



Stan sanitarny kraju w roku 2012



Główny Inspektorat Sanitarny
03-729 Warszawa, ul. Targowa 65

tel.: +48 22 536 13 00
fax: +48 22 635 61 94

e-mail: inspektorat@gis.gov.pl

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych	6
1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych	6
2. Zakażenia jelitowe i zatrucia pokarmowe.	6
3. Krztusiec	8
4. Różyczka.	10
5. Odra	11
6. Nagminne zapalenie przyusznic (świnka).	11
7. Poliomyelitis	12
8. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę	12
9. Wirusowe zapalenie wątroby typu C.	14
10. Choroby tropikalne	15
11. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową	16
12. Gruźlica	16
13. Ogniska zakażeń szpitalnych w Polsce w 2012 roku	18
14. Szczepienia ochronne w Polsce	22
15. Nadzór epidemiologiczny podczas Turnieju Finałowego Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012	24
Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku	26
1. Zakres nadzoru sanitarnego	26
2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia	29
3. Stan sanitarny środków transportu żywności	30
4. Jakość zdrowotna środków spożywczych	30
5. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków	36
6. Ocena sposobu żywienia	37
7. Podsumowanie	38
Higiena radiacyjna	39
1. Informacje ogólne	39
2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich	40
3. Ochrona radiologiczna pacjenta	41
4. Ochrona dotycząca wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy	41
5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych	42
6. Podsumowanie	42

Warunki sanitarno-higieniczne środowiska pracy	43
1. Wprowadzenie	43
2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego	43
3. Choroby zawodowe	46
4. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy	47
5. Podsumowanie	48
Zapobiegawczy nadzór sanitarny	49
Stan Sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą	53
1. Informacje ogólne	53
2. Stan sanitarny – działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze	53
3. Stan sanitarny – działalność lecznicza wykonywana w formie indywidualnych praktyk zawodowych	55
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej	57
1. Informacje ogólne	57
2. Stan sanitarny wybranych obiektów	58
Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety	63
1. Zakres nadzoru sanitarnego	63
2. Jakość zdrowotna suplementów diety	64
Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	65
1. Zakres nadzoru sanitarnego	65
2. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	67
Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie egzekwowania ustawowego zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych	68
1. Informacje ogólne	68
2. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie środków zastępczych	68
3. Efekty działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie egzekwowania zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych	70
4. Współpraca z innymi organami i instytucjami badawczymi	70
5. Środki zastępcze zidentyfikowane w produktach zabezpieczonych w 2012 r. przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej	72
6. Charakterystyka substancji psychoaktywnych w środkach zastępczych, które zostały zidentyfikowane w próbkach produktów zatrzymanych i wycofanych z obrotu przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2012 r.	73
7. Podsumowanie	74
Jakość wody przeznaczanej do spożycia	75
1. Wstęp	75
2. Zaopatrzenie ludności w wodę	75
3. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia [4].	78
4. Analiza przekroczeń wybranych parametrów z załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia [4].	80
5. Turniej mistrzostw Europy w piłce nożnej UEFA EURO 2012	81
6. Podsumowanie	82

Kąpieliska	85
1. Wstęp.	85
2. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów	86
3. Podsumowanie stanu sanitarnego kąpielisk w 2012 r.	87
4. Organizacja kąpielisk.	90
5. Pływalnie	92
Ocena warunków sanitarnych w placówkach oświatowo-wychowawczych	94
1. Informacje ogólne	94
2. Stan techniczno-sanitarny obiektów	94
3. Warunki do utrzymania higieny, ciepła woda w sanitariatach.	94
4. Ergonomia mebli w szkołach i przedszkolach	95
5. Rozkład zajęć.	96
6. Możliwość pozostawienia podręczników w szkole.	96
7. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego	97
8. Ochrona terenów rekreacyjnych i sportowych przed zanieczyszczeniami przez zwierzęta.	97
9. Dożywianie dzieci i młodzieży w szkołach	97
10. Najczęstsze uchybienia stanu sanitarnego	98
11. Żłobki i kluby dziecięce	98
12. Wypoczynek dzieci i młodzieży	99
13. Działania pokontrolne	99
14. Podsumowanie	99
Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia	100
1. Profilaktyka nadwagi i otyłości	100
2. Profilaktyka palenia tytoniu	101
3. Profilaktyka chorób zakaźnych	104
4. Profilaktyka uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych	105
5. Podsumowanie	106
Sanitarно-epidemiologiczna ochrona granic Państwa	107
1. Graniczna Kontrola Sanitarna	107
2. Działania w okresie przygotowań i trwania TURNIEJU UEFA EURO 2012	108
Turniej Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012.	110
1. Przygotowania do organizacji zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego Turnieju Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012	110
2. Realizacja założeń organizacji zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012	113

WSTĘP



*Marek Posobkiewicz
p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego*

Mam przyjemność przekazać do rąk wszystkich zainteresowanych Czytelników Raport – Stan sanitarny kraju w roku 2012.

Raport jest przygotowywany corocznie przez Główny Inspektorat Sanitarny, ale również dokonywane są oceny stanu sanitarnego poszczególnych województw i powiatów, odpowiednio przez Państwowych Wojewódzkich i Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych, zgodnie z właściwością miejscową.

Publikacje te stanowią swego rodzaju kompendium wiedzy na temat działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ubiegłym roku, zawierają dane statystyczne oraz analizy w tym zakresie.

Zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.), Państwowa Inspekcja Sanitarna jest powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami: higieny środowiska, higieny pracy w zakładach pracy, higieny radiacyjnej, higieny procesów nauczania i wychowania, higieny wypoczynku i rekreacji, zdrowotnymi żywności, żywienia i przedmiotów użytku, higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne. Sprawowanie nadzoru w wyżej wymienionym zakresie jest podejmowane w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Istotną część działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowią przedsięwzięcia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Opis działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ww. obszarach znajdziecie Państwo w teście publikacji.

Należy nadmienić, że ocena stanu sanitarnego w roku 2012 zawiera dodatkowy rozdział dotyczący pracy, jaka była wykonywana przez Pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku z Turniejem Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012, którego Współgospodarzem była Polska w roku ubiegłym. W tym szczególnym czasie zarówno Główny Inspektorat Sanitarny, jak i stacje sanitarno-epidemiologiczne (wojewódzkie, powiatowe i graniczne) pozostawały w stałej, 24-godzinnej gotowości do działania. Dzięki wspólnemu wysiłkowi udało się w sposób kompleksowy zorganizować nadzór sanitarny na najwyższym poziomie.

Raport o stanie sanitarnym kraju zawiera dane na dzień 31 grudnia 2012 r. i został opracowany na podstawie danych i sprawozdań przekazanych przez: Państwowych Wojewódzkich, Państwowych Powiatowych i Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych.

Z satysfakcją polecam Państwu lekturę oceny stanu sanitarnego kraju ufając, że każda następna publikacja z tego cyklu, będzie zawierać coraz korzystniejsze dane nt. sytuacji epidemiologicznej w naszym kraju, coraz lepsze oceny stanu sanitarnego obiektów gdzie Państwo pracujecie, uczycie się i spędzacie wolny czas. Mam nadzieję, że lektura tego opracowania sprawi, że będziecie Państwo mogli stwierdzić, iż mieszkamy w kraju, w którym stwarzane są warunki do stałego pomnażania potencjału zdrowotnego jego mieszkańców.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA W ZAKRESIE CHOROÓB ZAKAŹNYCH

1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w 2012 roku należy uznać za ogólnie dobrą. Nie obserwowano epidemicznego występowania chorób zakaźnych, zaś wzrost liczby zachorowań na niektóre choroby zakaźne przybierał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych na terenie kraju zostały przedstawione w formie tabelarycznej (Tabela 1), w oparciu o przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, *Meldunki dwutygodniowe o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia zgłoszone w 2012r.* i raporty roczne. Prezentowane dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie.

2. Zakażenia jelitowe i zatrucia pokarmowe

W 2012 roku obserwowano kontynuację trendu spadkowego liczby bakteryjnych zakażeń jelitowych i bakteryjnych zatruc pokarmowych. Wśród przyczyn zakażeń jelitowych nadal najczęstsze było zakażenie wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi *Salmonella*. W 2012 roku potwierdzono 8 451 zachorowań wywołanych tą bakterią (w tym 8 266 zatruc pokarmowych). Jest to mniej niż w 2011 roku, w którym było 8 813 zachorowań (w tym 8 652 zatruc pokarmowych). Zakażenia te powszechnie występują u zwierząt hodowlanych.

Sporadycznie występowały zachorowania na: czerwonkę bakteryjną, dur brzuszny i dury rzekome. W 2012 roku zgłoszono 14 zachorowań na czerwonkę bakteryjną (w 2011 roku 17 zachorowań). Widoczny na przestrzeni ostatnich lat trend spadkowy zachorowań na czerwonkę bakteryjną jest wyrazem ogólnie dobrej sytuacji higieniczno-sanitarnej, w szczególności powszechnego dostępu do bieżącej i uzdatnionej wody. W 2012 roku zarejestrowano 2 zachorowania na dur brzuszny oraz 5 zachorowań na dury rzekome. Zakażenia pałeczkami durowymi od wielu lat występują na niezmiennie niskim poziomie, m.in. są przypadkami zawlekanymi przez osoby powracające z regionów, gdzie zakażenia pałeczkami durowymi nadal powszechnie występują w środowisku. Należy zauważyć, że równoległe ze zmniejszaniem się liczby zakażeń jelitowych wywołanych przez pałeczki *Salmonella* obserwuje się wzrost liczby bakteryjnych zakażeń jelitowych o innej znanej etiologii. Świadczy to o poprawiających się możliwościach diagnozowania czynników chorobotwórczych wywołujących biegunki bakteryjne.

W 2012 roku zgłoszono 39 261 wirusowych zakażeń pokarmowych (44 906 przypadków zgłoszono w 2011 roku) w większości wywołanych przez rotawirusy.

Jednostka chorobowa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. AIDS	157	167	173	190	142	157	241	191
2. zakażenia HIV (nowowykryte)	310	587	699	958	689	765	1 188	1 154
3. Dur brzuszny	3	3	2	5	4	0	2	2
4. Dury rzekome A, B i C	3	1	3	2	5	6	2	5
5. Salmonelozy – ogółem	16 007	13 364	11 702	9 605	8 964	9 732	8 813	8 444
6. Czerwonka bakteryjna	80	35	64	32	30	30	17	13
7. Inne bakteryjne zakażenia jelitowe – ogółem:	5 058	6 303	6 620	7 451	6 741	6 388	6 539	6 996
8. w tym: kamylobakteriozy	47	154	193	270	360	375	354	435
9. jersiniozy	b.d.	b.d.	b.d.	213	288	206	234	201
10. Wirusowe zakażenia jelitowe	12 533	20 671	21 748	32 535	32 660	32 723	44 906	39 393
11. w tym rotawirusowe	9 996	15 702	15 187	23 646	22 045	20 902	30 769	23 692
12. Biegunki u dzieci do lat 2	17 284	21 310	22 706	29 188	31 320	30 144	38 205	34 377
13. Krztusiec	1 925	1 525	1 985	2 167	2 391	1 266	1 669	4 684
14. Tęžec	15	22	19	14	19	16	14	19
15. Odra	13	120	36	97	114	13	38	71
16. Różyczka	7 946	20 668	22 886	13 145	7 586	4 196	4 290	6 263
17. Ospa wietrzna	147 751	141 218	160 161	129 545	140 115	183 446	172 885	208 204
18. Nagminne zapalenie przyusznicy (świnka)	71 999	15 114	4 147	3 273	2 954	2 754	2 582	2 777
19. Nagminne porażenie dziecięce – poszczipienne	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	1 075	1 578	1 201	708	737	1 184	1 069	1 285
21. Wirusowe zapalenie mózgu (inne niż przenoszone przez kleszcze)	387	608	510	406	538	183	201	187
22. Zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	174	316	233	200	344	294	221	189
Inwazyjna choroba meningokokowa								
23. (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	208	234	392	369	306	229	296	237
24. w tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – meningokokowe	126	137	213	214	192	146	193	161
Inwazyjna choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)								
25. (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	72	54	46	29	20	26	31	33
26. w tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – <i>Haemophilus influenzae</i>	56	39	37	20	14	11	11	11
27. Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	175	211	273	268	275	364	430	364
28. w tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – pneumokokowe	110	117	162	148	163	180	192	141
29. Zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – inne bakteryjne lub o nieustalonej etiologii	954	1 087	1 104	953	917	1 263	1 142	1 210
30. Wirusowe zapalenie wątroby typu A	54	109	42	209	652	155	65	71
31. Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1 724	1 751	1 523	1 375	1 515	1 671	1 613	1 583
32. Wirusowe zapalenie wątroby typu C	2 993 ¹	3 025 ¹	2 811 ¹	2 391 ¹	(1 979) ¹ 1 891 ²	2 178 ²	2 189 ²	2 265 ²
33. Włośnica	62	135	292	4	36	51	23	1
34. Bakteryjne zatrucia pokarmowe – ogółem:	20 065	17 264	15 241	12 215	10 817	11 464	10 847	10 053
35. w tym: salmonellozowe	15 621	13 216	11 566	9 473	8 847	9 549	8 652	8 267
36. gronkowcowe	658	417	407	202	146	217	283	147
37. jadem kiełbasianym	28	50	48	46	31	32	35	22
38. <i>Clostridium perfringens</i>	4	5	4	3	1	8	24	5
39. Borelioza (choroba z Lyme)	4 406	6 679	7 731	8 248	10 333	9 005	9 170	8 794
40. Grypa (i podejrzenia grypy) – ogółem	733 234	251 815	374 042	227 346	1 081 975	551 054	1 156 357	1 460 037
41. Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-
42. Pokąsania przez zwierzęta podejrzone o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	7 711	7 510	7 092	6 887	6 874	7 524	7 842	7 998
43. Choroba Creutzfeldta-Jakoba	10	10	11	11	17	18	21	17

Tabela 1.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2005–2012 (dane za 2012 rok są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie)

1. Liczba zgłoszonych zachorowań zgodnie z definicją przypadku z 2005 r.
2. Liczba zgłoszonych zachorowań zgodnie z nową, obowiązującą od 2009 r., definicją przypadku

- brak przypadków

Biegunki i zatrucia pokarmowe nadal są istotną przyczyną chorobowości u dzieci do lat 2. W większości były one spowodowane zakażeniami wirusowymi, zwłaszcza rotawirusowymi. Należy zauważyć, że do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci w wieku do lat 2 dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym. Liczba dzieci objętych opieką w formie zinstytucjonalizowanej np. w żłobkach lub domach małego dziecka jest niewielka. Organy władzy publicznej mają niewielki wpływ na zapobieganie zakażeniom i zatruciom pokarmowym w środowisku domowym. Pewien wpływ może odgrywać oświata zdrowotna poprzez kształtowanie zachowań prozdrowotnych na rzecz zwiększania higieny osobistej, otoczenia oraz higieny przygotowania posiłków w rodzinach dzieci w wieku do lat 2, a także propagowania szczepień ochronnych przeciw rotawirusom u dzieci w wieku 6–24 tygodni.

