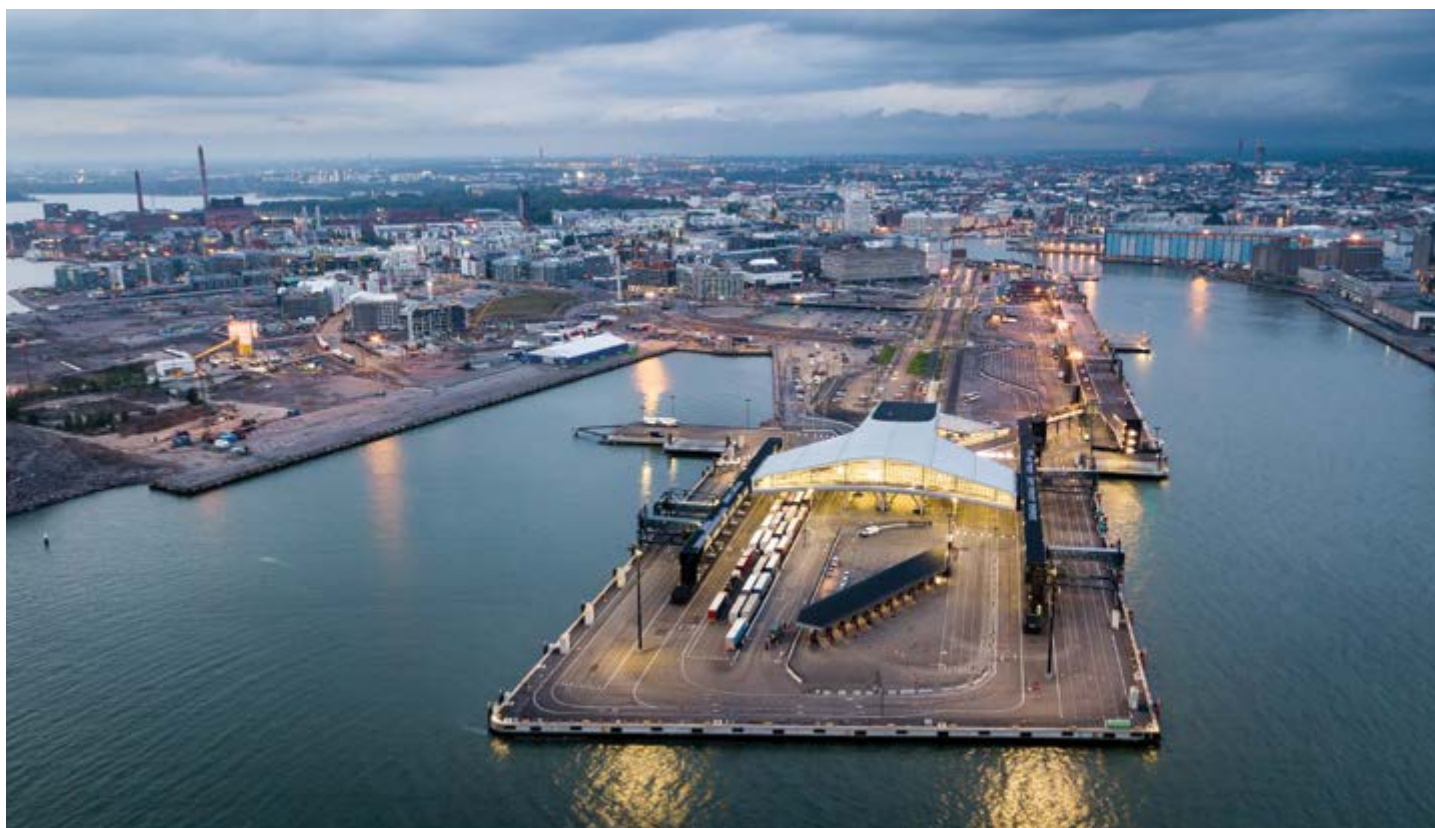
Działania w roku 2020 skoncentrowane były na ograniczaniu rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2. Pracownicy stacji w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych rozpoczęli korzystanie z systemów elektronicznej wymiany informacji (EWP) wspomagających zarządzanie procesem wymiany danych o osobach u których rozpoznano lub powzięto podejrzenie zakażenia. Łącznie udzielono kilkudziesięciu tysięcy informacji związanych z SARS-CoV-2 i sytuacją epidemiologiczną.

3. Działania GSSE w obszarze portów morskich i jednostek pływających

W 2020 r. we współpracy z ówczesnym Ministerstwem Gospodarki Morskiej i Żeglugi Śródlądowej oraz ze służbami morskimi zostały wydane zaktualizowane „Wytyczne do postępowania Państwowego Granicznego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie, Świnoujściu, Gdyni i Elblągu na wypadek zawleczenia choroby zakaźnej drogą morską”.

Główny Inspektor Sanitarny realizował zadania związane z ochroną zdrowia publicznego wpisujące się w politykę morską państwa poprzez wykonywanie przez podległe Graniczne Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne w Gdyni, Szczecinie, Świnoujściu i Elblągu w oparciu o m.in. Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne działań z zakresu:

- ◆ nadzoru sanitarnego nad jednostkami pływającymi o polskiej i obcej przynależności:
 - ✦ łącznie przeprowadzono **643 kontrole** jednostek w celu wydania Świadectwa Zwolnienia Statku z Zabiegów Sanitarnych (**Ship Sanitation Control Exemption Certificate (SSCEC)**). Taką samą liczbę wydano certyfikatów;



- ✦ łącznie przeprowadzono **55 kontroli** punktów medycznych na jednostkach o obcej przynależności celem wydania **Certyfikatu Medycznego (Medical Certificate)** dot. spełnienia minimalnych wymagań w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w celu zapewnienia wyższego poziomu leczenia na jednostkach pływających. Taka samą liczbę wydano certyfikatów;
- ✦ łącznie przeprowadzono **9 kontroli** na zlecenie armatorów i właścicieli jednostek pływających, celem wydania przez Urząd Morski **Karty Bezpieczeństwa Żeglugi**;
- ◆ nadzoru sanitarnego nad portowymi obiektami lądowymi (punkty gastronomiczne, infrastruktura portowa, zakłady pracy) i przystaniami;
 - ✦ łącznie przeprowadzono **1 132 kontrole**;
- ◆ nadzór sanitarny nad jednostkami pływającymi (promy pasażerskie, rekreacyjne i turystyczne) o polskiej przynależności, odbywających rejsy po morskich wodach terytorialnych RP oraz morskich wodach wewnętrznych obejmujących polskie porty:
 - ✦ łącznie przeprowadzono **607 kontroli**;
- ◆ nadzoru nad wszelkimi zabiegami dezynfekcyjnymi, dezynsekcijnymi i deratyzacyjnymi wykonywanymi na terenie obiektów portowych i na statkach;
- ◆ wykonywania obowiązków wynikających z międzynarodowych przepisów zdrowotnych i konwencji międzynarodowych ratyfikowanych przez Polskę, w tym wykonywanie szczepień ochronnych wymaganych w ruchu międzynarodowym. Łączna liczba wykonanych **szczepień w 2020 roku to 351**:
 - ✦ w Granicznej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie prowadzony jest jeden z nielicznych w kraju – referencyjny punkt szczepień ochronnych dla marynarzy oraz osób podróżujących do wszystkich krajów świata. Liczba **szczepień w 2020 roku to 351**;
- ◆ poradnictwa z zakresu medycyny podróży i szczepień obowiązkowych i zalecanych oraz profilaktyki chorób zakaźnych i pasożytniczych:
 - ✦ w 2020 roku udzielono **431 porad**;
- ◆ kontroli, zapobiegania i nadzoru nad przypadkami zachorowań na choroby zakaźne zawleczone drogą morską, przeprowadzanie wywiadów i dochodzeń epidemiologicznych;
- ◆ współdziałania przy organizowaniu i kierowaniu akcją sanitarną w przypadku zaistnienia stanów masowego zagrożenia i stanów awaryjnych na obszarze wód terytorialnych;
- ◆ nadzoru nad warunkami sanitarnymi transportu pasażerskiego na przejściach granicznych morskich;
- ◆ nadzór sanitarny nad jakością wody z urządzeń służących do zaopatrywania w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi i na potrzeby gospodarcze na jednostkach pływających i w obiektach portowych:
 - ✦ **w 2020 roku pobrano 332 próbki wody pitnej** ze zbiorników statków morskich, jednostek żeglugi śródlądowej oraz infrastruktury portowej do badań mikrobiologicznych,;
- ◆ uczestniczenia w dopuszczeniu do użytku statków morskich;
- ◆ uzgadniania lub opiniowania dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczących budowy oraz zmiany sposobu użytkowania statków morskich, a także związane z przeprowadzaniem oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko.