3. Krztusiec

W 2012 roku sytuacja epidemiologiczna krztuśca uległa pogorszeniu – wystąpił znaczący wzrost liczby zachorowań – z 1 669 w 2011 r. do 4 683 w 2012 r.

Częstość występowania zachorowań jest zróżnicowana na obszarze kraju. Na terenie wszystkich województw obserwowano wzrost liczby zachorowań, w porównaniu z latami ubiegłymi, jednak był on bardzo nierównomierny. Najwięcej przypadków zachorowań zarejestrowano w województwach: mazowieckim, łódzkim, wielkopolskim, kujawsko-pomorskim, śląskim, dolnośląskim, małopolskim oraz podlaskim. Natomiast największy wzrost zachorowań zaobserwowano w województwie wielkopolskim.

Analizę przyczyn pogorszenia sytuacji epidemiologicznej krztuśca w Polsce w latach 2011 i 2012, w województwach o największym nasileniu zachorowań z podziałem wg płci i grup wieku, przedstawiono w układzie tabelarycznym (Tabele 2 i 3), w oparciu o porównywalne dane dla tych województw odnoszące się do I półrocza, zweryfikowane przez Zakład Epidemiologii NIZP-PZH. Dane z drugiej połowy roku 2012 są danymi w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie.

Tabela 2.

Zachorowania na krztusiec w I półroczu 2011 i 2012 w wybranych województwach

Województwo	I półrocze 2011	I półrocze 2012
Dolnośląskie	18	104
Kujawsko-Pomorskie	45	173
Łódzkie	114	383
Małopolskie	31	196
Mazowieckie	183	445
Podlaskie	93	167
Śląskie	108	198
Wielkopolskie	27	468
Ogółem	619	2 134

Tabela 3.

Zachorowań na krztusiec w I półroczu 2011 i 2012 wg grup wieku i płci w wybranych województwach

Grupy wieku	I półrocze 2011		Ogółem	I półrocze 2012		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni		Kobiety	Mężczyźni	
0–4	64	54	118	141	112	253
5–9	35	22	57	86	79	165
10–14	71	59	130	328	257	585
15–19	60	49	109	307	267	574
20 i +	134	71	205	367	190	557
Ogółem	364	255	619	1 229	905	2 134

Dalszej analizie poddano występowanie zachorowań na krztusiec w wymienionych wyżej 8 województwach, w zestawieniu ze stanem zaszczepienia przeciw krztuścowi (Tabele 4 i 5).

W I półroczu 2012 r. w porównaniu do I półrocza 2011 r. najmniejszy wzrost liczby zachorowań obserwowano u dzieci w grupie wieku 0–4 lata (2-krotnego wzrostu). Wzrost liczby zachorowań dotyczył szczególnie dzieci w wieku powyżej 5 lat i zwiększał się wraz z wiekiem

- w grupie wiekowej 10–14 lat (ponad 3,5-krotny)
- w grupie wiekowej 15–19 lat (ponad 4-krotny).

Dane te korespondują ze zjawiskiem spadku odporności poszczepiennej po upływie 5–7 lat od szczepienia.

W przypadku krztuśca występuje stopniowy spadek odporności indywidualnej u osób, które wcześniej ją już nabyły. Jest to zjawisko niezależne od sposobu uzyskania odporności i dotyczy zarówno osób, które nabyły odporność w wyniku przebycia krztuśca, jak też w drodze szczepień. Odporność po przechorowaniu krztuśca utrzymuje się przez ok. 10–15 lat, zaś odporność po szczepieniu utrzymuje się ok. 3–10 lat (najczęściej 5–7 lat) od ostatniego szczepienia.



Liczba dawek szczepionki p/krztuścowej	Grupy wieku					Ogółem
	0–4	5–9	10–14	15–19	20 i +	
0	1	2	1	-	81	94
1	5	-	-	-	-	5
2	5	-	-	1	-	6
3	15	-	2	5	2	24
4	80	21	105	96	24	326
5	2	34	18	-	-	54
brak danych o szczepieniu	1	-	4	7	98	110
Ogółem	118	57	130	109	205	619

Tabela 4.

Zachorowania na krztusiec w I półroczu 2011 r. w wybranych województwach wg grup wieku i liczby otrzymanych dawek szczepionki przeciwkrztuścowej

Liczba dawek szczepionki p/krztuścowej	Grupy wieku					Ogółem
	0–4	5–9	10–14	15–19	20 i +	
0	29	1	9	9	242	290
1	14	-	1	1	-	16
2	7	-	2	1	1	11
3	38	1	11	13	3	66
4	164	78	444	513	85	1 284
5	-	81	115	26	3	225
brak danych o szczepieniu	1	4	3	11	223	242
Ogółem	253	165	585	574	557	2 134

Tabela 5.

Zachorowania na krztusiec w I półroczu 2012 r. w wybranych województwach wg grup wieku i liczby otrzymanych dawek szczepionki przeciwkrztuścowej

Możliwym czynnikiem sprzyjającym szerzeniu się krztuśca mogą być również zmiany genetyczne wśród szczepów pałeczki krztuśca (*Bordetella pertussis*). Przeprowadzone badania szczepów bakterii izolowanych od chorych w Polsce w latach 1960–2005 wskazują, że doszło do zróżnicowania genetycznego między szczepami od wielu lat stosowanymi do produkcji szczepionki, a szczepami izolowanymi od chorych. Pojawiły się szczepy posiadające wcześniej nie występujące geny warunkujące ich immunogenność oraz zjadliwość.

Obecne doniesienia z niektórych krajów wskazują, że nowe odmiany pałeczek krztuśca mogą wykazywać większą zjadliwość wskutek wytwarzania zwiększonych ilości toksyny krztuścowej. Brak jest jednak obecnie danych, które potwierdzałyby występowanie tego zjawiska również w Polsce.

Jednym z możliwych działań, które może być podjęte w związku z obecną sytuacją epidemiologiczną krztuśca, jest uzupełnienie Programu Szczepień Ochronnych o szczepienia przeciw krztuścowi u młodzieży w 14 lub 19 roku życia szczepionką błoniczo-tężcowo-krztuścową zawierającą bezkomórkową komponentę krztuśca (dTap) w miejsce wykonywanego obecnie w tym wieku szczepienia szczepionką tężcowo-błoniczą (Td). Możliwość wprowadzenia tego rozwiązania jest obecnie przedmiotem dalszych analiz. Ponadto, w odniesieniu do osób dorosłych, szczepienia przypominające powinny być realizowane w postaci „strategii kokonu”. Polega ona na szczepieniu rodziców, opiekunów, dziadków, a także pracowników ochrony zdrowia, którzy mają kontakt z noworodkami lub nie w pełni zaszczepionymi niemowlętami (które nie otrzymały pełnego cyklu szczepień), a więc są najbardziej narażone na ciężki lub powikłany przebieg choroby.

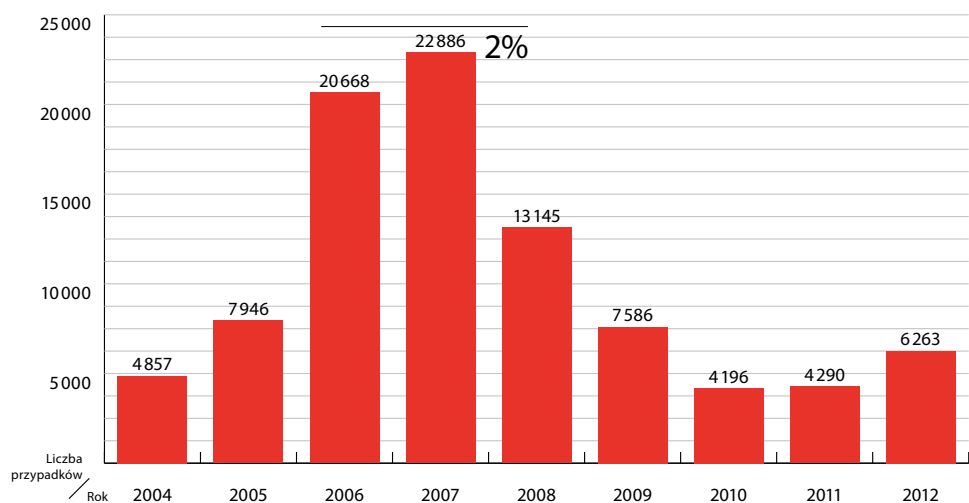
4. Różyczka

Liczba zachorowań na różyczkę cechuje się dużą zmiennością. W 2012 r. odnotowano ponowny wzrost zachorowań – zarejestrowano 6 263 przypadki różyczki (zapadalność 16,3*) natomiast, dla porównania, w 2011 r. zanotowano 4 292 przypadki (zapadalność 11,1*), zaś w 2010 r. 4 196 przypadków. Największą zapadalność zaobserwowano w województwach: lubelskim – 81,4*, małopolskim – 22,2* oraz śląskim – 21,8*. Liczba przypadków różyczki w ostatnich latach została przedstawiona na Wykresie 1.

Obecność wirusa różyczki w populacji dzieci i młodzieży powoduje, że w wyniku ponownego kontaktu z wirusem u osoby wcześniej szczepionej, lub która przeżyła zakażenie, dochodzi do ponownego wzrostu poziomu przeciwciał ochronnych i trwałego utrzymywania się odporności. Wskutek wprowadzenia powszechnych szczepień ochronnych u wszystkich dzieci, obecnie zachorowania dotyczą w przeważającej większości nieszczepionych chłopców w wieku 15–19 lat i w nieco

Wykres 1.

Liczba przypadków różyczki w Polsce w latach 2004–2012



mniejszym stopniu mężczyzn w przedziale wiekowym 20–24 lata. Chorujący chłopcy i młodzi mężczyźni stanowią zagrożenie dla dziewczynek i młodych kobiet, które pomimo szczepienia od 1989 r., mogą pozostać nieuodpornione, m.in. z powodu zaniechania lub przeciwskażeń do szczepienia. Choć różyczka jest chorobą o łagodnym przebiegu, a w wielu przypadkach przebiega bezobjawowo, to zakażenie wirusem różyczki kobiety w ciąży może doprowadzić do zakażenia płodu i w konsekwencji do wystąpienia u noworodka groźnego w skutkach zespołu różyczki wrodzonej.

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w Regionie Europejskim WHO, różyczka powinna zostać wyeliminowana do końca 2015 r., a pogarszająca się sytuacja epidemiologiczna w odniesieniu do tej jednostki chorobowej oddala od tego celu nie tylko Polskę, ale i cały Region Europejski WHO.

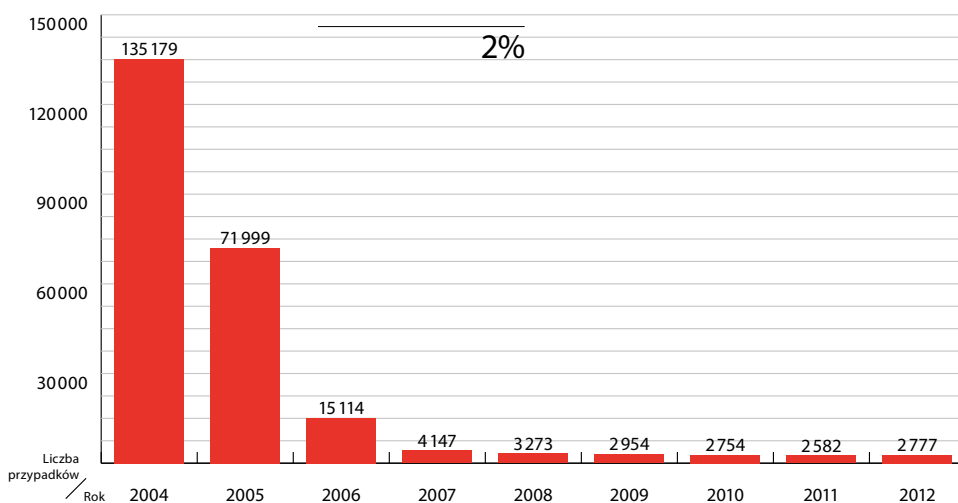
5. Odra

Podobnie jak różyczka również odra została objęta przez WHO regionalnym programem eliminacji do końca 2015 r. W Polsce sytuacja epidemiologiczna w odniesieniu do tej choroby, w porównaniu z różyczką, jest znacznie lepsza. W 2012 r. zanotowano 71 przypadków odry (zapadalność – 0,18*), co jednak nadal nie wykonuje założonego przez WHO celu, tj. zapadalności nie przekraczającej wskaźnika 0,1. Ponadto, liczba przypadków odry w 2012 r. stanowiła ponad dwukrotny wzrost w stosunku do roku 2011, kiedy stwierdzono 38 zachorowań (zapadalność – 0,1*). W trzech województwach: dolnośląskim, mazowieckim i śląskim odnotowano ponad 87% wszystkich stwierdzonych przypadków odry w 2012 r.

6. Nagminne zapalenie przyusznicy (świnka)

W 2012 r. na nagminne zapalenie przyusznicy (świnkę) zachorowało 2 777 osób (zapadalność – 7,2*), co stanowi nieznaczny wzrost w stosunku do roku 2011, kiedy to stwierdzono 2 585 przypadków świnki. Od kilku lat liczba zachorowań utrzymuje się na podobnym poziomie (Wykres 2), co jednak stanowi znaczący spadek w stosunku do okresu przed oraz tuż po wprowadzeniu powszechnych szczepień przeciwko śwince szczepionką trójskładnikową MMR w 2003 r.

Od końca 2003 r. prowadzone są obowiązkowe powszechne szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce z użyciem szczepionki trójskładnikowej (MMR), wykonywane u dzieci w 13–15 miesiącu życia, a od 2005 r. również szczepienia przypominające w 12 roku życia, które to obecnie przesunięto na 10 rok życia.



Wykres 2.

Liczba zachorowań na świnkę w latach 2004–2012

* Na 100 000 ludności

7. Poliomyelitis

W odniesieniu do poliomyelitis, zarówno Polska, jak i cały Region Europejski WHO są oficjalnie wolne od tej choroby od 2002 r. Ostatni przypadek poliomyelitis spowodowany dzikim wirusem polio wystąpił w Polsce w 1984 r. Jednak konieczne jest utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepienia (99,5% w 2012 r.) oraz stałe monitorowanie przypadków ostrych porażań wiotkich, w związku z faktem, iż choroba nadal występuje endemicznie w 3 krajach: Afganistanie, Nigerii oraz Pakistanie, a w kolejnych krajach, które uwolniły się od choroby, tj. Angoli, Czadzie i Demokratycznej Republice Kongo ponownie stwierdza się zachorowania na poliomyelitis wywołane dzikim szczepem wirusa. Globalny plan eradykacji poliomyelitis zakłada wyeliminowanie choroby do końca 2018 r.

8. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę

W Polsce, jako przypadki zachorowań i podejrzeń 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.

Corocznie okres występowania epidemicznych zachorowań na grypę i zachorowania grypopodobne przypada na miesiące od września do kwietnia. W tym okresie prowadzone jest cotygodniowe raportowanie sytuacji epidemiologicznej grypy. Zbiorcze tygodniowe raporty o zachorowaniach na grypę i zachorowaniach grypopodobnych opracowuje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie. Spośród 1 086 911 zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę i zachorowań grypopodobnych zgłoszonych w okresie od 1 września 2011 roku do 31 sierpnia 2012 roku, w sezonie grypowym 2011/2012, tj. w okresie od dnia 1 września 2011 roku do dnia 30 kwietnia 2012 roku, zgłoszono łącznie 864 936 zachorowań. Wg wstępnych danych z biuletynu rocznego „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w roku 2012” zarejestrowano ogółem 1 460 037 przypadków grypy i podejrzeń zachorowań na grypę (zapadalność wynosiła 3 789*), w tym 4 887 osób skierowano do szpitala.



W sezonie epidemicznym grypy 2011/2012 stwierdzono umiarkowany wzrost liczby zachorowań na grypę i zachorowań grypopodobnych w porównaniu do poprzedniego sezonu. Początek epidemicznego wzrostu liczby zachorowań w omawianym sezonie przypadł na okres od 23 do 30 listopada 2011 roku, a szczyt zachorowań wystąpił w okresie od 8 do 15 marca 2012 roku, w którym zachorowało 39 499 osób (zapadalność wynosiła 12,93*. Dla porównania w sezonie 2010/2011 szczyt zachorowań przypadł na okres od 1 do 7 lutego 2011 roku, w którym zachorowało 69 839 osób. Dane o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na grypę w Polsce, zarejestrowanych od 1 stycznia do 30 kwietnia 2012 roku oraz w porównywalnym okresie 2011 roku przedstawia Tabela 6.

Jednostka chorobowa		Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
		1.01–30.04.2012 r. ¹		1.01–30.04.2011 r.	
		Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Grypa i podejrzenia grypy (ogółem)	Ogółem	511 741	1 339,63	694 869	1 819,03
	u dzieci w wieku 0–14 lat	234 540	4 072,93	273 431	4 748,30

Tabela 6.

Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce zarejestrowane w okresie od 1 stycznia do 30 kwietnia 2012 r. oraz w porównywalnym okresie 2011 r.

1. Wstępne dane, które mogą ulec zmianie w trakcie weryfikacji

Liczbę zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę w poszczególnych miesiącach sezonów 2010/2011 i 2011/2012 przedstawia Tabela 7.

Miesiąc/Rok	Liczba przypadków sezon 2010/2011	Liczba przypadków sezon 2011/2012
Wrzesień 2011	33 525	45 185
Październik 2011	73 009	92 725
Listopad 2011	70 055	100 898
Grudzień 2011	88 323	116 541
Styczeń 2012	182 684	116 759
Luty 2012	246 138	133 802
Marzec 2012	189 379	151 362
Kwiecień 2012	72 662	107 664
RAZEM	955 775	864 936

Tabela 7.

Liczba zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2010/2011 i 2011/2012

Opracowanie: Główny Inspektorat Sanitarny (www.gis.gov.pl)

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 NIZP-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.

Zgodnie z przewidywaniami koordynowanego przez WHO Międzynarodowego Programu Nadzoru nad Grypą dominującym czynnikiem etiologicznym grypy sezonowej był wirus grypy A(H1N1)pdm09, który wchodził w skład wszystkich szczepionek przeciwgrypowych przewidzianych do szczepień w sezonie 2011/2012.

W Polsce w sezonie epidemicznym 2011/2012 pomimo udowodnionej skuteczności i powszechnej dostępności na rynku szczepionek przeciwko grypie sezonowej oraz akcji informacyjnej skierowanej do wielu grup ludności, zaszczepiło się jedynie 4,5% populacji.

Upowszechnienie szczepień przeciwko grypie umożliwia zmniejszenie szerzenia się zakażeń wirusem grypy, wpływając na obniżenie poziomu kosztów, jakie państwo ponosi w związku z leczeniem grypy, jej powikłań oraz na wynik absencji chorobowej pracowników w sezonie zwiększonej liczby zachorowań.

* Na 100 000 ludności

9. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

W ostatnich latach występuje trend wzrostowy zachorowań spowodowanych wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Przypadki zachorowań są zgłaszane w oparciu o definicję przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C dla celów nadzoru epidemiologicznego. Zgodnie z wstępnymi danymi w 2012 roku zgłoszono 2 265 zakażeń HCV. Dla porównania, w 2011 roku zgłoszono 2 189 zakażeń, w 2010 roku – 2 178, w 2009 roku – 1 891.

Ok. 80% przypadków zakażeń HCV przebiega w sposób przewlekły i zwykle w pierwszym okresie, który może trwać od kilku do kilkudziesięciu lat, zakażenie to przebiega bezobjawowo. Z tego powodu zakażenia HCV są rozpoznawane niemal wyłącznie u osób chorujących objawowo na wirusowe zapalenie wątroby typu C lub w trakcie przesiewowych badań laboratoryjnych wykonywanych z innych powodów np. u krwiodawców lub kobiet ciężarnych. Szacunkowe dane epidemiologiczne pozwalają sądzić, że liczba osób, które miały kontakt z wirusem typu C w Polsce sięga ok. 730 000, tj. ok. 1,9% populacji, w tym ok. 230 000 osób ma aktywną, wymagającą leczenia postać zakażenia. Z uwagi na skryty charakter choroby aż 95% Polaków zakażonych HCV nie jest świadomych zakażenia i związanych z nim następstw, takich jak możliwość rozwinięcia się w jego wyniku marskości wątroby lub raka wątrobowo-komórkowego (carcinoma hepatocellulare), a ponadto może nieświadomie zakażać inne osoby.

Do większości zakażeń wirusem HCV w Polsce (ok. 80%) dochodzi w wyniku naruszenia ciągłości tkanek, w szczególności w trakcie drobnych zabiegów medycznych (iniekcji, pobrania krwi, usuwania znamion, zabiegów stomatologicznych) oraz zabiegów upiększających, wykonywanych z naruszeniem procedur higieniczno-sanitarnych. W związku z upowszechnieniem zabiegów upiększających, przy jednoczesnej poprawie w zakresie przestrzegania standardów higieniczno-sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, w ostatnich latach coraz częściej do zakażeń HCV dochodzi w wyniku naruszenia ciągłości tkanek ludzkich w trakcie tatuowania, kolczykowania, zabiegów w obrębie paznokci i wałów paznokciowych. Wysokie ryzyko zakażenia HCV dotyczy również domowników, osób zakażonych (najczęściej nieświadomych zakażenia) w wyniku używania wspólnych szczoteczki do zębów, cążki do paznokci, maszyny do strzyżenia lub golenia itp.

Z uwagi na brak swoistych metod zapobiegania zakażeniom HCV w drodze szczepień ochronnych, szerzeniu się zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C można zapobiec jedynie w drodze działań nieswoistych, polegających na wdrażaniu i utrzymywaniu wysokich standardów higieniczno-sanitarnych wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz zabiegów o charakterze niemedyce, przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek.

Od 2002 r. podejmowane są 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 i urządzeń. Podmioty wykonujące działalność leczniczą są zobowiązane do prowadzenia w tym zakresie własnych działań m.in. przez tworzenie zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych, opracowywanie i wdrażanie wewnętrznych procedur udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób minimalizujący ryzyko szerzenia się zakażeń w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Należy wspomnieć o inicjatywach, które Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje w obliczu narastającego w Polsce problemu występowania wirusowych zapaleń wątroby typu C. W latach 2010–2011 Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Polską Grupą Ekspertów HCV zrealizowała *Pilotażowy Program Profilaktyki HCV pn. „STOP!HCV”*. Program objęty został honorowym patronatem Ministra Zdrowia. Działania podejmowane w ramach Pilotażowego Programu „STOP!HCV” stanowiły uzupełnienie i kontynuację inicjatywy z lat 2005–2006, również współrealizowanej przez Państwową Inspekcję Sanitarną z Polską Grupą Ekspertów HCV (*Pilotażowy Program „HCV można pokonać”*). Celem głównym Pilotażowego Programu Profilaktyki Zakażeń HCV „STOP!HCV” było zmniejszenie obciążenia zdrowotnego populacji Polski zagrożeniami związanymi z HCV. Grupę docelową programu stanowili: młodzież klas I lub II szkół ponadgimnazjalnych, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, kadra kierownicza i personel odpowiedzialny za bezpieczeństwo epidemiologiczne w szpitalach wielospecjalistycznych. Na początku 2012 roku dokonano podsumowania realizacji działań prowadzonych w ramach Programu STOP!HCV, a materiał został przekazany pod obrady Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia oraz wszystkim państwowym wojewódzkim inspektorom sanitarnym.

W 2012 roku rozpoczęto realizację współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, projektu pn.: „Zapobieganie zakażeniom HCV”. Umowa w sprawie realizacji projektu została podpisana w dniu 24 maja 2012 r. pomiędzy Biurem do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, pełniącym funkcję instytucji pośredniczącej, a Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny w Warszawie, Liderem programu. Instytucjami partnerskimi projektu, z którymi NIZP-PZH nawiązał współpracę, są Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie oraz Główny Inspektorat Sanitarny. Zgodnie z założeniami projektu, Państwowa Inspekcja Sanitarna będzie współuczestniczyć w realizacji jednego z pięciu zaplanowanych podprojektów pn. „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”. W związku z tym, w 2012 roku, w Departamencie Zapobiegania oraz Zwalczenia Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi Głównego Inspektoratu Sanitarnego, kontynuowano prace przygotowawcze do realizacji podprojektu, w tym współuczestniczono w przygotowaniu jego szczegółowych założeń oraz zaktualizowano dokumentację, zgodnie z wytycznymi Lidera projektu i Strony szwajcarskiej. Stosowne informacje dotyczące podprojektu zostały zamieszczone na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego. W dniach 3 września 2012 roku oraz 11 października 2012 roku odbyły się konferencje merytoryczno-prasowe formalnie rozpoczynające projekt „Zapobiegania zakażeniom HCV”.

10. Choroby tropikalne

Warunki klimatyczne w Polsce nie sprzyjają występowaniu stawonogów będących zwierzęcymi wektorami przenoszącymi typowe dla krajów położonych w strefach podzwrotnikowej i zwrotnikowej choroby takie jak: malaria, gorączka denga, żółta gorączka, chikungunya czy gorączka zachodniego Nilu. Tym samym choroby te nie znajdują naturalnych warunków do szerzenia się w Polsce, a rejestrowane w Polsce przypadki zachorowań są zachorowaniami zawleczonymi z innych krajów. Z uwagi na możliwość coraz łatwiejszego, tańszego i szybszego przemieszczenia się na duże odległości oraz wzrastającego zainteresowania egzotycznymi podróżami, rokrocznie odnotowywane są przypadki tropikalnych chorób zakaźnych wśród Polaków powracających z zagranicy. W 2012 roku odnotowano 5 zachorowań na gorączkę denga oraz 21 przypadków malarii.

Państwowa Inspekcja Sanitarna od wielu lat podejmuje działania mające na celu informowanie osób podróżujących w odległe, egzotyczne regiony świata o istniejącym narażeniu na występujące tam choroby zakaźne. W tym celu na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego została utworzona zakładka poświęcona temu zagadnieniu pt. „Informacje dla podróżujących”. Zamieszczane w niej komunikaty są opracowywane w oparciu o oficjalne źródła informacji, tj. serwisy międzynarodowych organizacji działających w sektorze ochrony zdrowia: Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Europejskiego Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób w Atlancie, USA (CDC). Komunikaty zamieszczane na tej stronie dotyczą aktualnych zagrożeń i są na bieżąco aktualizowane.

Na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego zamieszczane są ponadto informacje dotyczące chorób zakaźnych. Poradnictwo dla osób wyjeżdżających w tropikalne regiony świata można również uzyskać w punktach szczepień, których lista jest aktualizowana i publikowana na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Część tych punktów szczepień jest zlokalizowana w wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych.

Informowanie turystów o zagrożeniach zdrowotnych i sanitarnych nabiera szczególnego znaczenia także w kontekście aktualnej sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w regionie europejskim. W 2012 roku stwierdzono pierwsze rodzime przypadki gorączki denga na popularnej turystycznie wyspie Madera, a od kilku lat sezonowo występują zachorowania na gorączkę zachodniego Nilu w krajach basenu Morza Śródziemnego. Główny Inspektorat Sanitarny na bieżąco śledzi informacje na temat sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych na świecie i uwzględnia je w przygotowywanych materiałach informacyjnych.



11. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową

W Polsce w 2012 roku zgłoszono 234 przypadki zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (zapadalność 0,61*) w porównaniu do zgłoszonych w 2011 roku 296 zachorowań (zapadalność 0,77*). Zachorowania występowały szczególnie wśród ludzi młodych między 11 a 24 rokiem życia, stanowiących grupę podwyższonego ryzyka zakażeniem meningokokami.

Tabela 8.

Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 r. oraz w porównywalnym okresie 2011 r.

Opracowanie: na podstawie danych NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

Jednostka chorobowa	Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
	1.01–31.12.2012 r. ¹		1.01–31.12.2011 r.	
	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Ogółem	234	0,61	296	0,77
Zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	158	0,41	193	0,50
Posocznica	136	0,35	192	0,50
inna określona i nieokreślona	3	0,01	5	0,01

1. Wstępne dane, które mogą ulec zmianie w trakcie weryfikacji

W roku 2012, podobnie jak w 2011 r., nie występowały lokalne ogniska zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową.

Dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*Neisseria meningitidis*, meningokoki) są powszechnie występującymi drobnoustrojami kolonizującymi nosogardło (kolonizacji ulega ok. 5–10% populacji) i wywołującymi sporadyczne zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową. Najczęstszymi w Polsce czynnikami wywołującymi zachorowania sporadyczne są dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z grupy B i grupy C. Przyjmuje się, że epidemiczne zachorowania występują przy przekroczeniu odsetka 20–25% osób skolonizowanych przez meningokoki w ogólnej populacji. Na ogólny wzrost liczby zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową i wyższą śmiertelność spowodowaną zakażeniem meningokokami wpływa w szczególności wzrost częstości występowania na danym obszarze zakażeń spowodowanych dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z grupy C. Polska jest jednym z krajów, w których w ostatniej dekadzie wzrosła liczba zakażeń wywołanych przez dwoinkę zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z grupy C, która obecnie jest przyczyną ok. 60% zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (wg danych Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń OUN).

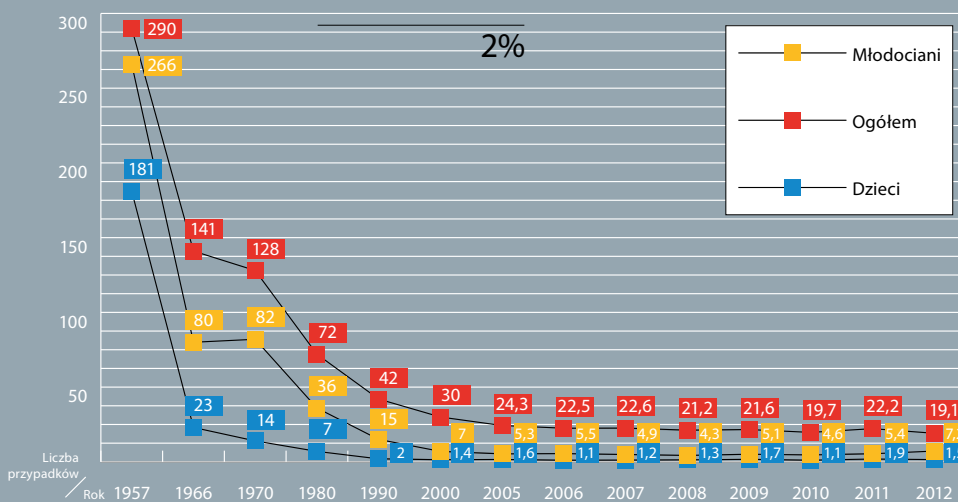
Wpływ na obniżenie się liczby epidemicznych zachorowań wywołanych przez dwoinkę zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z grupy C mają podobnie, jak w ubiegłych latach: poprawiający się nadzór epidemiologiczny nad zachorowaniami na inwazyjną chorobę meningokokową i wdrażanie działań profilaktycznych zapobiegających kolonizacji dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u osób mających styczność z osobą chorą, dostępność szczepień ochronnych przeciw meningokokom grupy C (szczepienie zalecane w ramach Programu Szczepień Ochronnych), a także działania edukacyjne na temat sposobów ochrony przed zakażeniami meningokokowymi, w tym w drodze szczepień ochronnych i profilaktycznego leczenia osób ze styczności. Lekarze mają obowiązek informowania rodziców/opiekunów dziecka o możliwości wykonania takiego szczepienia zalecanego. Ponadto dla osób podróżujących, które udają się do krajów o wysokiej zapadalności na inwazyjną chorobę meningokokową wywołaną dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z grupy A zalecane jest szczepienie szczepionką skojarzoną przeciwko meningokokom z grupy A i C.

12. Gruźlica

W 2012 roku zarejestrowano 7 371 zachorowań na gruźlicę, tj. o 1 107 zachorowań mniej, niż w roku poprzednim i o 2 753 mniej, niż przed dziesięcioma laty (dane za rok 2012 są w trakcie weryfikacji przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie i mogą ulec zmianie). Współczynnik zapadalności na gruźlicę w 2012 roku wyniósł 19,1* i był niższy o 14,0%, niż w roku 2011 i niższy o 27,9%, niż przed dziesięcioma laty. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957–2012 przedstawia Wykres 3.

W 2012 roku wśród postaci klinicznych najczęściej występowała gruźlica płuc – 6 852 zachorowań. Przypadki gruźlicy płuc stanowiły 93,0% wszystkich zachorowań. Chorzy na gruźlicę pozapłucną stanowili 7,0% ogółu zarejestrowanych w 2012r. przypadków zachorowań. Zarejestrowano 90 zachorowań u dzieci do 14 roku życia. Współczynnik zapadalności u dzieci wyniósł 1,5*.

Utrzymują się różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. W 2012 roku najwyższą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w województwach: lubelskim, świętokrzyskim i łódzkim, najniższą w województwach: wielkopolskim, lubuskim i zachodniopomorskim. Wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim (o 4,9%) zarejestrowano tylko w województwie kujawsko-pomorskim.



Wykres 3.

Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957–2012

Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc o występowaniu gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2012 r.

W 2012 roku gruźlica została potwierdzona bakteriologicznie u 4 905 chorych, w tym w 4 709 przypadkach gruźlicy płuc. Gruźlicę wywołaną przez prątki odporne na conajmniej 1 lek przeciwprątkowy stwierdzano u 0,8% ogółu chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie. Niski odsetek gruźlicy wielolekoopornej jest dowodem na skuteczność nadzoru epidemiologicznego.

Swoistą metodą zapobiegania gruźlicy są stosowane od 80 lat szczepienia BCG, obowiązkowe w Polsce, wykonywane zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków najpóźniej w ciągu 24 h od urodzenia. W roku 2012 zaszczepiono tą szczepionką 362 190 noworodków, co stanowiło 93,8% 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 osób z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie. Leczenie osób chorych na gruźlicę jest bezpłatne dla wszystkich osób przebywających w Polsce (także dla cudzoziemców, uchodźców). Działania służące rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy, chociaż istotne dla zapobiegania szerzeniu się gruźlicy, pozostają poza obszarem zadań wykonywanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Czynnikiem ryzyka szerzenia się gruźlicy oraz pojawiania się szczególnie groźnego zjawiska lekooporności prątków gruźlicy jest:

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

* Na 100 000 ludności

13. Ogniska zakażeń szpitalnych w Polsce w 2012 roku

Zakażenie szpitalne jest to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Szczegółowe kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych dla celów nadzoru epidemiologicznego zostały opublikowane w oparciu o opinię naukową Europejskiego Centrum Kontroli Chorób w Sztokholmie (ECDC) w Decyzji wykonawczej Komisji 2012/506 UE z dnia 8 sierpnia 2008 r. zmieniającą decyzję 2002/253/WE ustanawiającą definicje przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady.

Wymieniona wyżej Decyzja określa definicje poszczególnych rodzajów zakażeń oraz określa kryteria pozwalające na zakwalifikowanie tych zakażeń jako zakażeń szpitalnych. Zgodnie z opisanymi kryteriami zakażeniem szpitalnym związanym z aktualnym pobytem w szpitalu jest:

- zakażenie, którego objawy wystąpiły w 3 dniu lub w dniach następnym licząc od 1 dnia pobytu w szpitalu

lub

- zakażenie miejsca operowanego, gdy chory był operowany w 1 lub 2 dniu pobytu, po czym przed 3 dniem pobytu wystąpiły objawy zakażenia

lub

- zakażenie miejsca operowanego, gdy w 1 lub 2 dniu pobytu chory miał wszczepiony implant, w wyniku czego doszło do zakażenia przed 3 dniem pobytu.

Zakażeniem szpitalnym związanym z wcześniejszym pobytem w szpitalu jest:

- zakażenie, z powodu którego chory został ponownie przyjęty do szpitala zapewniającego leczenie ostrych zakażeń w czasie krótszym niż 2 dni od poprzedniej hospitalizacji

lub

- zakażenie miejsca operowanego, gdy do zakażenia doszło w okresie do 30 dni od operacji (w przypadku wszczęcia implantu, gdy do zakażenia miejsca operowanego lub narządu doszło do 1 roku od operacji)

lub

- zakażenie *Clostridium difficile*, gdy chory został przyjęty z objawami zakażenia (lub wystąpiły w ciągu 2 dni od przyjęcia) a do zakażenia doszło przed upływem 28 dni od wcześniejszej hospitalizacji.

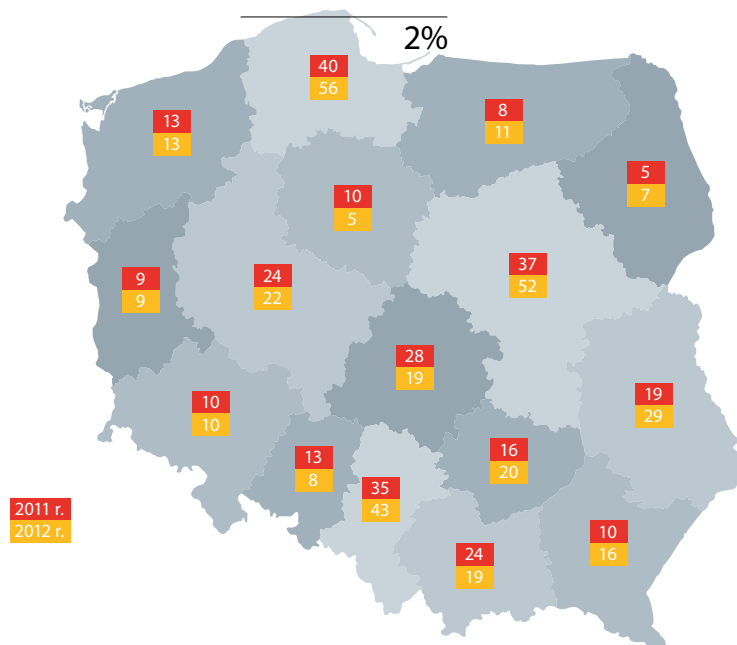
Od 2005 do 2011 roku obowiązywało w Polsce rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych oraz raportów o występowaniu tych zakażeń. Od 2012 roku raporty o ogniskach zakażeń szpitalnych są gromadzone i raportowane w oparciu o nowe rozporządzenie Ministra 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. Nr 294, poz. 1741). Powyższe rozporządzenie zobowiązuje kierownika podmiotu leczniczego do przekazywania właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu:

1. raportu wstępnego o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
2. raportu końcowego z czynności podejmowanych w celu wygaszenia ogniska epidemicznego w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
3. raportu okresowego o bieżącej sytuacji epidemiologicznej podmiotu leczniczego.

W Polsce w 2012 roku zgłoszono do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych 301 ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, to jest o 11,2% mniej niż w 2011 roku, w którym liczba ta wynosiła 339. W ogniskach łącznie zachorowało 2 291 osób, w tym 133 osoby z personelu.

Zgodnie z przyjętym zwyczajem za ognisko epidemiczne zakażenia szpitalnego przyjęto się uważać wystąpienie u co najmniej dwóch pacjentów powiązanych ze sobą epidemiologicznie zakażeń szpitalnych o podobnych objawach klinicznych lub o potwierdzonym badaniami mikrobiologicznymi tym samym czynnikiem je wywołującym, a także wystąpienie znamiennego wzrostu zakażeń szpitalnych lub pojawienie się zakażenia szpitalnego spowodowanego czynnikiem chorobotwórczym wcześniej nie występującym.

Sytuację epidemiologiczną w zakresie ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych w latach 2011–2012 w Polsce przedstawiona jest na Rysunku 1.



Rysunek 1.
Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2011–2012

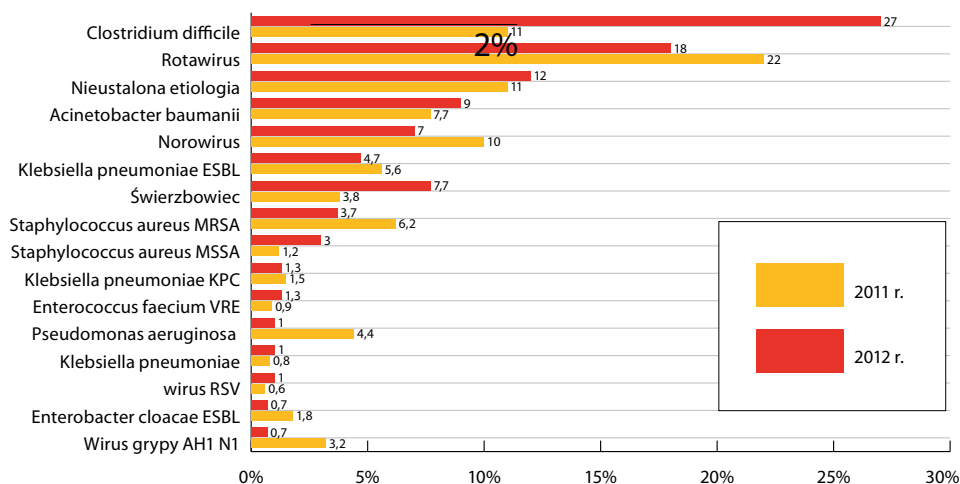
Jak wynika z przedstawionych danych liczba ognisk epidemicznych w 2012 roku w województwach: zachodniopomorskim, dolnośląskim, lubuskim utrzymywała się na tym samym poziomie co w roku 2011. W województwach kujawsko-pomorskim, łódzkim, małopolskim, opolskim i wielkopolskim w 2012 roku zgłoszono więcej ognisk epidemicznych, niż w roku 2011. Wyraźnie zmniejszyła się natomiast liczba ognisk epidemicznych w województwach: lubelskim, mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim oraz warmińsko-mazurskim.

Należy zaznaczyć, że spośród 301 ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych zgłoszonych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej etiologię zakażenia:

- w 82% ustalono w oparciu o przeprowadzone badania laboratoryjne,
- w 5% ustalono na podstawie typowych objawów klinicznych (m.in. ospę wietrzną, świerzb).

W 13% nie ustalono czynnika zakaźnego.

Najczęstsze czynniki alarmowe, które wywoływały ogniska epidemiczne w szpitalach w ostatnich dwóch latach przedstawia Wykres 4.



Wykres 4.
Wybrane czynniki alarmowe wywołujące ogniska epidemiczne w latach 2011–2012

Poważnym problemem zdrowia publicznego w XXI wieku w Polsce, podobnie jak w innych krajach rozwiniętych, stały się zakażenia szpitalne spowodowane przez laseczki beztlenowe *Clostridium difficile* o przebiegu klinicznym od łagodnych biegunek, po ciężkie zagrażające życiu septyczne zapalenia jelit. W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się wzrost zapadalności, ciężki przebieg choroby i wyższą śmiertelność w związku z rozprzestrzenianiem się hiperwirulentnego szczepu NAP1/BI/027. W 2005 roku szczep NAP1/BI/027 był odpowiedzialny za 6% zachorowań wywołanych przez *Clostridium difficile* na terenie Europy.