OŚWIATA ZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA



1. Programy edukacyjne

1.1. Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowany do uczniów IV klas szkół podstawowych

„Bieg po zdrowie” jest programem antytytoniowej edukacji zdrowotnej, opracowanym przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z psychologami. Program został objęty honorowym patronatem Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej oraz Rzecznika Praw Dziecka.

W roku szkolnym 2019/2020 zrealizowana została IV edycja programu. Przystąpiło do niej 22% szkół podstawowych, a odsetek klas IV biorących udział wyniósł 24%. Ta edycja objęła swoim zasięgiem 44 216 uczniów klas IV, co stanowi 21% wszystkich uczniów klas IV w kraju. Jednocześnie zaznaczyć należy, iż realizacja programu w roku 2020 była ograniczona ze względu na sytuację epidemiczną w kraju. Pandemia koronawirusa wymusiła naukę zdalną, a co za tym idzie zamknięcie szkół, przez co wiele placówek nie zdołało zrealizować programu.

W 651 klasach (30% realizujących klas) program został rozszerzony o dodatkowe działania, wzmacniające jego przekaz m.in.: tworzenie komiksów, gazetek, prezentacji multimedialnych, scenek tematycznych, wykonanie kampanii reklamowej promującej niepalenie papierosów. Dodatkowo miały miejsce także projekcje filmów na temat szkodliwości palenia tytoniu, apele profilaktyczne oraz wystawy ukazujące szkodliwość palenia tytoniu. Zgodnie z założeniami programu „Bieg po zdrowie” odnotowano także aktywny udział i zaangażowanie rodziców/opiekunów dzieci – 33 815 rodziców/opiekunów brało czynny udział w realizacji programu oraz uczestniczyło w spotkaniach edukacyjnych.



1.2. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych

Jednym z priorytetów działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest zabezpieczenie prawa osób niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego oraz pary z papierosów elektronicznych. Mimo, iż na przestrzeni ostatnich lat obserwujemy spadek odsetka osób narażonych na bierne palenie w miejscach publicznych, wciąż istotne znaczenie mają działania których celem jest podtrzymanie tendencji spadkowej towarzyszącej temu zjawisku. Dostępne badania wskazują jednoznacznie, że nie ma bezpiecznego poziomu narażenia na dym tytoniowy. Każdy obywatel ma konstytucyjne prawo do ochrony swojego zdrowia, a narażenie na bierne palenie, szczególnie w przestrzeni publicznej, zdecydowanie to prawo narusza. Dlatego istotne jest, aby w obiektach objętych przepisami ustawy z 9 listopada 1995 r. o *ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* (Dz.U. z 2021 r. poz. 276.) przeprowadzać cykliczne kontrole sprawdzające przestrzeganie tych przepisów oraz, w razie wykrycia nieprawidłowości, skutecznie egzekwować prawo.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania bieżącego nadzoru w zakresie warunków i wymogów higieniczno-sanitarnych prowadzi systematyczne kontrole przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej.

W 2020 r. przeprowadzono łącznie 83 251 kontroli, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zakazu palenia tytoniu. Epidemia koronawirusa, która wymusiła zamknięcie wielu miejsc użyteczności publicznej oraz zaangażowanie pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dodatkowe działania, znacząco wpłynęła na spadek liczby dokonanych kontroli w porównaniu z rokiem 2019.

Z wykonanych kontroli wynika, że ustawa w 2020 r. była stosowana w 99,96% (n=83 219) obiektów użyteczności publicznej. Natomiast w 0,04% skontrolowanych obiektach (n=32) stwierdzono nieprzestrzeganie przepisów ustawy. Ze wszystkich przypadków, najliczniejszą grupą obiektów, w których nie były przestrzegane zapisy ustawy, były lokale gastronomiczno-rozrywkowe – 34,38% (n=11). Ustawa była przestrzegana w 100% pomieszczeń obiektów sportowych, których skontrolowano 892, jednostkach organizacyjnych systemu oświaty (11 484 skontrolowane miejsca), uczelniach wyższych (57 skontrolowanych placówek) jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej (749 skontrolowanych miejsc) oraz w obiektach służących obsłudze podróżnych (1800 skontrolowanych miejsc).

Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2020 r. wystawiły łącznie 26 mandatów, na łączną kwotę 6 650,00 zł za łamanie zakazu palenia papierosów tradycyjnych, palenia e-papierosów oraz za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem.

1.3. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”

W roku szkolnym 2019/2020 została zrealizowana VII edycja programu edukacyjnego pt. „ARS, czyli jak dbać o miłość?”, w ramach Projektu KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Zasadniczym celem programu jest ograniczenie niekorzystnych następstw zdrowotnych, prokreacyjnych i społecznych związanych z używaniem i nadużywaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież wchodzącą w dorosłe życie. Znaczenie ma fakt, iż w program „ARS, czyli jak dbać o miłość?” podchodzi do tego zagadnienia w sposób innowacyjny. Program nie skupia się na typowym przekazie dotyczącym negatywnych skutków korzystania z używek, a pokazuje problem w kontekście przyszłości i planowania rodziny. Jego zamierzeniem jest wskazanie, jak nadużywanie substancji psychoaktywnych może negatywnie wpływać na wartości uznawane przez młodych ludzi za ważne w życiu, jakim jest miłość i bezpieczeństwo. Dodatkowo problem ujęty jest także w odniesieniu do macierzyństwa oraz ojcostwa, gdyż w okresie tym zachowania ryzykowne związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych mogą być bardzo szkodliwe. W 2018 r., program „ARS, czyli jak dbać o miłość” został wpisany do Bazy Programów Rekomendowanych jako program spełniający standardy jakości poziomu I, do kategorii programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. Informacje o programie można znaleźć na stronie internetowej www.programyrekomendowane.pl.