Problem szpitalnych zakażeń *C. difficile* coraz częściej występuje również w Polsce. Drobnoustroj ten obecnie stał się najczęstszym czynnikiem alarmowym zgłaszanym w ogniskach epidemicznych zakażeń szpitalnych. Na podstawie zebranych w 2012 roku danych zaobserwowano znaczny wzrost liczby ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych wywołanych przez *C. difficile*. W roku 2012 stanowiły one 27% wszystkich zgłoszeń ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych (82 ogniska), gdy w roku 2011 zanotowano 37 ognisk (11% wszystkich zgłoszonych ognisk szpitalnych). Trend wzrostowy występowania ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych *Clostridium difficile* oddaje trudności w zapobieganiu szerzeniu się tego drobnoustroju w środowisku szpitalnym. W 2012 roku ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych *Clostridium difficile* zostały zgłoszone już z 15 województw, gdy w roku 2011 zgłoszenia napłynęły z 3 województw (mazowieckiego, lubelskiego i pomorskiego).

Pacjenci z zakażeniem *Clostridium difficile* niejednokrotnie przyjmowani są do szpitali z placówek opieki długoterminowej, w których procedury higieniczne są często nieprzestrzegane jak i nie jest prowadzony nadzór nad stosowaniem antybiotyków.

Istotnymi czynnikami ryzyka mającymi wpływ na szerzenie się zakażeń wywołanych przez *Clostridium difficile* jest starzenie się populacji, wzrastająca liczba placówek opieki długoterminowej oraz przepełnienie oddziałów chorób wewnętrznych, w których długotrwałe leczeni są pacjenci, a ponadto niedobory personelu, brak lub nieprzestrzeganie procedur sanitarno-higienicznych w opiece nad osobami zakażonymi *Clostridium difficile*. Innym ważnym czynnikiem jest prawnie nieuregulowana kwestia zwalczania zakażeń w domach pomocy społecznej nie podlegających przepisom o działalności leczniczej.

Wśród innych czynników etiologicznych ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, podobnie jak w poprzednich latach, dominowały wirusy wywołujące ostre zakażenia żołądkowo-jelitowe, jednak ich udział w łącznej liczbie zgłoszonych ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych zmniejszył się do 25%.

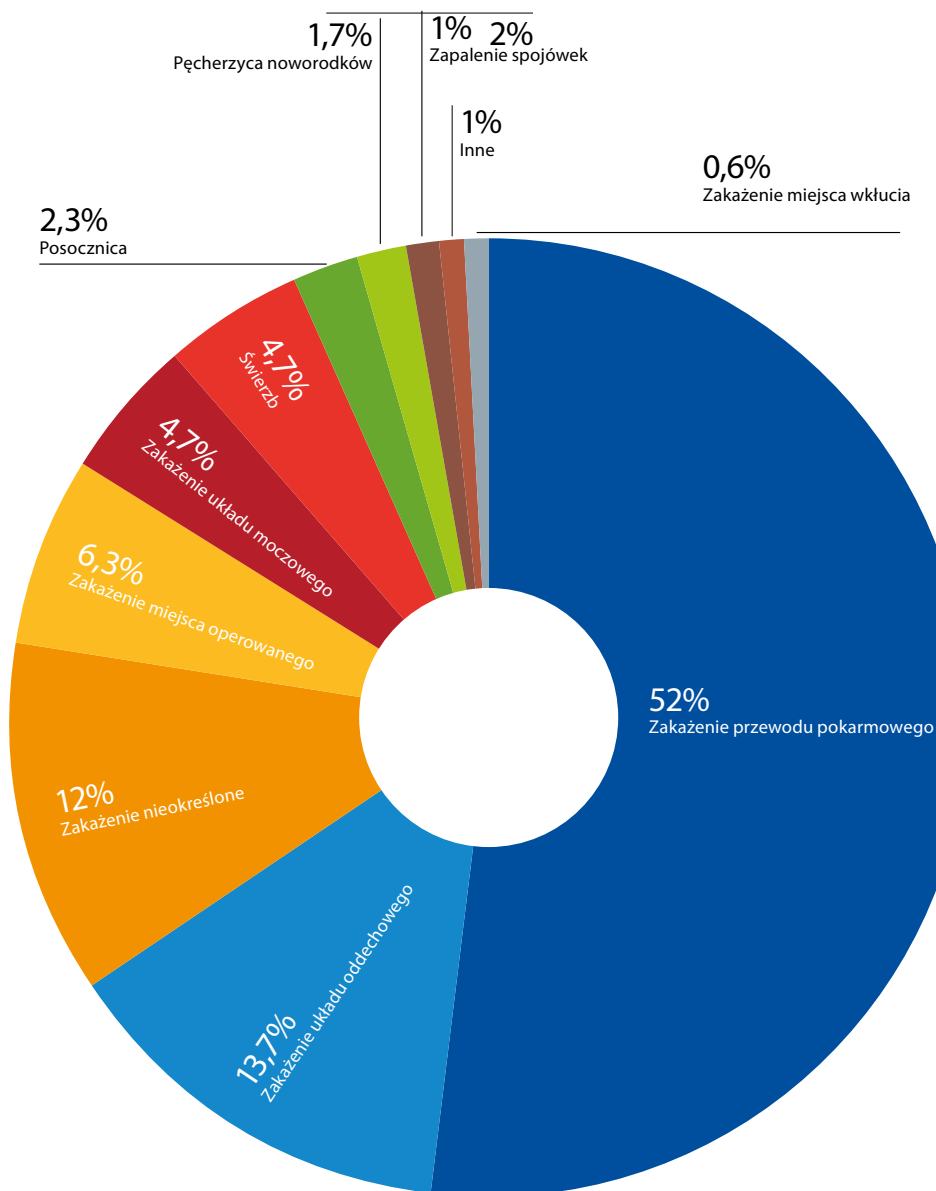
Zmniejszył się odsetek ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych wywoływanych przez norowirusy – z 10% w 2011 roku do 7% w 2012 roku, jak również rotawirusy z 22% w 2011 roku do 18% w 2012 roku.

W porównaniu z 2011 rokiem, w roku 2012 odnotowano niewielkie zmiany w zakresie poniższych czynników wywołujących ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych:

- wzrost liczby ognisk wywołanych przez: *Staphylococcus aureus* MSSA z 4 (1,2%) ogółu zgłoszonych ognisk do 9 (3%), *Acinetobacter baumannii* z 26 (7,7%) do 27 (9%) i *Enterococcus faecium* VRE z 3 (0,9%) do 4 (1,3%);
- spadek liczby ognisk wywołanych przez: *Staphylococcus aureus* MRSA z 21 (6,2%) do 11 (3,7%), *Klebsiella pneumoniae* ESBL z 19 (5,6%) do 14, co stanowi 4,7% oółu zgłoszonych ognisk, *Pseudomonas aeruginosa* z 4,4% ogólnej liczby zgłoszonych ognisk do 1%;
- stabilną sytuację w odniesieniu do ognisk wywołanych przez *Klebsiella pneumoniae* KPC – w roku 2012 zgłoszono 4 ogniska (1,3%) .

Pod względem postaci klinicznych zakażeń w ogniskach epidemicznych zakażeń szpitalnych, zgodnie z Wykresem 5:

- zakażenia przewodu pokarmowego stanowiły 52%,
- zakażenia układu oddechowego stanowiły 13,7% (głównym czynnikiem wywołującym zakażenia układu oddechowego szczególnie u pacjentów poddawanych leczeniu respiratorem był *Acinetobacter baumannii*),
- zakażenia miejsca operowanego stanowiły 6,3% (czynnikiem najczęściej wywołującym zakażenia miejsca operowanego był *Acinetobacter baumannii* szczególnie u pacjentów leczonych z powodu z powodu urazów wielonarządowych, operacji naczyniowych, oparzeń oraz neurochirurgicznie, rzadziej wywołane przez *Staphylococcus aureus* MRSA lub *Enterococcus faecium* VRE).



Wykres 5.

Ogniska wg postaci klinicznej zakażenia w 2012 roku

Z informacji nadesłanych z podmiotów leczniczych wynika, że we wszystkich zgłoszonych Państwowej Inspekcji Sanitarnej przypadkach ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych podjęto skuteczne działania w celu szybkiego wygaszenia tych ognisk i zapobieżenia szerzeniu się czynników etiologicznych na innych pacjentów.



14. Szczepienia ochronne w Polsce

Polska, podobnie jak inne kraje, od wielu lat posiada system powszechnych szczepień ochronnych, który skutecznie zapobiega szerzeniu się groźnych chorób zakaźnych, a także umożliwiła wykożnienie niektórych z nich. Jest on systematycznie modyfikowany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z uwzględnieniem możliwości finansowych budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia. Obowiązkowi poddawania się szczepieniom podlegają osoby przebywające na terenie Polski przez okres dłuższy niż 3 miesiące.

Program Szczepień Ochronnych (PSO) jest jednym z najważniejszych programów profilaktycznych mających wpływ na stan zdrowia publicznego, szczególnie w odniesieniu do stanu zdrowia dzieci i młodzieży. Szczegółowe wskazania dotyczące stosowania poszczególnych szczepionek w ramach PSO są publikowane w formie komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego na podstawie art. 17 ust. 11 ustawy *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.) w terminie do 31 października każdego roku, na kolejny rok.

Program Szczepień Ochronnych uwzględnia choroby zakaźne objęte obowiązkiem szczepień ochronnych, osoby i grupy osób obowiązane do poddawania się szczepieniom ochronnym oraz okoliczności stanowiące przesłanki do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. *w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych* (Dz. U. Nr 182, poz. 1086), a także rekomendacje Komisji Epidemiologii i Chorób Zakaźnych Rady Sanitarno-Epidemiologicznej i Zespołu Pediatrycznego ds. PSO przy Ministrze Zdrowia. PSO zawiera jednolity schemat stosowania poszczególnych preparatów szczepionkowych oraz uwzględnia wskazania do szczepień obowiązkowych i zalecanych.

Corocznie dokonywana jest szczegółowa analiza wykonania szczepień ochronnych w Polsce na podstawie rocznego sprawozdania ze szczepień ochronnych, którego wzór i terminy sporządzania określają przepisy o statystyce publicznej (MZ-54). Analiza uwzględnia takie elementy jak:

- 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.

Wyniki analizy są corocznie publikowane na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie (NIZP-PZH) w biuletynie pt „Szczepienia Ochronne w Polsce”, który stanowi główne źródło informacji o realizacji szczepień ochronnych w Polsce. Są one dostępne na stronie internetowej NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl).

W 2012 roku w Polsce zaszczepiono 1 320 000. dzieci i młodzieży do 19 roku życia, czyli ponad 98%. Zakres tych szczepień obejmował szczepienia obowiązkowe (finansowane z budżetu Ministerstwa Zdrowia) zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych na rok 2012.

W 2012 roku rozpoczęto prace nad zmianą przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, których celem jest m.in. rozszerzenie grupy osób obowiązanych do poddania się szczepieniom ochronnym przeciwko *Streptococcus pneumoniae* (pneumokokom) oraz przywrócenie szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B u osób chorych w fazie zaawansowanej choroby nerek z ubytkiem filtracji kłębuszkowej poniżej 30 ml/min, a także osób dializowanych oraz dookreślenie grup osób przewidzianych do obowiązkowych szczepień przeciwko ospie wietrznej, a ponadto dostosowanie nazewnictwa chorób zakaźnych do brzmienia, jak w przepisach ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

W związku z prowadzeniem nadzoru nad zużyciem szczepionek służących realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce, w Głównym Inspektoracie Sanitarnym w 2012 roku prowadzono bieżącą analizę stanów magazynowych szczepionek, koordynowano dystrybucję szczepionek oraz podejmowano działania na poziomie Centralnego Dystrybutora związane z bieżącą wymianą szczepionek o krótkim terminie ważności, w celu zapewnienia płynności dostaw szczepionek do punktów szczepień i uniknięcia utylizacji szczepionek o kończącym się terminie ważności.

W 2012 r. w całym kraju trwały prace nad usprawnianiem funkcjonowania Elektronicznego Systemu Nadzoru nad Dystrybucją Szczepionek. System został opracowany w celu zapewnienia jednolitego obiegu dokumentacji dotyczącej realizacji szczepień ochronnych, usprawnienia obrotu szczepionkami zakupionymi do realizacji PSO w Polsce oraz uzyskania bieżących danych o ich dostępności i rozmieszczeniu.

Wprowadzenie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw wybranym chorobom zakaźnym zmniejsza społeczne skutki związane z ciężkimi, zdrowotnymi następstwami chorób zakaźnych, w tym związane z kosztami leczenia chorób zakaźnych oraz

ich powikłań. Nałożenie przez ustawodawcę powszechnego obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw wybranym chorobom zakaźnym, zapewnia odpowiednio wysoki odsetek osób poddających się szczepieniom i skutecznie zmniejsza ryzyko epidemicznego szerzenia się chorób zakaźnych w populacji.

Uzyskanie wysokiego odsetka osób uodpornionych (sięgającego dla poszczególnych chorób 95–98%) w wyniku powstania odporności zbiorowskiej, zapewnia bowiem ochronę przed zakażeniem również osobom nie szczepionym, osobom, które pomimo szczepień ochronnych, nie uzyskały odporności przeciwko tym chorobom, lub które nie mogły być szczepione z powodu trwałych przeciwwskazań do wykonania szczepienia.

Dla uzyskania wysokiego stopnia uodpornienia populacji znaczenie ma przekazanie rodzicom i opiekunom dzieci wyczerpujących informacji o wskazaniach, korzyściach i zasadach prowadzenia szczepień oraz o możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych.

W związku z odbywającymi się dyskusjami wokół znaczenia szczepień ochronnych w Polsce, w umacnianiu zdrowia populacji oraz z uwagi na pojawiające się w mediach informacje na temat zagrożeń związanych z występowaniem chorób zakaźnych (np. grypa świń, grypa ptaków), Krajowy Komitet ds. Pandemii Grypy podczas dotychczasowych posiedzeń wyraźnie popierał propozycję przeprowadzenia w Polsce kampanii na rzecz promowania szczepień ochronnych. Potrzeba taka wielokrotnie była podnoszona także na forum m. in. Rady Sanitarnej-Epidemiologicznej, Sejmowej i Senackiej Komisji Zdrowia. Prośby o przedstawienie wiarygodnych informacji na temat szczepień ochronnych artykułowane są także przez społeczeństwo m.in. na forach internetowych, w wystąpieniach kierowanych do Ministra Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego. Za sprawą ruchów antyszczepionkowych, prowadzona jest nie zawsze rzetelna, społeczna dyskusja wokół znaczenia szczepień ochronnych dla zdrowia ludzi. Mając na względzie ww. przesłanki podjęto działania zmierzające do promocji szczepień ochronnych w Polsce. W tym zakresie szczególny nacisk położony będzie na przekazanie społeczeństwu informacji na temat korzyści zdrowotnych wynikających ze szczepień ochronnych oraz edukację wybranych grup zawodowych w zakresie organizacji szczepień w Polsce. Planowane jest przeprowadzenie akcji informacyjno-promocyjnej na temat szczepień ochronnych oraz kampanii edukacyjno – informacyjnej, której celem będzie podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa nt. zapobiegania chorobom zakaźnym na drodze szczepień ochronnych, wzrost poziomu wiedzy ogółu społeczeństwa na temat obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych. Adresatami działań będą pracownicy ochrony zdrowia, w tym: lekarze rodzinni, pediatry, położne, pielęgniarki środowiskowe oraz rodzice i opiekunowie, a także dzieci.