W roku szkolnym 2019/2020 zrealizowano VII edycję programu „ARS, czyli jak dbać o miłość?”. Z informacji zawartych w ankietach sprawozdawczych, nadesłanych przez WSSE wynika, iż ofertę programową przedstawiono 4 308 szkołom ponadpodstawowym, co stanowi ok. 66% wszystkich tego typu placówek w kraju². Ponadto pracownicy PSSE przeprowadzili 99 szkoleń dla nowych szkolnych koordynatorów. Do realizacji programu przystąpiło łącznie 1 545 szkół ponadpodstawowych (24%), przy czym udział poszczególnych jednostek edukacyjnych kształtował się następująco: technika – 40,6%, licea – 34,0%, zasadnicze szkoły zawodowe – 21,1%. Analiza zebranego materiału pozwala stwierdzić, iż do VII edycji przystąpiło wiele nowych szkół. Ponadto 1 209 placówek uczestniczyło w niej już po raz siódmy, biorąc udział w każdej z dotychczas zrealizowanej edycji. Działaniami programowymi w VII edycji objęto ogółem 115 165 uczniów szkół ponadpodstawowych. W VII edycji programu udział wzięło 23 830 rodziców.

Jednocześnie należy wskazać, iż w tej edycji zaobserwowano spadek w ilości szkół oraz uczniów objętych działaniami programowymi. Ma to ścisły związek z sytuacją epidemiologiczną w kraju. W marcu 2020 r. zamknięto szkoły i prowadzono zdalne nauczanie, przez co wiele placówek nie zdołało zrealizować programu lub uczestniczyło w nim tylko częściowo. Mimo tych trudności 76% szkół zadeklarowało chęć kontynuacji działań programowych w kolejnym roku szkolnym.

2. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS

Podstawowym dokumentem wyznaczającym politykę państwa w zakresie zapobiegania HIV i zwalczenia AIDS jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (Dz. U. Nr 44, poz. 227) oraz Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2017 – 2021, przyjęty Uchwałą Nr 156/2016 Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2016 roku.

Politykę Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zapobiegania HIV i zwalczenia AIDS określa Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2017 – 2021, który zakłada podjęcie działań w pięciu obszarach:

- ◆ Zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa.
- ◆ Zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.
- ◆ Wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.
- ◆ Współpracy międzynarodowej.
- ◆ Monitoringu.

Celem Programu jest realizacja ograniczenia i zapobiegania oraz rozprzestrzeniania się zakażeń HIV wśród ogółu społeczeństwa poprzez zapewnienie dostępu z wiarygodnych źródeł do informacji i edukacji oraz wzmacnianie postaw prospołecznych.

W 2020 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna na szczeblu wojewódzkim i powiatowym, ze względu na stan epidemiczny wynikający z przebiegu epidemii COVID-19, w ograniczonym stopniu realizowała działania w zakresie profilaktyki HIV/AIDS zgodnie z Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanego na lata 2017 – 2021.

Jednym z istotnych problemów zdrowia publicznego są zakażenia wirusem HIV, a w dalszej kolejności zachorowania na AIDS. Liczba nowo wykrytych zakażeń HIV w określonych populacjach może budzić zaniepokojenie. Dlatego też popularyzacja wiedzy na temat czynników ryzyka, źródeł zakażenia oraz skutecznych możliwości zapobiegania zakażeniom stanowi ważny element problematyki HIV/AIDS.

Główny Inspektorat Sanitarny prowadził działania w mediach społecznościowych (Facebook, Twitter) oraz na stronie internetowej. Podjęto między innymi takie działania:

- ◆ upowszechniano informacje o charakterze edukacyjnym w zakresie profilaktyki HIV / AIDS na kanałach social media GIS m.in w ramach obchodów Światowego Dnia AIDS, Dni Honorowego Krwiodawstwa (liczba odbiorców – **126 149**),
- ◆ popularyzowano za pośrednictwem kont mediów społecznościowych GIS (Facebook, Twitter) informacje nt. bezpłatnych testów oraz Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych prowadzących anonimowe i bezpłatne testowanie w kierunku HIV (liczba odbiorców – **60 703**),
- ◆ opracowano posty edukacyjne pokazujące kształtowanie właściwych postaw w zakresie HIV/AIDS celem ograniczania ryzyka zakażenia,
- ◆ monitorowano informacje o obowiązującym stanie prawnym w zakresie HIV/AIDS i prowadzono działania informacyjne w social mediach GIS oraz w ramach współpracy z wojewódzkimi koordynatorami Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (liczba odbiorców – **48**),
- ◆ koordynowano i nadzorowano prace nad sprawozdawczością 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

W ramach realizacji celów Programu, wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne organizowały różne formy działań. Aby dotrzeć z informacją do jak najszerszej grupy osób, oprócz tradycyjnych form promocji, wykorzystywano nowe technologie informacyjne i komunikacyjne.

Organizowano kampanie informacyjne na portalach internetowych, narady koordynatorów, a także inicjowano i wspierano działania on-line w placówkach oświatowo-wychowawczych.

Grupę docelową odbiorców działań stanowił ogół społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem ludzi młodych w wieku prokreacyjnym, osób aktywnych seksualnie, pracowników ochrony zdrowia, uczniów różnych typów szkół oraz psychologów, terapeutów, pracowników oświaty.

Tak jak w latach ubiegłych, koordynatorzy działań w obszarze HIV/AIDS w listopadzie 2020 roku wzięli udział w XXVI Konferencji „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” zorganizowanej przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” we współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS. Forum dyskusyjne poświęciło czas zagadnieniom HIV i AIDS w czasie pandemii COVID-19 dotyczącym polskiego społeczeństwa. Poruszano wiele tematów na pięciu sesjach zagadnieniowych, a w nich m.in.: krajowe wsparcie i zalecenia dotyczące promocji – lokalnych programów zapobiegania HIV i przeciwdziałania stygmatyzacji osób seropozytywnych, poradnictwa okołotestowego czy możliwości pomocy psychologicznej osobom żyjącym z HIV/AIDS w obecnym zagrożeniu wynikłym z powodu wirusa COVID-19.



3. Komunikacja społeczna jako promocja zdrowia

Główny Inspektorat Sanitarny, chcąc dotrzeć do jak największej liczby odbiorców, prowadzi swoje strony i kanały w mediach społecznościowych Facebook i Twitter.

Na portalach informujemy, ostrzegamy przed zdarzeniami niekorzystnie wpływającymi na życie społeczeństwa, aktywizujemy, edukujemy oraz pokazujemy przedsięwzięcia prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

W 2020 r. ze względu na pandemię COVID-19 publikacje zamieszczane na profilach w mediach społecznościowych i stronie internetowej dotyczyły głównie tematów związanych ze stanem epidemii, zamieszczono m.in.:

- ◆ Infografikę dotyczącą kwarantanny – 1 171 186 odbiorców;
- ◆ Grafiki odnoszące się do nakazu zasłaniania ust i nosa – 284 093 odbiorców;
- ◆ Fiszki zawierające najważniejsze zagadnienia w związku z powrotem uczniów do szkół i placówek 1 września 2020 r. (10 infografik);
- ◆ Instrukcje mycia i dezynfekcji rąk, prawidłowego nakładania i zdejmowania maseczki oraz rękawiczek;
- ◆ Linki do komunikatów dla podróżnych.

Rys. 7 Infografika „Jak skutecznie myć ręce”



Rys. 8 Infografika „Jak prawidłowo nałożyć i zdjąć maseczkę”

Jak prawidłowo nałożyć i zdjąć maseczkę

 World Health Organization

- 1**  Przed nałożeniem maski **umyj ręce mydłem i wodą** lub **płynem do dezynfekcji na bazie alkoholu**
- 2**  **Zakryj usta i nos maską** i upewnij się, że między twarzą a maską **nie ma żadnych przerw**
- 3**  **Unikaj dotykania maski podczas jej używania;** jeśli to zrobisz, umyj ręce mydłem i wodą lub płynem do dezynfekcji na bazie alkoholu
- 4**  **Wymień maskę na nową, gdy tylko będzie wilgotna,** nie używaj ponownie masek jednorazowych
- 5**  **Aby zdjąć maskę - chwyć ją od tyłu za wiązanie** (nie dotykaj przodu maski!)
- 6**  **Wyrzuć maseczkę do zamykanego pojemnika;** umyj ręce mydłem i wodą lub płynem do dezynfekcji na bazie alkoholu

 **Nie wrzucaj maseczki do toalety!**

 Ministerstwo Zdrowia 

Rys. 9 Infografika „Jak prawidłowo nałożyć i zdjąć rękawice”

Jak prawidłowo nałożyć i zdjąć rękawice

 World Health Organization

Przed nałożeniem na dłonie rękawic **dokładnie umyj ręce wodą z mydłem** przez minimum 20 sekund

ZAKŁADANIE:

- 1**

Wymnij rękawicę z opakowania
- 2**

Uchwyć ją w miejscu, w którym powinien znajdować się nadgarstek i płynnym ruchem wsuń ją na dłoń
- 3**

Nałóż pierwszą rękawicę
- 4**

Drugą rękawicę wyjmij gołą dłonią

ZAKŁADANIE:

- 5**

Odwróć zewnętrzną powierzchnię nakładanej rękawicy zgłębionymi palcami dłoni w rękawicę i nałóż na drugą rękę
- 1**

Złap palcami jedną rękawicę na wysokości nadgarstka i ściągnij ją wywracając rękawicę wewnętrzną stroną na wierzch
- 2**

Trzymaj zdjętą rękawicę w ręce w rękawicze i ruchem ślizgowym włóż palce gołej ręki między rękawicę a nadgarstek. Zdejmij drugą rękawicę zdejmując ją wzdłuż dłoni, a następnie naciągnij na trzymaną w palcach rękawicę
- 3**

Wyrzuć zdjętą rękawicę do kosza

ZDEJMOWANIE:

Nie wrzucaj rękawiczek do toalety!
Nie dotykaj twarzy w rękawiczkach!

 Ministerstwo Zdrowia 

W oparciu o kalendarz zdrowia publicznego, a także potrzeby zdrowotne społeczeństwa opublikowano posty dotyczące m.in.:

- ◆ profilaktyki grypy, przeziębienia – od stycznia, kiedy zaczyna się szczyt epidemii grypy, w mediach społecznościach rozpoczęto publikację infografik, zamieszczono infografiki, które dotarły do 380 202 użytkowników;
- ◆ ciąży oraz karmienia piersią, w tym Tydzień Promocji Karmienia Piersią, gdzie poruszano temat pozytywnego wpływu karmienia piersią na dziecko oraz karmiącą;
- ◆ ferii zimowych – zwrócono uwagę na warunki zakwaterowania w obiektach wykorzystywanych w trakcie wypoczynku oraz bezpieczeństwa podczas zimowych aktywności. Posty dotarły łącznie do 147 930 odbiorców;

Rys. 10 Infografika kampanii „Tydzień Promocji Karmienia Piersią”



Rys. 11 Infografika „Wiem jak bezpiecznie zachowywać się nad wodą”



- ◆ zdrowia publicznego np.: Europejski Tydzień Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, Międzynarodowy Dzień Walki z Rakiem, Światowego Dzień Zdrowia, Międzynarodowy Dzień Rodziny, Światowy Dzień Nadciśnienia Tętniczego, Międzynarodowy Dzień Pamięci o Zmarłych na AIDS, Światowy Dzień Walki z Nowotworami Krwi, Światowy Dzień układu Pokarmowego, Światowy Dzień Ochrony Środowiska, Światowy Dzień Krwiodawcy, Światowy Dzień Chorych na Osteoporozę, Międzynarodowy Dzień Zapobiegania Narkomanii, Dzień bez telefonu komórkowego, Światowy Tydzień Karmienia Piersią, Światowy Dzień FAS, Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom, Europejski Dzień Prostaty, Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta, Światowy Dzień Monitoringu Wody, Światowy Dzień Choroby Alzheimerera, Światowy Dzień Serca, Światowy Dzień Mycia Rąk, Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach, Światowy Dzień Rzucania Palenia, Europejski Tydzień Testowania w kierunku HIV, Dni Honorowego Krwiodawstwa, Światowy Dzień AIDS, Światowy Dzień Mózgu;
- ◆ bezpieczeństwa żywności – w związku z obchodami Światowego Dnia Bezpieczeństwa Żywności opublikowano 5 infografik wskazujących na istotność zachowania higieny podczas przygotowania posiłków, ich spożywania oraz odpowiedniego przechowywania żywności;
- ◆ wraz z rozpoczęciem wakacji rozpoczęto publikację postów Bezpieczne wakacje – Przepis GIS, tematy które znalazły się w kampanii: kleszcze, barszcz Sosnowskiego, bąblowica, burze, upały, grzyby. Opublikowano 34 infografiki;
- ◆ wycofania ze sprzedaży papierosów mentolowych, smakowych oraz klikających, post dotarł do 132 269 odbiorców;
- ◆ poświęcono także uwagę profilaktyce palenia tytoniu czy używania e-papierosów.

Rys. 12 Infografika kampanii „Bezpieczne wakacje. Przepis GIS”



W 2020 r. Główny Inspektorat Sanitarny i Główny Inspektorat Transportu Drogowego kontynuowali realizację projektu edukacyjno-informacyjnego „Wrzuć bieg na zdrowie” skierowanego do przedstawicieli branży transportowej. Celem działań, realizowanych przede wszystkim z wykorzystaniem internetowych nośników informacyjnych, było promowanie zdrowego trybu życia wśród kierowców.

Infografiki dotyczyły między innymi:

- ◆ picia wody,
- ◆ regularnej kontroli stanu zdrowia,
- ◆ nowych narkotyków,
- ◆ dbania o zdrowie.

Rys. 13 Infografika „Międzynarodowy Dzień Reumatyzmu”

Międzynarodowy Dzień Reumatyzmu

- reumatyzm to potoczna nazwa grupy chorób objawiających się **stanami zapalnymi lub zwyrodnieniami kości i stawów**
- często wywołane są **nieprawidłową aktywnością układu immunologicznego**, który atakuje i niszczy własne tkanki
- pod hasłem „reumatyzm”, **kryje się ok. 200 schorzeń**
- choroby reumatyczne dotyczą nie tylko osoby starsze, ale **również dzieci i osoby młode**
- **zbyt późne rozpoznanie i leczenie** może doprowadzić do niepełnosprawności
- choroby reumatyczne to **poważne i wyniszczające schorzenie** obniżające poziom życia chorego
- choruje na nie około **10 milionów Polaków** w tym na choroby zapalne tkanki łącznej t.j.: ZZSK, RZS, MIZS oraz toczeń choruje 300-500 tys.

Ministerstwo Zdrowia

Rys. 14 Infografika „Życzymy aktywnego długiego weekendu”

Życzymy aktywnego długiego weekendu!

Pamiętaj! Poświęć na aktywność fizyczną przynajmniej 150 minut tygodniowo (5 razy w tygodniu przez 30 minut)

Ministerstwo Zdrowia

W ramach ułatwienia zarządzania treścią stron internetowych w administracji, strona Głównego Inspektoratu Sanitarnego została przeniesiona na portal gov.pl.