15. Nadzór epidemiologiczny podczas Turnieju Finałowego Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012

Państwowa Inspekcja Sanitarna, jako jeden z kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia publicznego w kraju, rozpoczęła przygotowania do mistrzostw, już w roku 2007. Państwowa Inspekcja Sanitarna odpowiada, w świetle przepisów prawa, m.in. za realizację nadzoru epidemiologicznego, obejmującego wszystkie osoby przebywające na terytorium Polski i jako jedyna służba, jest zdolna do oceny sytuacji epidemiologicznej na nadzorowanym terenie.

Turniej Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012, ze względu na swą rangę, liczbę uczestników oraz wzmożone przemieszczanie się ludności, wymagał intensyfikacji działań. Konieczne było zapewnienie zintegrowanego podejścia do kwestii bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego, obejmującego wspólne działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na każdym szczeblu, zaangażowanych w proces przygotowania i przeprowadzenia fazy operacyjnej Turnieju, również na poziomie międzynarodowym.

Założono, że z uwagi na charakter chorób zakaźnych, sytuacja epidemiologiczna na obszarze całego kraju – nie tylko na obszarach szczególnie zaangażowanych w organizację i przeprowadzenie turnieju UEFA EURO 2012, w tym sytuacja przed mistrzostwami, mogła mieć wpływ na ewentualne wystąpienie zachorowań wśród uczestników turnieju, a z kolei zachorowania wśród uczestników mogły mieć wpływ na sytuację w całym kraju, w tym sytuację po zakończeniu EURO 2012.

Czynnikami sprzyjającymi pogorszeniu się statusu epidemiologicznego Polski mogły być m.in.: duża liczba osób z krajów o różnej – od polskiej – sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych oraz poziomie uodpornienia odwiedzająca w tym czasie Polskę, intensywne przemieszczanie się osób pomiędzy krajami, zwiększone ryzyko nawiązania przygodnych kontaktów seksualnych, czy potencjalna możliwość zaistnienia aktu złej woli wobec dużej grupy osób.

W związku z powyższym głównym celem działań Głównego Inspektoratu Sanitarnego w czasie trwania Turnieju UEFA EURO 2012 było zapewnienie wysokich standardów bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego na terenie kraju poprzez właściwą koordynację pracy komórek organizacyjnych Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz stosowną, w tym zakresie, współpracę ze wszystkimi organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, organami administracji państwowej, odpowiednikami służb sanitarnych Ukrainy, przedstawicielami Europejskiego Centrum Prewencji i Kontroli Chorób (ECDC), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz innymi podmiotami zaangażowanymi w działania w fazie operacyjnej.

W ramach realizacji wyżej wymienionego celu, głównym zadaniem Państwowej Inspekcji Sanitarnej związanym z mistrzostwami było wzmocnienie nadzoru nad chorobami zakaźnymi, tak by skutecznie zapobiegać ich szerzeniu się w chwili szczególnego wyzwania, jakie stanowiło EURO 2012. Zostało to osiągnięte między innymi poprzez rozszerzenie (w okresie przed i po turnieju) zakresu informacji przekazywanych w ramach Państwowej Inspekcji Sanitarnej i przyspieszenie przepływu tych informacji w związku ze wzmożonym monitoringiem epidemiologicznym. Na obszarze całego kraju w okresie od 1 czerwca do 16 lipca 2012 r., zwiększona została częstotliwość przesyłania raportów zbiorczych MZ-56 (rutynowe raporty o chorobach zakaźnych) dotyczących zachorowań i podejrzeń zachorowań na choroby zakaźne oraz skrócone zostały terminy przesyłania zarówno sprawozdań MZ-56 jak i sprawozdań o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na grypę opartych na raportach MZ-55 – z dwóch do jednego tygodnia. Ponadto na obszarach powiatów oraz miast na prawach powiatu, w których były rozgrywane mecze piłkarskie, zakwaterowane były drużyny piłkarskie, osoby towarzyszące i kibice lub odbywały się treningi drużyn piłkarskich, oraz powiatów przygranicznych o zwiększonym w związku z Turniejem ruchu ludności (ponad 80 powiatów), system raportowania rutynowego uzupełniony został, od dnia 22 maja, o system raportów zbiorczych dotyczących wybranych chorób. Oznacza to, iż wprowadzono dodatkowe, nowe raporty.

Na wszystkich poziomach organizacyjnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej odbywało się codzienne podsumowywanie sytuacji oraz podjętych działań, związanych z przebiegiem turnieju Mistrzostw Europy UEFA EURO 2012. Informacje przekazywane były codziennie ze szczebla

lokalnego i regionalnego, na szczebel centralny do Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Na szczeblu centralnym informacje te były zestawiane i analizowane. Zapewniło to szybkie i sprawne opracowywanie raportów dobowych dla kraju, zawierających informacje o zdarzeniach wskazujących na wystąpienie lub możliwość wystąpienia zagrożeń dla zdrowia ludności oraz ocenę sytuacji sanitarno-epidemiologicznej.

Ważnym aspektem działań była ponadto współpraca z podmiotami zewnętrznymi, w tym międzynarodowymi. W wyniku przeprowadzonych uzgodnień na czas trwania Turnieju nawiązano bezpośrednią współpracę z przedstawicielami Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób oraz Światowej organizacji Zdrowia. Dzięki temu możliwa była bieżąca wymiana informacji, a także natychmiastowe podjęcie wspólnych działań w sytuacji pojawienia się wątpliwości dotyczących odnotowywanych zdarzeń i prowadzonego nadzoru. Dodatkowo mając na względzie konieczność uspoźnienia działań podejmowanych przez służby sanitarne krajów organizujących Turniej Finałowy Mistrzostw UEFA EURO 2012, nawiązano ścisłą współpracę ze służbami sanitarnymi na Ukrainie. Współpraca ta opierała się na wzajemnej konsultacji oraz codziennej wymianie informacji dotyczącej sytuacji epidemiologicznej. Należy zaznaczyć, iż współpraca z Ukrainą odbywała się zarówno na poziomie centralnym (pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym w Polsce oraz Przewodniczącym Państwowej Służby Sanitarnej i Epidemiologicznej Ukrainy), jak i na poziomie lokalnym (przy udziale Państwowych Wojewódzkich i Granicznych Inspektorów Sanitarnych oraz lokalnych służb sanitarnych Ukrainy).

Założony cel dotyczący zapewnienia odpowiednio wysokich standardów bezpieczeństwa w zakresie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego w czasie Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 na terenie kraju został osiągnięty.

Wzmocniony nadzór epidemiologiczny nad chorobami zakaźnymi i zakażeniami u ludzi prowadzony w związku z zabezpieczeniem sanitarno-epidemiologicznym Turnieju UEFA EURO 2012, nie wykazał pogorszenia się sytuacji epidemiologicznej. Ilość zachorowań nie odbiegała od ilości zachorowań obserwowanych w trakcie rutynowego nadzoru nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi u ludzi. Nie notowano ognisk epidemicznych oraz chorób szczególnie niebezpiecznych dla ludzi i zdarzeń mogących wskazywać na możliwość wystąpienia zagrożenia dla zdrowia publicznego.

Sytuacja zachorowań na grypę, choroby grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych była typowa dla tego okresu roku. Zgłaszano pojedyncze przypadki zachorowań na inne choroby zakaźne i zakażenia, bądź ogniska zachorowań nie powiązanych bezpośrednio z przebiegiem Turnieju UEFA EURO 2012. Nie stwierdzono również przypadków zachorowań na choroby wysoce zakaźne lub szczególnie niebezpieczne.

Wszelkie działania podejmowane na szczeblu centralnym Państwowej Inspekcji Sanitarnej, dotyczące właściwego zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju, podejmowane były we współpracy z podmiotami szczebla lokalnego oraz regionalnego i objęły swym zasięgiem cały kraj z uwzględnieniem miejsca, czasu, jak i warunków organizacji UEFA EURO 2012. Określenie szczegółowo zadań, a także wskazanie terminu ich realizacji na etapie planowania przyczyniło się do usystematyzowania oraz ujednoczenia prac i niewątpliwie wpłynęło na sprawne przeprowadzenie przygotowań Państwowej Inspekcji Sanitarnej do Turnieju UEFA EURO 2012, a w konsekwencji na jego efektywne i zintegrowane zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne.

Podsumowując, należy zauważyć, że nie stwierdzono zakłóceń w funkcjonowaniu organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w czasie trwania Turnieju Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012. Jednocześnie doświadczenia płynące z długookresowego działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zmienionym trybie zostaną z pewnością wykorzystane w przyszłości przy zabezpieczaniu innych imprez masowych.

STAN SANITARNY ZAKŁADÓW ŻYWNOSCI, ŻYWIENIA I PRZEDMIOTÓW UŻYTKU

1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2012 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem 375 532 obiekty żywności, żywienia i przedmiotów użytku, w tym:

- 19 557 zakładów produkcji żywności, w tym m.in.: 5 887 piekarni, 3 150 ciastkarni,
- 233 130 obiektów obrotu żywnością, w tym m.in.: 149 526 sklepów spożywczych, 23 268 środków transportu żywności,
- 77 622 zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego, w tym m.in.: 43 594 zakłady małej gastronomii,
- 37 714 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in.: 989 bloków żywienia w szpitalach, 169 kuchni niemowlęcych, 732 stołówki w żłobkach i domach małego dziecka, 10 486 stołówek szkolnych, 10 085 stołówek w przedszkolach, 709 zakładów usług cateringowych oraz 3 273 inne zakłady żywienia,
- 3 895 wytwórni i miejsc obrotu przedmiotami użytku,
- 3 614 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami, w tym m.in. 239 zakładów produkcji i konfekcjonowania kosmetyków.

W nadzorowanych zakładach przeprowadzono 399 320 kontroli sanitarnych, w tym 76 716 kontroli interwencyjnych. Wydano 41 868 decyzji nakazujących usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym 838 decyzji przerwania działalności całego lub części zakładu. Winnych zaniedbań ukarano 23 135 mandatami, na łączną kwotę 4 720 365 zł.

Porównanie stanu sanitarnego obiektów w latach 2004–2012 przedstawia Tabela 9.

Tabela 9.

Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2004–2012

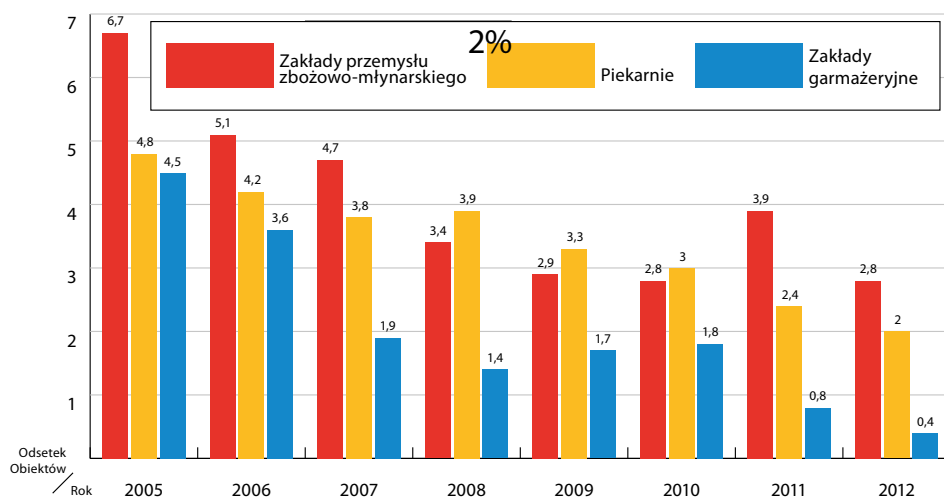
Lata	Odsetek obiektów
2004	8,6
2005	2,9
2006	2,3
2007	2,3
2008	2,3
2009	2,2
2010	2,1
2011	2,0
2012	1,7

Na podstawie przedstawionych wyżej danych liczbowych można stwierdzić, że w latach 2009–2012 następowała stopniowa poprawa stanu sanitarnego zakładów produkcji i obrotu żywnością.

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.

Zgodnie z obowiązującym prawem żywnościowym, obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej i wprowadzanej do obrotu żywności spoczywa na przedsiębiorcach branży spożywczej.

Odsetek obiektów niespełniających wymagań sanitarnych w wybranych grupach obiektów w latach 2005–2012 przedstawia Wykres 6.



Wykres 6.

Odsetek obiektów niezgodnych z wymaganiami w wybranych grupach obiektów w latach 2005–2012

Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w Tabeli 10., w której porównano stan sanitarny poszczególnych grup zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz środków transportu żywności w latach 2011–2012, odnotować należy wyraźną poprawę w stosunku do roku 2011 stanu sanitarnego wytwórni wyrobów cukierniczych (o 2,7%), zakładów przemysłu zbożowo-młynarskiego (o 1,1%), obiektów ruchomych i tymczasowych (o 1,2%). Na pozytywne podkreślenie zasługuje fakt poprawy stanu sanitarnego przetwórci owocowo-warzywnych o 0,5% oraz wytwórni chrupek, chipsów i prażynek o 1,9%.

W grupie zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego skontrolowano 28 117 obiektów. Pomimo poprawy ich stanu sanitarnego w stosunku do roku poprzedniego, niepokoi dyskwalifikacja 75 zakładów, co stanowi 0,34% obiektów tego typu (w 2011 r. – 0,55%), w tym m.in. 0,32% bloków żywienia w szpitalach działających w systemie cateringowym, w których w roku ubiegłym nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości, 0,19% bloków żywienia w domach opieki społecznej (w 2011 r. – 0,09%), 1,82% stołówek pracowniczych (w 2011 r. – 1,79%), 0,45% bloków żywienia w szpitalach (w 2011 r. – 0,42%). W roku 2012 skontrolowano 8 049 stołówek szkolnych, z których 24 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 0,35% (w 2011 r. – 0,5%).