W okresie od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r. na stronie GIS www.gov.pl/web/gis zamieszczano:

- ◆ komunikaty dla podróżujących – 60 publikacji;
- ◆ komunikaty dotyczące aktualnej sytuacji epidemiologicznej – 15 publikacji;
- ◆ definicje przypadku na potrzeby nadzoru nad zakażeniami ludzi nowym koronawirusem SARS-CoV-2;
- ◆ informacje dotyczące działalności PIS w postaci artykułów, wytycznych, zaleceń, materiałów informacyjnych do pobrania.

Na stronie internetowej urzędu podawane są do publicznej wiadomości ostrzeżenia publiczne, zamieszczane także w głównym medium społecznościowym – Facebook i Twitter. Ostrzeżenia dotyczyły głównie żywności, produktów do kontaktu z żywnością, suplementów diety. Łącznie opublikowano 78 ostrzeżeń.

Od stycznia do grudnia 2020 r. profil GIS na Facebooka dotarł do 6,4 mln odbiorców. Średnio miesięcznie posty zamieszczane na Facebooku oraz na Twitterze docierają do ponad 2 milionów odbiorców. W 2020 r. liczba obserwujących profil FB zwiększyła się o 77 208 osób, tym samym GIS uplasował się na trzecim miejscu wśród profili administracji publicznej.

Rys. 15 Infografika kampanii „Przypominamy. Zastanij nos i usta”





**DZIAŁALNOŚĆ PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI
SANITARNEJ W ZAKRESIE ZMNIEJSZANIA
ZAGROŻEŃ ZDROWIA PUBLICZNEGO
STWARZANYCH PRZEZ ŚRODKI ZASTĘPCZE
I NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W 2020 R.**

1. Wprowadzenie

Główny Inspektor Sanitarny wraz z państwowymi inspektorami sanitarnymi realizuje zadania z zakresu nadzoru sanitarnego dot. kontroli przestrzegania przepisów zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych (ŚZ) lub nowych substancji psychoaktywnych (NSP) w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu narkomanii*.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 2005 *o przeciwdziałaniu narkomanii*, **nowa substancja psychoaktywna** oznacza każdą substancję lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu działającą na ośrodkowy układ nerwowy, inną niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzającą zgodnie z rekomendacją Zespołu *do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych*, zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określoną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia *w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych*, natomiast **środek zastępczy** to produkt zawierający substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych.

Spośród działań jakie podejmowała Państwowa Inspekcja Sanitarna w 2020 r. należy wymienić: monitorowanie rynku środków zastępczych, dokonywanie oceny ryzyka substancji, podejmowanie działań zapobiegawczych poprzez inicjowanie kontroli w stacjonarnych punktach sprzedaży w przypadku uzasadnionego podejrzenia wytwarzania lub wprowadzania do obrotu środków zastępczych, monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie zatruc i zgonów, ostrzeganie przed niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia ze strony środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych.

Główny Inspektor Sanitarny w ramach powierzonych zadań kieruje także pracami Zespołu *ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych*, który ocenia potencjalne zagrożenia dla zdrowia lub życia ludzi oraz możliwości powodowania szkód społecznych, wynikające z używania substancji, co do których istnieje podejrzenie, że działają na ośrodkowy układ nerwowy. Zespół rekomenduje Ministrowi Zdrowia umieszczanie niebezpiecznych substancji w rozporządzeniu Ministra Zdrowia *w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz substancji psychoaktywnych*.

Należy podkreślić, że działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2020 r. w zakresie ograniczania dostępności środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, tak jak w ubiegłych latach, podejmowane były przy współpracy z innymi organami. Współdziałanie z innymi resortami, urzędami centralnymi, jednostkami samorządu terytorialnego dotyczyło przede wszystkim wymiany informacji

w systemie wczesnego rozpoznawania, ostrzegania i adekwatnego reagowania. Główny Inspektor Sanitarny inicjował spotkania na mocy Porozumienia zawartego w dniu 26 listopada 2018 r. pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym, Komendantem Głównym Policji, Szefem Krajowej Administracji Skarbowej, Prokuratorem Krajowym, Komendantem Głównym Straży Granicznej i Głównym Inspektorem Farmaceutycznym o współpracy w celu sprawnego i skutecznego wykonywania zadań w zakresie przeciwdziałania wprowadzaniu do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Porozumienie w znaczący sposób wpłynęło na system przeciwdziałania zagrożeniom ze strony nowych substancji psychoaktywnych oraz środków zastępczych oraz umożliwiło wczesne, szybkie reagowanie.

Główny Inspektor Sanitarny kontynuował również współpracę z Prezesem Biura ds. Substancji Chemicznych w zakresie wymiany istotnych informacji dla skutecznego przeciwdziałania wytwarzaniu, przetwarzaniu, przerabianiu, przewozowi, wywozowi, wewnątrzwspólnotowej dostawie lub wewnątrzwspólnotowemu nabyciu oraz wprowadzaniu do obrotu nowych substancji psychoaktywnych. Powyższe założenia realizowane były w oparciu o Porozumienie z dnia 21 lutego 2019 r. pomiędzy Prezesem Biura ds. Substancji Chemicznych a Głównym Inspektorem Sanitarnym.



2. Sytuacja epidemiologiczna

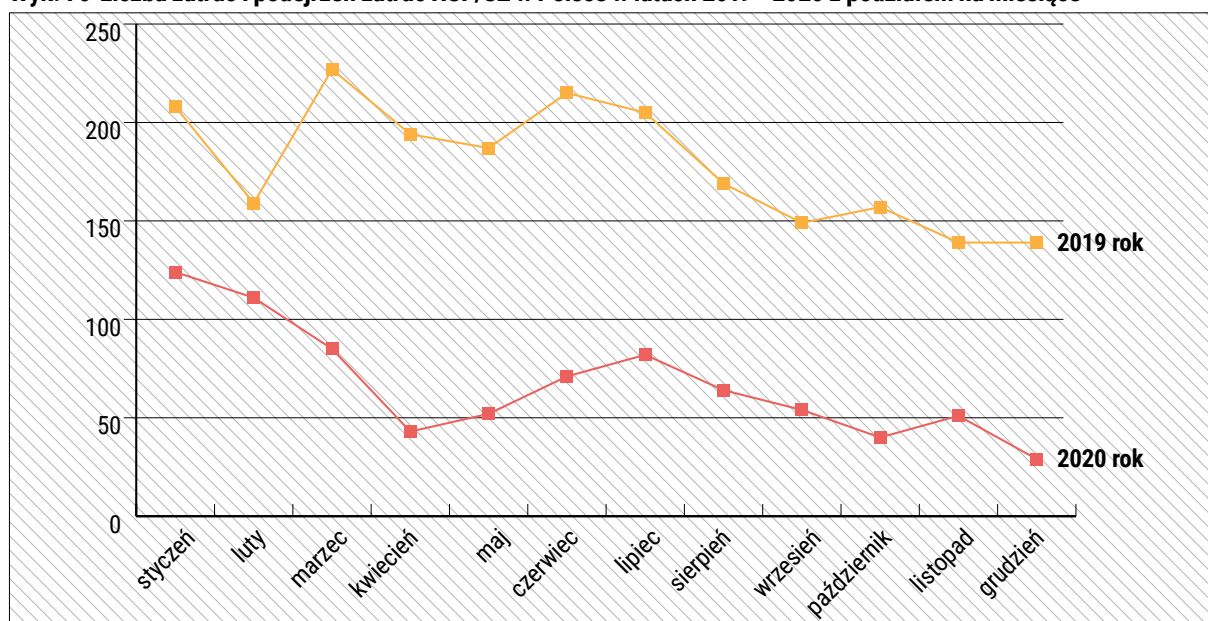
Zgodnie z art. 30a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 2050) wskazano, że Główny Inspektor Sanitarny, podejmując działania z zakresu wczesnego ostrzegania, tworzy rejestr zatruc lub podejrzeń zatruc środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi, w celu ograniczenia zagrożeń, stwarzanych przez te substancje. Zgodnie z § 1 pkt 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2014 r. w sprawie systemów wymiany informacji w zakresie dotyczącym zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1474 z późn. zm.), rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej jako System Monitorowania Informacji o Środkach Zastępczych i Nowych Substancjach Psychoaktywnych (SMIOD).

Podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz podmioty przeprowadzające badanie pośmiertne zgłaszają państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, właściwemu ze względu na siedzibę tego podmiotu, wystąpienie zatrucia środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną albo podejrzenie wystąpienia takiego zatrucia albo zgonu, którego przyczyną mogło być albo było zatrucie środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną.

Zgłoszone dane gromadzone są w Systemie Monitorowania Informacji o Środkach Zastępczych i Nowych Substancjach Psychoaktywnych i służą do sporządzenia corocznego Raportu Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczącego zatruc środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną w Polsce.

W 2020 r. zgłoszono **806** przypadków interwencji medycznych (IMed), zakwalifikowanych jako podejrzenie zatrucia lub zatrucie nowymi substancjami psychoaktywnymi i środkami zastępczymi. Na podstawie powyższych danych wskazano, że największa liczba zgłoszeń pochodziła z województwa łódzkiego (**250**), śląskiego (**171**) oraz województwa wielkopolskiego (**79**) i kujawsko – pomorskiego (**73**). Najmniejsza liczba zgłoszonych IMed wpłynęła z województwa podkarpackiego (**0**), opolskiego (**1**) oraz województwa warmińsko – mazurskiego (**4**).

Wyk. 76 Liczba zatruc i podejrzeń zatruc NSP/ŚZ w Polsce w latach 2019 - 2020 z podziałem na miesiące



Średnia miesięczna liczba IMed dotycząca przypadków zatruc i podejrzeń zatruc NSP/ŚZ w 2020 r. wynosiła **67**. Największą liczbę zgłoszeń odnotowano w miesiącach: styczniu (**124**) i w lutym (**111**). W pozostałych miesiącach roku liczba zgłoszeń nie przekraczała stu wskazań, przy czym w grudniu liczba ta wyniosła **29**.

W 2020 r. **668** zgłoszeń dotyczyło mężczyzn (82,9%), a **137** kobiet (17,0%), a w jednym przypadku płeć nie została wskazana (0,1%).

W grupie wiekowej do 18 r.ż. zarejestrowanych zostało łącznie **125** IMed, co stanowiło 15,5% wszystkich zgłoszeń w 2020 r. W populacji dzieci i młodzieży największa liczba zgłoszeń dotyczyła osób z grupy wiekowej 16 – 18 lat (85), 13 – 15 lat (35), a najmniejsza z grupy 0 – 6 lat (2). Z kolei w grupie wiekowej powyżej 18 r.ż. liczba zgłoszonych IMed była ponad 5-krotnie większa od liczby interwencji wśród pacjentów do 18 r.ż. i wynosiła **673** (83,5%). W grupie osób pełnoletnich największa liczba zgłoszeń dotyczyła grupy wiekowej 30 – 39 lat (222), 19 – 24 lata (215) i grupy 25 – 29 lat (160). W grupie 40 i więcej lat zarejestrowano 76 zgłoszeń. W 8 (1,0%) przypadkach nie został ustalony wiek pacjenta.

W obliczeniach wskaźników (na 100 tys. mieszkańców) liczba mieszkańców określona została na podstawie danych GUS według stanu ludności na dzień 30 czerwca 2020 r. Wskaźnik IMed w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców dla całego kraju w 2020 r. wyniósł 2,10. W sześciu województwach wskaźnik ten był wyższy od parametru określonego w skali kraju. Dotyczy to województw: łódzkiego (6,94), śląskiego (5,57), i kujawsko – pomorskiego (3,53), lubuskiego (2,28), wielkopolskiego (2,26) i zachodniopomorskiego (2,13). W pozostałych dziesięciu województwach, wskaźniki IMed na 100 tys. mieszkańców były niższe od średniego parametru w skali kraju. Najniższe wskazania dotyczyły województwa: podkarpackiego (0,00), opolskiego (0,10) oraz warmińsko – mazurskiego (0,28).

Tab. 41 Wskaźnik zatruc NSP/ŚZ na 100 tys. mieszkańców według grup wiekowych w 2020 r.

grupa wiekowa	wiek	liczba mieszkańców (GUS, 30.VI.2020)	liczba zgłoszeń	wskaźnik IMed
do 18 r.ż.	0 - 6	2 660 990	2	0,08
	7 - 12	2 454 360	3	0,12
	13 - 15	1 131 306	35	3,09
	16 - 18	1 064 995	85	7,98
RAZEM 0 - 18 lat		7 311 651	125	1,71
pow. 18 r.ż.	19 - 24	2 360 137	215	9,07
	25 - 29	2 457 738	160	6,51
	30 - 39	6 096 247	76	3,64
	40 i więcej lat	20 118 400	76	0,38
RAZEM powyżej 18 lat		31 042 522	673	2,17
Nieznany wiek			8	
RAZEM		38 386 476	806	2,10

Główny Inspektor Sanitarny zbiera również informacje o zgonach spowodowanych zażyciem środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. Przypadki zgłoszone do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej są weryfikowane i poddawane analizie. Zgodnie ze zgromadzonymi danymi w Systemie Monitorowania Informacji o Środkach Zastępczych i Nowych Substancjach Psychoaktywnych w 2020 roku odnotowano jeden przypadek śmiertelny mogący mieć związek z nowymi substancjami psychoaktywnymi w Polsce.

3. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych

W 2020 roku pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) przeprowadzili **32** kontrole punktów działalności gospodarczej przedsiębiorców, u których zachodziło podejrzenie wprowadzania do obrotu środków zastępczych. W następstwie działań państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych wydano **3** decyzje z art. 44c ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, tj. w przypadku stwierdzenia wytwarzania lub wprowadzania do obrotu produktu, co do którego zachodzi uzasadnione podejrzenie, że jest on środkiem zastępczym, właściwy ze względu na miejsce wytwarzania lub wprowadzania do obrotu państwowy inspektor sanitarny nakazuje, w drodze decyzji, wstrzymanie wytwarzania tego produktu lub wycofanie go z obrotu, na czas niezbędny do przeprowadzenia badań mających na celu ustalenie, czy jest on środkiem zastępczym, nie dłuższy jednak niż 18 miesięcy. Zabezpieczono **123** opakowania produktów o łącznej wadzie **242,3 g**. W ramach prowadzonych postępowań nałożono kary pieniężne o łącznej wartości **450 000 zł** na podmioty wytwarzające lub wprowadzające do obrotu środki zastępcze. W toku prowadzonych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych postępowań udało się wyegzekwować **599 187,38 zł** tytułem nałożonych kar pieniężnych. Pozostała część kar została skierowana do postępowania egzekucyjnego prowadzonego przez organy skarbowe. Organy PIS złożyły **25** zawiadomień o możliwości popełnienia przestępstwa związanych z procederem wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych, a także związanych z bezpośrednim narażeniem życia lub zdrowia ludzi.