Do grup obiektów, w których nie stwierdzono niewłaściwego stanu sanitarnego należą wytwórnie: lodów; tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi; napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa, naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych; makaronów; koncentratów spożywczych; octu, majonezu i musztardy; chrupek, chipsów i prażynek; suplementów diety; środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego; substancji dodatkowych, a także cukrowni. Jednakże zakłady te nie mają istotnego znaczenia w ogólnej statystyce oceny stanu sanitarnego kraju w zakresie higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku, bowiem stopień zagrożenia zdrowia związany z tymi zakładami w ujęciu populacyjnym jest stosunkowo niewielki.

Tabela 10.

Stan sanitarny obiektów żywności,
żywienia i przedmiotów użytku
w latach 2011–2012

- brak przypadków
bz - bez zmian

Lp	Rodzaj obiektów	% obiektów o niewłaściwym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2011	2012	
1	Wytwórnice lodów	0,8	-	-0,8
2	Automaty do lodów	0,4	0,5	0,1
3	Wytwórnice tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	-	-	-
4	Piekarnie	2,4	2	-0,4
5	Ciastkarnie	1	0,7	-0,3
6	Przetwórnice owocowo-warzywne i grzybowe	0,8	0,3	-0,5
7	Browary i słodownie	-	2,1	2,1
8	Wytwórnice napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	1,7	-	-1,7
9	Wytwórnice naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych	-	-	-
10	Zakłady garmazeryjne	0,8	0,4	-0,4
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	3,9	2,8	-1,1
12	Wytwórnice makaronów	-	-	-
13	Wytwórnice wyrobów cukierniczych	3	0,3	-2,7
14	Wytwórnice koncentratów spożywczych	0,7	-	-0,7
15	Wytwórnice octu, majonezu i musztardy	-	-	-
16	Wytwórnice chrupków, chipsów i prażynek	1,9	-	-1,9
17	Wytwórnice suplementów diety	-	-	-
18	Wytwórnice środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19	Wytwórnice substancji dodatkowych	-	-	-
20	Cukrownie	-	-	-
21	Inne wytwórnice żywności	1,5	0,5	-1
22	Sklepy spożywcze	3,1	2,8	-0,3
23	Kioski spożywcze	2,2	1,3	-0,9
24	Magazyny hurtowe	1,2	1,1	-0,1
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	2,6	1,4	-1,2
26	Środki transportu	0,1	0,1	bz
27	Inne obiekty obrotu żywnością	2,3	1,5	-0,8
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	1,8	1,4	-0,4
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,6	0,3	-0,3
30	Razem (obiekty żywności i żywienia)	2,1	1,7	-0,4
31	Wytwórnice materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	0,3	0,3	bz
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	0,3	-	-0,3
33	Obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami	0,4	0,1	-0,3
OGÓŁEM – obiekty objęte nadzorem		2,0	1,7	-0,3

2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia

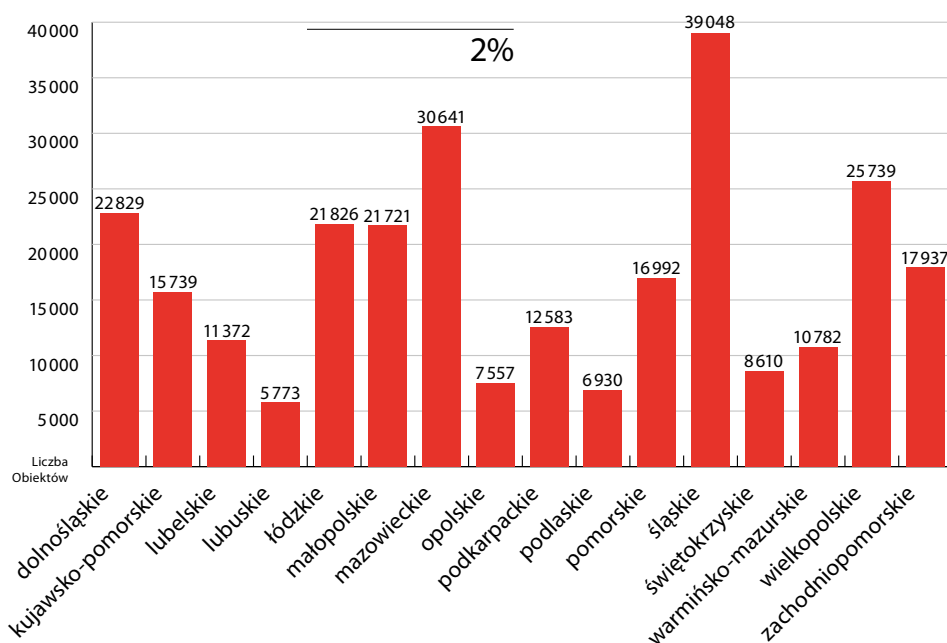
Stan sanitarno-higieniczny obiektów żywności i żywienia, nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest bardzo zróżnicowany. Funkcjonują zarówno obiekty nowoczesne, jak i stare (zwłaszcza w miastach o zwartej zabudowie) oraz obiekty małe (sklepy w rejonach wiejskich) i bardzo duże (typu super i hipermarkety).

Stan sanitarny i techniczny obiektów żywności i żywienia poprawia się m.in. dzięki systematycznym oraz konsekwentnym kontrolom prowadzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Niektóre zakłady, szczególnie małe, mieszczące się w budynkach mieszkalnych w zwartych zabudowach miast lub w domach jednorodzinnych na wsi, pozbawione są możliwości rozbudowy i modernizacji – niezbędnej z uwagi na konieczność wdrażania systemów Dobrej Praktyki Higienicznej(GHP), Dobrej Praktyki Produkcyjnej(GMP), Systemu Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli (HACCP), głównie z powodu trudności ekonomicznych właścicieli oraz dekapitalizacji infrastruktury.

W wielu zakładach stan sanitarny ulega systematycznej poprawie, dzięki coraz większej świadomości przedsiębiorców w zakresie obowiązujących wymagań oraz wdrażaniu i stosowaniu zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP), a także wprowadzaniu systemu HACCP.

W skali całego kraju zasady GHP/GMP wdrożyło 276 079 zakładów, co stanowi 74,23% nadzorowanych obiektów żywności i żywienia w (2011 r. – 71,0%). Pozostałe zakłady są w trakcie wdrażania i opracowywania stosownej dokumentacji.

Wdrożenie GHP/GMP w rozbiciu na poszczególne województwa przedstawia Wykres 7.



Wykres 7.

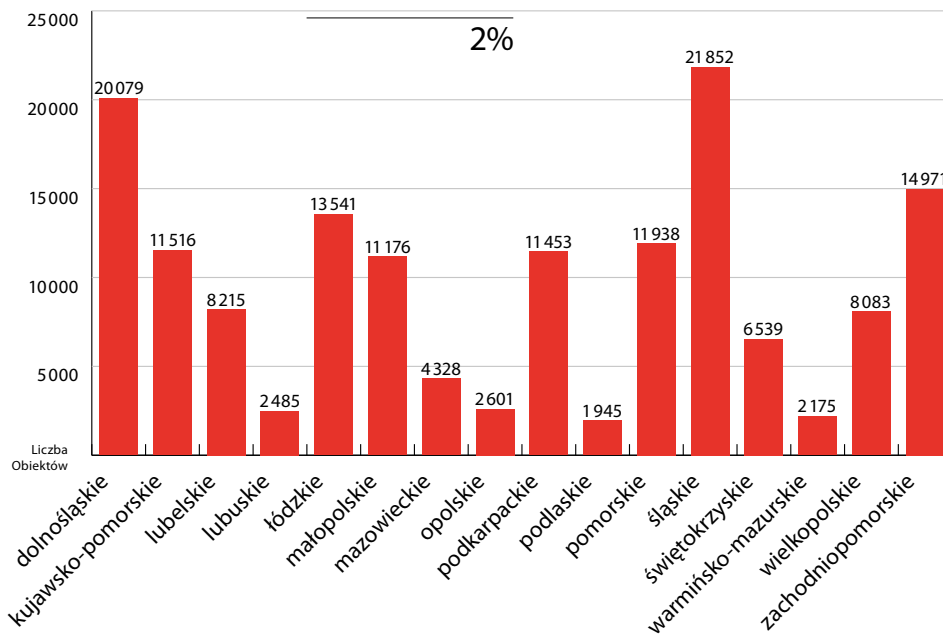
Liczba obiektów z wdrożonymi zasadami GHP/GMP w poszczególnych województwach.

Natomiast system HACCP wprowadziło 152 906 nadzorowanych obiektów, co stanowi 41,11% nadzorowanych obiektów żywności i żywienia (w 2011 r. – 37,0%). Najwyższy odsetek obiektów z wdrożonym system HACCP stwierdzono w województwach: dolnośląskim 72,34% (w 2011 r. – 65,65%), zachodniopomorskim 70,4% (w 2011 r. – 59,57%), podkarpackim 68,5% (w 2011 r. – 63,71%), kujawsko-pomorskim 61,88% (w 2011 r. – 53,91%), łódzkim 54,14% (w 2011 r. – 52,21%).

Wdrażanie systemu HACCP w rozbiciu na poszczególne województwa przedstawia Wykres 8.

Wykres 8.

Liczba obiektów z wdrożonym systemem HACCP w poszczególnych województwach



Korzystając z ułatwień przewidzianych przez Komisję Europejską we wdrażaniu procedury HACCP w małych przedsiębiorstwach, w części zakładów żywnościowych przestrzeganie zasad GHP i GMP uznano za wystarczające dla kontroli najważniejszych zagrożeń bezpieczeństwa żywności, co dotyczy zwłaszcza punktów małej gastronomii prowadzących prosty proces przetwórczy, bazujący na półproduktach.

3. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2012 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 7 576 środków transportu żywności, spośród których 3 (0,13%) oceniono jako niezgodne z wymaganiami higieniczno-sanitarnymi (w 2011 r. – 0,08%).

Zakłady produkujące żywność posiadają na ogół własne środki transportu, na które uzyskały pozytywne decyzje organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Większość obiektów obrotu żywnością dysponuje prawidłowymi środkami transportu, dobrymi technicznie i przeznaczonymi wyłącznie do przewozu artykułów spożywczych. Niektóre zakłady korzystają z usług specjalistycznych firm transportowych.

4. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Sytuację w odniesieniu do środków spożywczych w latach 2010–2012 przedstawia Tabela 11.

Tabela 11.

Jakość zdrowotna środków spożywczych

Lata	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

W 2012 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 67 665 próbek środków spożywczych, z których 4,02% nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2011 r. – 3,0%).

Jakość zdrowotną środków spożywczych w rozbiu na krajowe, importowane oraz wyprodukowane w Unii Europejskiej przedstawioną jako odsetek próbek zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2012 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną – w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 12.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek								
		Ogółem		krajowych		UE		w tym: z importu		
		2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	2,46	2,95	2,41	3,01	6,25	-	-	-	6,67
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	5,35	12,52	5,31	12,17	11,11	36,96	-	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	2,36	2,36	2,64	2,42	-	4,48	2,33	0,84	-
4.	Mleko i przetwory mleczne	4,1	4,98	4,17	5,06	1,67	2,11	-	-	-
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	2,21	5,02	2,32	3,98	3,14	3,52	0,68	12,91	-
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	2,58	2,06	2,52	1,91	5,15	8,7	6,67	17,65	-
7.	Cukier i inne	0,4	-	2,78	-	33,33	-	-	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9.	Orzechy, w tym arachidy	1,46	2,41	16,67	3,54	-	-	1,14	2,35	-
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1,16	1,5	1,07	1,86	1,28	0,24	1,78	-	-
11.	Owoce	1,55	2,49	1,30	1,58	2,89	3,37	1,47	3,48	-
12.	Grzyby	2,21	4,68	2,27	4,94	-	-	-	-	-
13.	Drożdże	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14.	Napoje alkoholowe	2,07	2,76	2,76	11,76	1,98	0,09	-	-	-
15.	Ocet	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16.	Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	5,94	4,36	6,01	4,34	1,72	1,85	50	40	-
17.	Tłuszcze roślinne	2,29	2,61	1,47	2,14	-	4,58	63,64	5,26	-
18.	Ziarna roślin oleistych	4,01	2,53	-	0,96	-	2,63	4,29	2,86	-
19.	Koncentraty spożywcze	2,25	1,53	2,28	1,55	4,0	-	-	3,45	-
20.	Majonezy, musztardy, sosy	-	0,77	-	1,03	-	-	-	-	-
21.	Zioła, przyprawy	1,62	2,43	1,49	3,1	3,56	3,14	1,36	1,04	-
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	9,53	10,94	1,76	2,31	3,13	-	13,57	15	-
23.	Wyroby garmazeryjne i kulinarne	3,05	3,77	3,07	3,82	1,96	-	-	-	-
24.	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	2,64	3,14	2,30	3,13	3,65	3,3	30,77	-	-
25.	Nowa żywność	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26.	Suplementy diety	4,79	4,77	3,67	2,83	7,32	14,14	13,04	9,09	-
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	0,42	0,93	-	0,89	2,63	2	-	-	-
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	11,08	10,21	10,96	10,18	33,33	50	-	-	-
29.	Inne środki spożywcze	4,12	9,93	3,68	10,51	20	-	11,11	-	-
30.	Razem środki spożywcze	3,02	4,02							
31.	Środki spożywcze krajowe			2,91	3,95					
32.	Środki spożywcze UE					2,98	3,11			
33.	Środki spożywcze z importu							3,77	5,15	

Tabela 12.
Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2012 r.

- brak przypadków

Z wyżej wymienionych danych wynika, że nastąpiła poprawa jakości żywności w grupach: wyroby cukiernicze i ciastkarskie, wody mineralne i napoje bezalkoholowe, ziarna roślin oleistych, koncentraty spożywcze, suplementy diety, sól spożywcza i jej zamienniki.

Niestety, 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; ziarna zbóż i przetwory zbożowo-mączne; orzechy, w tym arachidy; napoje alkoholowe; owoce; grzyby; kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe; wyroby garmażeryjne i kulinarne; środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Po przebadaniu miodu i produktów pszczelarskich, drożdży, octu oraz nowej żywności nie stwierdzono podstaw do kwestionowania pobranych i zbadanych próbek.

4.1. Znakowanie środków spożywczych

Próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2012 r. na 32 950 ocenionych próbek – zakwestionowano 722, co stanowi 2,2% (w 2011 r. – 2,0%).



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

W 2012 r., podobnie jak w latach ubiegłych, prowadzono nadzór nad obrotem grzybami i przetworami grzybowymi w sklepach spożywczych, warzywniczych, hurtowniach oraz nad targowiskową sprzedażą grzybów świeżych i suszonych. Obrót grzybami i przetworami grzybowymi na targowiskach w większości przypadków prowadzony był prawidłowo. Szczególnym nadzorem objęte były również przetwórnice warzywno-grzybowe. W czasie pełnienia nadzoru zwracano uwagę, czy oferowane do sprzedaży grzyby posiadały ważne atesty i były prawidłowo oznakowane.