4. Środki zastępcze zidentyfikowane w 2020 r.

Problem środków zastępczych jest zauważalny w Polsce od pojawienia się w 2006 r. produktu o nazwie Spice. W krajach anglojęzycznych środki te opisywane są pod różnymi nazwami jako „legal highs”, „designer drugs”, „herbal highs” czy „research chemicals”. Skład chemiczny tych substancji ulega ciągłej zmianie, co stanowi wyzwanie dla Zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych przy Ministrze Zdrowia. W związku z zagrożeniem zdrowia publicznego stwarzanym przez środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne, Zespół, któremu przewodniczy Główny Inspektor Sanitarny, na bieżąco dokonuje oceny ryzyka zdrowotnego i społecznego wybranych substancji psychoaktywnych, mając na uwadze dostępność i potencjał rozpowszechniania, szkody zdrowotne spowodowane używaniem nowej substancji związane z jej toksycznością ostrą lub

przewlekłą oraz ryzykiem jej nadużywania lub właściwościami uzależniającymi. Ponadto projekt zawiera również ogólne wzory strukturalne obejmujące swym zakresem pochodne, które zawierają podstawniki i ich kombinacje zbliżone do tych, zawartych w substancjach o udowodnionym działaniu psychoaktywnym. Zmiany te są odpowiedzią na pojawiający się szybki rozwój rynku substancji psychoaktywnych, które stwarzają wysokie ryzyko zatrucia, również ze skutkiem śmiertelnym, a także rozwój uzależnienia. W związku z tym, należy zapewnić, aby definicje związków z grup nowych substancji psychoaktywnych, obejmowały nowe warianty tych substancji.

Zespół działa od 15 lipca 2015 r. na podstawie art. 18a ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 o *przeciwdziałaniu narkomanii*.

W wyniku prac Zespołu w 2020 r. podjęto 5 uchwał oraz opracowano projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia *zmieniający rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych*, co przyczyniło się do objęcia odpowiedzialnością karną większej ilości substancji, a w konsekwencji do ograniczenia ich dostępności.

Tab. 42 Działania Zespołu zrealizowane w 2020 r.

Data posiedzenia Zespołu	Nr podjętej uchwały	Rekomendacja Zespołu ws. substancji
18 lutego 2020 r.	Uchwała nr 1/2020	4-AcO-DET octan 3[2(dietyloamino)etylo]1H-indol-4-ylo, 4-AcO-MiPT octan 3{2[metylo(propan2ylo)amino]etylo}1H-indol-4-ylo,
	Uchwała nr 2/2020	2-Oxo-PCE 2(etyloamino)2fenylocykloheksan1on,
	Uchwała nr 3/2020	3,4-CFP 1(3chloro4fluorofenylo)piperazyna
16 września 2020 r.	Uchwała nr 4/2020	ETAZEN 2[(4etoksyfenylo)metylo]N,N-dietylo-1Hbenzimidazolo1etanoamina, IZOTONITAZEN N,Ndietylo2[[4(1metyloetoksy)fenylo]metylo]5nitro 1Hbenzimidazolo1etanoamina,
	Uchwała nr 5/2020	NSI-189 (4benzylopiperyzyn1ylo)(2(3metylobutyloamino)pirydyn3ylo)metanon.

Spis tabel, wykresów i rysunków

Wykresy

Wyk. 1	Procentowy udział poszczególnych rodzajów obiektów żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością ujętych w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej	10
Wyk. 2	Odsetek obiektów żywności i żywienia niespełniających wymagań higienicznych - lata 2004 – 2020	13
Wyk. 3	Liczba obiektów ujętych w ewidencji ogółem, z GHP/GMP lub z HACCP w latach 2011-2020	17
Wyk. 4	10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez PL w 2020 r.	34
Wyk. 5	Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2020 r.	38
Wyk. 6	10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach pochodzących z Polski w 2020 r.	39
Wyk. 7	Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność Salmonella w latach 2015 - 2020	41
Wyk. 8	Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z PL w 2020 r.	44
Wyk. 9	Liczba przypadków odrzy w Polsce w latach 2005-2020	64
Wyk. 10	Liczba przypadków odrzy w 2020 r. według województw	65
Wyk. 11	Liczba przypadków odrzy w Polsce w poszczególnych miesiącach 2020 r.	65
Wyk. 12	Liczba przypadków odrzy w 2020 r. w poszczególnych grupach wiekowych	66
Wyk. 13	Przypadki odrzy w 2020 r. w kontekście statusu zaszczepienia	66
Wyk. 14	Status zaszczepienia przeciwko odrze w 2020 r. według grup wiekowych	66
Wyk. 15	Liczba przypadków różyczki w latach 2005-2020	68
Wyk. 16	Liczba przypadków odrzy w 2020 r. według województw	69
Wyk. 17	Liczba przypadków różyczki w 2020 r. w poszczególnych grupach wiekowych	69
Wyk. 18	Liczba przypadków różyczki w poszczególnych miesiącach 2020 r.	70
Wyk. 19	Przypadki różyczki w 2020 r. w kontekście statusu zaszczepienia	70
Wyk. 20	Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2019/2020 w porównaniu z poprzednimi sezonami	73
Wyk. 21	Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2020. Współczynniki na 100 000 ludności	77
Wyk. 22	Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2019 roku wg województw. Współczynniki na 100 000 ludności	77
Wyk. 23	Liczba zachorowań na salmonelozę w latach 2000-2020 r.	79
Wyk. 24	Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2020 r.	82
Wyk. 25	Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2020 r.	83
Wyk. 26	Liczba zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005-2020	84
Wyk. 27	Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006 -2020	87
Wyk. 28	Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2020	93
Wyk. 29	Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005-2020	95
Wyk. 30	Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005-2020	95
Wyk. 31	Zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w latach 2006-2020	121
Wyk. 32	Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2019 - 2020	122
Wyk. 33	Liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej	122
Wyk. 34	Ogniska zakażeń 2020 – liczba szpitali pod nadzorem organów PIS / liczbą szpitali, która zgłosiła ogniska zakażeń szpitalnych	123
Wyk. 35	Ogniska zakażeń 2020 rok a referencyjność podmiotu leczniczego	123
Wyk. 36	Certyfikaty jakości ISO/CMJ w podmiotach leczniczych	123
Wyk. 37	Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych w 2020 roku	125
Wyk. 38	Czynniki etiologiczne niezidentyfikowane w 2020 roku	125
Wyk. 39	Badania mikrobiologiczne/łóżko/rok w 2020 roku	126
Wyk. 40	Zgłoszenia ognisk epidemicznych w 2020 roku	127
Wyk. 41	Ogniska SARS-CoV-2 zgłoszone w 2020 roku z uwzględnieniem zakażeń wśród pacjentów i personelu	128
Wyk. 42	Procentowy udział wybranych czynników bez SARS-CoV-2 alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2020 roku ..	130
Wyk. 43	Ogniska zakażeń Clostridioides difficile / zgłoszone ogniska zakażeń w latach 2017- 2020 (w 2020 z 535 ognisk, bez SARS-CoV-2)	130
Wyk. 44	Ogniska zakażeń Klebsiella pneumoniae w 2020 roku	131
Wyk. 45	Ogniska zakażeń Klebsiella pneumoniae MBL w latach 2014- 2020	132
Wyk. 46	Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000-2019 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020)	139
Wyk. 47	Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000-2019 (źródło: Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020)	140

Wyk. 48	Struktura podziału wodociągów w zależności od produkcji wody w 2020 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	141
Wyk. 49	Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2020 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	142
Wyk. 50	Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2020 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	142
Wyk. 51	Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i małe dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	143
Wyk. 52	Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i duże dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	143
Wyk. 53	Liczba małych wodociągów w latach 2019-2020 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne).....	144
Wyk. 54	Liczba dużych wodociągów w latach 2019-2020 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	144
Wyk. 55	Liczba podmiotów w ewidencji organów PIS posiadających własne ujęcia w latach 2010-2020 (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	145
Wyk. 56	Wodociągi w 2020 r. spełniające wymagania dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	148
Wyk. 57	Liczba badań wykonanych w kierunku Legionella sp. dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody).....	154
Wyk. 58	Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej badania wody do spożycia (opracowanie własne na podstawie danych z Systemu Monitoringu Jakości Wody Przeznaczonej do Spożycia przez Ludzi).....	155
Wyk. 59	Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2020 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody).....	155
Wyk. 60	Liczba badań wykonanych w ramach kontroli wewnętrznej wodociągów 2020 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody).....	156
Wyk. 61	Liczba pływalni dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody (opracowanie własne).....	164
Wyk. 62	Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2020 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach (opracowanie własne).....	165
Wyk. 63	Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych oraz miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli w sezonie kąpielowym 2020 r. (opracowanie własne).....	172
Wyk. 64	Liczba kąpielisk z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2020 r. (opracowanie własne).....	173
Wyk. 65	Liczba kąpielisk gdzie stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2020 r. (opracowanie własne).....	174
Wyk. 66	Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2020 r. (opracowanie własne).....	177
Wyk. 67	Liczba podjętych działań w 2020 r.	193
Wyk. 68	Odsetkowy rozkład kontroli obiektów użyteczności publicznej w 2020 r.	206
Wyk. 69	Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w latach 2018, 2019 i 2020 /wg liczby zatrudnionych pracowników/.....	211
Wyk. 70	Przekroczenia NDS i NDN w poszczególnych województwach (czynniki chemiczne, pyły, hałas, wibracja).....	213
Wyk. 71	Najistotniejsze nieprawidłowości stwierdzone w zakładach pracy w których stosowane były leki cytostatyczne.....	214
Wyk. 72	Zestawienie liczby przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w roku 2020.....	216
Wyk. 73	Liczba i rodzaj stwierdzonych chorób zawodowych w 2020 r.	218
Wyk. 74	Odsetek obiektów udzielających stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze stwierdzonymi uchybieniami w zakresie higieniczno-sanitarnym i technicznym w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych z tej grupy.....	255
Wyk. 75	Procentowy udział obiektów działalności leczniczej ze stwierdzonym złym stanem higieniczno-sanitarnym i technicznym, tylko higieniczno-sanitarnym lub tylko technicznym w latach 2017-2020.....	257
Wyk. 76	Liczba zatruc i podejrzeń zatruc NSP/ŚZ w Polsce w latach 2019 - 2020 z podziałem na miesiące.....	288

Tabele

Tab. 1	Odsetek obiektów żywności i żywienia w latach 2004 – 2020 o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami higienicznym.....	12
Tab. 2	Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w latach 2019 – 2020.....	14
Tab. 3	Jakość zdrowotna środków spożywczych.....	26
Tab. 4	Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2018-2020 r według grup żywności.....	28
Tab. 5	Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2020 r. wg gatunków.....	30
Tab. 6	Zestawienie zatruc grzybami w 2020 r. wg województw.....	30
Tab. 7	.....	37

Tab. 8	.....	38
Tab. 9	.....	42
Tab. 10	.....	43
Tab. 11	Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2020 r. (w nawiasie podano liczbę próbek zdyskwalifikowanych jeżeli takie były)	47
Tab. 12	Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2020 r.....	48
Tab. 13	Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2020 r.	50
Tab. 14	Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane	50
Tab. 15	Zakres badań próbek soli spożywczej i jej zamienników przeprowadzonych w 2020 r.	51
Tab. 16	Jakość zdrowotna soli spożywczej i jej zamienników – próbki zdyskwalifikowane	51
Tab. 17	Liczba zachorowań podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w latach 2015-2020	72
Tab. 18	Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2018/2019 i 2019/2020	73
Tab. 19	Zachorowania na czerwonkę w Polsce w latach 1999-2020 r.	81
Tab. 20	Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2010–2020 (dane za 2020 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).....	96
Tab. 21	Dane o osobach uchylających się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych w 2020 roku - wg województw i przyczyn uchylania się.....	112
Tab. 22	Dane o osobach uchylających się wykonania obowiązku szczepień ochronnych - wg województw i przyczyn uchylania się – porównanie za lata 2014 -2020.....	113
Tab. 23	Dane o działaniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowanych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień przez osoby uchylające się w 2020 roku - wg województw i przyczyn uchylania się	114
Tab. 24	Dane o liczbie dzieci niezaszczepionych w związku z uchylaniem się od obowiązku szczepień w 2018-2020 roku - wg województw i przyczyn uchylania się	115
Tab. 25	Liczba osób z zakażeniem w ogniskach potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2018-2020	126
Tab. 26	Liczba pacjentów i personelu z zakażeniem w ogniskach SARS-CoV-2 potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w roku 2020	128
Tab. 27	Struktura wodociągów w 2020 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	140
Tab. 28	Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2020 r. (opracowanie własne)	165
Tab. 29	Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014-2020 (opracowanie własne).....	171
Tab. 30	Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj (opracowanie własne).....	172
Tab. 31	Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2020 r. (opracowanie własne)	173
Tab. 32	Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli wg ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (opracowanie własne)	176
Tab. 33	.....	199
Tab. 34	.....	200
Tab. 35	Porównanie liczby dokonanych kontroli w kolejnych latach.....	205
Tab. 36	Liczba wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych / uciążliwych w roku 2020	219
Tab. 37	Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2018– 2020	237
Tab. 38	Liczba skontrolowanych placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	252
Tab. 39	Tabela danych porównawczych wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2017-2020	256
Tab. 40	Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową.....	258
Tab. 41	Wskaźnik zatrucień NSP/ŚZ na 100 tys. mieszkańców według grup wiekowych w 2020 r.....	289
Tab. 42	Działania Zespołu zrealizowane w 2020 r.....	291

Rysunki

Rys. 1	Liczba wodociągów małych produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2020 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)	141
Rys. 2	Strona główna Serwisu kąpieliskowego (źródło: sk.gis.gov.pl)	178
Rys. 3	Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce (źródło: sk.gis.gov.pl)	179
Rys. 4	Widok wykazu kąpielisk (źródło: sk.gis.gov.pl).....	180
Rys. 5	Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)	180
Rys. 6	Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska (źródło: sk.gis.gov.pl)	181

Rys. 7	Infografika „Jak skutecznie myć ręce”	278
Rys. 8	Infografika „Jak prawidłowo nałożyć i zdjąć maseczkę”	279
Rys. 9	Infografika „Jak prawidłowo nałożyć i zdjąć rękawice”	279
Rys. 10	Infografika kampanii „Tydzień Promocji Karmienia Piersią”	280
Rys. 11	Infografika „Wiem jak bezpiecznie zachowywać się nad wodą”	280
Rys. 12	Infografika kampanii „Bezpieczne wakacje. Przepis GIS”	281
Rys. 13	Infografika „Międzynarodowy Dzień Reumatyzmu”	282
Rys. 14	Infografika „Życzymy aktywnego długiego weekendu”	282
Rys. 15	Infografika kampanii „Przypominamy. Zasłaniaj nos i usta”	283