Pod względem wykorzystywania grzybów, szczególnie dziko rosnących, kontrolowano także zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego i zamkniętego.

W 2012 r. 30 osób uległo zatruciu grzybami (w 2011 r. 32 osoby), w 6 przypadkach zatrucia spowodowane były spożyciem muchomora sromotnikowego. Ponadto zatrucia wywołały: 2 – krowiak podwinięty, 2 – gołąbek, 1 – gąska, 1 – lisówka pomarańczowa. Pozostałe, to zatrucia nieswoiste – 12 oraz 5 zatruć o nieustalonej przynależności gatunkowej grzybów.

W 2012 r. tak jak w roku ubiegłym nie odnotowano żadnych zgonów wskutek spożycia grzybów.

Największą liczbę zatruc grzybami stwierdzono w województwach: lubelskim – 14; lubuskim – 4; śląskim – 4.

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2012 r. wg gatunków przedstawia Tabela 13.

W ramach działań profilaktycznych, grzyboznawcy zatrudnieni w Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzielali porad w zakresie przynależności gatunkowej grzybów. Ponadto organizowano wystawy grzybów oraz za pośrednictwem mediów przekazywano informacje dotyczące grzybów, targowiskowej sprzedaży grzybów, grzybobrania, jego zalet oraz niebezpieczeństw wynikających z niewłaściwego postępowania.

Tabela 13.
Zestawienie zatruc grzybami
w Polsce wg gatunków w 2012 r.

GATUNEK GRZYBÓW	Miesiące												Ognisk	Zachorowań	Osób hospitalizowanych	Zgonów	
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII					
ZATRUCIA CYTOTROPOWE																	
Muchomor sromotnikowy								4	1	1				4	6	6	
ZATRUCIA NEUROTROPOWE																	
Krowiak podwinięty									1	1				2	2	2	-
Strzępiak								1						1	1	1	
O DZIAŁANIU GASTRYCZNYM																	
Gołąbek									1		1			2	2	2	
Gąska										1				1	1	1	
Lisówka pomarańczowa								1						1	1	1	
ZATRUCIA NIESWOISTE					1				1	9		1		11	12	12	-
ZATRUCIA GAT. GRZYBÓW O NIEUSTALONEJ PRZYNALEŻNOŚCI									1	3		1		5	5	5	-
RAZEM					1			6	5	15	1	2		27	30	30	-

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

W 2012 r. zbadano 625 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych, z których zakwestionowano 10:

- 5 próbek produktów z grupy wyroby cukiernicze i ciastkarskie,
- 5 próbek produktów z grupy drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory.

Do badań pobrano próbki z produktów potencjalnie mogących zawierać GMO a nie oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, produkty zawierające w oznakowaniu informację o braku modyfikacji genetycznej oraz produkty oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, ale potencjalnie zawierające materiał GM niedopuszczony w UE. Do badań zostały pobrane m.in.: produkty z soi, kukurydzy i ryżu, warzywa, mięso, przetwory mięsne i drobiowe, wyroby cukiernicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze.

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

Informacje o żywności i paszach oraz materiałach i wyrobach do kontaktu z żywnością, które nie spełniają wymagań przepisów prawnych i stanowią równocześnie potencjalne zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów są przesyłane w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF.

W 2012r. Krajowy Punkt Kontaktowy otrzymał 595 powiadomień o niebezpiecznej żywności i paszach (w roku 2011 – 520, w 2010 – 330, w 2009 – 371, w 2008 – 403, w 2007 – 361, w 2006 – 286, w 2005 – 190, w 2004 – 179, w 2003 – 89 powiadomień), w tym:

- 443 powiadomienia dotyczące niezgodności potwierdzonych podczas kontroli urzędowych w kraju (2011 r. – 384, 2010 r. – 219, 2009 r. – 248, 2008 r. – 292, 2007 r. – 257, 2006 r. – 193, 2005 r. – 102, 2004 r. – 137, 2003 r. – 76), w tym 123 powiadomienia wykraczały poza zakres systemu RASFF – produkty nie stwarzały bezpośredniego lub pośredniego zagrożenia;
- 152 powiadomienia z Komisji Europejskiej dotyczące produktów niebezpiecznych pochodzących z Polski lub dystrybuowanych do kraju (2011 r. – 136, 2010 r. – 111, 2009 r. – 123, 2008 r. – 111, 2007 r. – 104, 2006 r. – 93, 2005 r. – 87, 2004 r. – 42, 2003 r. – 13).

Przy założeniu podziału zagrożeń na zagrożenia chemiczne, mikrobiologiczne i fizyczne do najczęściej występujących rodzajów zagrożeń zgłoszonych do systemu RASFF w roku 2012 należały chemiczne zanieczyszczenia żywności (248 zgłoszeń – 178 z kraju oraz 70 z KE) oraz mikrobiologiczne zanieczyszczenia żywności (192 zgłoszenia – 142 z kraju oraz 50 z KE).

Krajowy Punkt Kontaktowy RASFF otrzymał 299 powiadomień informacyjnych, 103 powiadomienia o odrzuceniu na granicy oraz 193 powiadomienia alarmowe. 517 powiadomień dotyczyło żywności, 49 powiadomień dotyczyło materiałów do kontaktu z żywnością oraz 29 powiadomień dotyczyło paszy.

4.4.1. Najczęściej występujące kategorie zagrożeń wśród powiadomień krajowych oraz powiadomień zgłoszonych przez zagranicznych członków sieci RASFF

Najwięcej powiadomień zgłoszonych do Krajowego Punktu Kontaktowego (KPK) RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (GIS) przez organy urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce oraz inne państwa członkowskie systemu RASFF, dotyczących niebezpiecznej żywności i pasz pochodzących z Polski lub dostarczonych na teren kraju, odnosiło się do wykrytych patogennych mikroorganizmów. KPK otrzymał 188 powiadomień w ramach systemu RASFF, w tym największą grupę stanowiły chorobotwórcze bakterie *Salmonella* – 92 powiadomienia oraz bakterie *Listeria monocytogenes* – 93 powiadomienia. Bakterie *Salmonella* wykrywano w mięsie i produktach mięsnych, głównie w drobiu oraz materiałach paszowych. Bakterie *Listeria monocytogenes* izolowano z mięsa i produktów mięsnych (innych niż drób), z ryb i produktów rybnych, głównie wędzonego łososia.

Kolejną znaczącą kategorię zagrożeń zgłaszanych do KPK RASFF w GIS stanowiły ciała obce. Otrzymano 72 powiadomienia, z czego 45 stanowiły powiadomienia o odrzuceniu na granicy nasion rzepaku, importowanych głównie z Ukrainy, ze względu na obecność szkodników (rozkruszków).

Znaczna część powiadomień (54) została zgłoszona do KPK RASFF w GIS z uwagi na niedopuszczalny/nieautoryzowany składnik, w tym przede wszystkim ze względu na obecność substancji o nazwie 1,3-dimetyloaminyloamina (DMAA) zawartej w suplementach diety i środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. 1,3-dimetyloaminyloamina (DMAA) jest substancją, dla której nie zostały ustalone limity bezpieczeństwa spożycia przez ludzi. Znane są przypadki poważnych negatywnych działań na serce i mózg wskazujące, że spożycie DMAA, szczególnie w połączeniu z kofeiną, stwarza poważne ryzyko dla zdrowia.

43 powiadomienia przekazano do KPK RASFF w GIS z uwagi na wykrycie przekroczenia najwyższych dopuszczalnych poziomów pozostałości pestycydów, głównie w owocach i warzywach. Z tej liczby, 19 powiadomień nie zostało przyjętych do systemu RASFF ze względu na wnioski z ocen ryzyka prowadzonych przez ekspertów, w których wskazywano na brak zagrożenia dla zdrowia konsumentów, działania były podejmowane poza systemem RASFF.

40 powiadomień dotyczyło wykrycia zmian organoleptycznych w produktach. Najwięcej powiadomień dotyczyło zmian organoleptycznych wykrywanych w owocach i warzywach, w wodzie,

po jej zagotowaniu w czajnikach elektrycznych, w materiałach paszowych oraz zbożach i produktach piekarniczych.

36 powiadomień zgłoszono do KPK RASFF w GIS ze względu na wykrycie migracji substancji szkodliwych dla zdrowia. Wykrywano głównie migrację: formaldehydu, ołowiu i/lub kadmu – zarówno z wnętrza wyrobów jak i z obrzeża, epoksydowanego oleju sojowego oraz lotnych związków organicznych, z materiałów do kontaktu z żywnością pochodzących przede wszystkim z Chin.

32 powiadomienia zgłoszone do KPK RASFF w GIS dotyczyły wykrycia przekroczenia dopuszczalnych poziomów mikotoksyn: ochratoksyny A i zearalenonu w zbożach i produktach piekarniczych, aflatoksyn w orzechach i produktach pochodnych oraz ziołach i przyprawach.

26 powiadomień zgłoszonych do KPK RASFF w GIS dotyczyło wykrycia substancji dodatkowych w ilości przekraczającej maksymalny dopuszczalny poziom. Najczęściej zgłaszanymi zagrożeniami były substancje dodatkowe: kwas benzoesowy i kwas sorbowy, dwutlenek siarki, sorbinian potasu, benzoesan sodu, sacharyna, barwniki w takich produktach jak: przetwory warzywne, owoce suszone, wyroby cukiernicze, produkty rybne, suplementy diety.

20 powiadomień przekazano do KPK RASFF w GIS ze względu na wykrycie substancji alergennych: glutenu w produktach bezglutenowych – takich jak mąka kukurydziana, przekąski (prażynki ziemniaczane, chrupki kukurydziane), kaszka mleczna, konserwa wołowa; dwutlenku siarki w przetworach grzybowych i rodzynek, orzechów ziemnych i białka mleka w wyrobach cukierniczych, selera w przyprawach.

17 powiadomień zgłoszono do KPK RASFF w GIS ze względu na stwierdzenie obecności metali ciężkich na poziomie przekraczającym maksymalny dopuszczalny poziom. Wykrywano następujące metale ciężkie: rtęć w grzybach suszonych oraz rybach i produktach rybnych, kadm i ołów w owocach i warzywach, mięsie i produktach mięsnych (innych niż drób), kakao, rybach i produktach rybnych, tłuszczach, zbożach i produktach piekarniczych, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, arsen i ołów w mieszance paszowej.

15 powiadomień dotyczyło niewłaściwych lub niewystarczających warunków kontrolnych. Były to głównie powiadomienia o odrzuceniu na granicy produktów rybnych z uwagi na przerwanie łańcucha chłodniczego w trakcie transportu oraz oleju sojowego przewożonego w cysternie nieprzystosowanej do przewozu środków spożywczych.

14 powiadomień przekazano do KPK RASFF w GIS z uwagi na wykrycie zanieczyszczeń chemicznych. Do tej kategorii zagrożeń zaliczono m.in. wykrywane podwyższone poziomy dioksyn i dioksynopodobnych polichlorowanych bifenyli w mieszankach i dodatkach paszowych oraz rybach i produktach rybnych, wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych (w tym benzo(a)pirenu) w olejach i produkcie mięsny, 3-monochloropropano-1,2-diolu (3-MCPD) w sosie w proszku, chlorku benzalkonium w suplemencie diety, furanu w kawie zbożowej, manganu w mieszance paszowej.

11 powiadomień zgłoszono do KPK RASFF w GIS ze względu na niekompletne/niewłaściwe/brak oznakowania produktów. Były to głównie powiadomienia zgłoszone przez władze czeskie dot. wykrycia znacznych ilości orzechów ziemnych, przy jednoczesnym oznakowaniu produktów kwestionowanych ostrzeżeniem o możliwej zawartości śladowych ilości tego alergenu.

5 powiadomień zgłoszonych do KPK RASFF w GIS dotyczyło wykrycia niedopuszczalnych pozostałości leków weterynaryjnych w takich produktach jak mięso i produkty mięsne, materiały paszowe, miód.

Pojedyncze powiadomienia przekazane do KPK RASFF w GIS dotyczyły wykrycia nie-patogennych mikroorganizmów w środkach spożywczych (3 powiadomienia), przekroczeń dopuszczalnych limitów dodatków paszowych (3 powiadomienia), napromieniania środków spożywczych przy jednoczesnym braku stosownych informacji na etykiecie (3 powiadomienia), występowania nicieni w środkach spożywczych (3 powiadomienia), wykrycia niedopuszczalnego przetworzonego białka zwierzęcego w paszy (3 powiadomienia), nieautoryzowanych genetycznych modyfikacji środków spożywczych (2 powiadomienia), bio-zanieczyszczeń (histaminy) w środku spożywczym (1 powiadomienie).

Na podstawie prawa żywnościowego oraz oceny ryzyka dokonywanej przez zespół ekspertów naukowych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały działania zapewniające wyeliminowanie zagrożenia. Zakwestionowane produkty były wycofywane z rynku zgodnie z ustawowymi kompetencjami, podejmowano również działania wyjaśniające i działania zaradcze, stosownie do stanu faktycznego. Odpowiednie wyjaśnienia z przeprowadzonych postępowań wyjaśniających były wysyłane do Komisji Europejskiej.

5. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków

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

W 2012 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 4,48% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2011 r. – 5,34%), w tym produkcji krajowej – 1,75% (w 2011 r. – 4,27%), wyprodukowanych w UE – 1,43% (w 2011 r. – 0,79%) oraz z importu – 6,29% (w 2011 r. – 6,37%).

Odsetek kosmetyków niespełniających wymagań jakości zdrowotnej wyniósł 2,53% (w 2011 r. – 1,37%), w tym produkcji krajowej – 2,24% (w 2011 r. – 1,49%), wyprodukowanych w UE – 4,37% (w 2011 r. – nie kwestionowano) oraz z importu – nie kwestionowano (w 2011 r. – 4,17%).

W roku 2012 w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały 8 powiadomień dotyczących kosmetyków uznanych za stwarzające zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów.

Po przeprowadzeniu stosownego postępowania wyjaśniającego w stosunku do ww. powiadomień stwierdzono, że większość notyfikowanych kosmetyków nie została zgłoszona do Krajowego Systemu Informowania o Kosmetykach (KSloK), zatem nie powinna znajdować się w obrocie na terenie Polski. Fakt, że kosmetyki te nie znalazły się na rynku polskim, został potwierdzony przez państwowych inspektorów sanitarnych.

W dwóch przypadkach dot. kosmetyków zgłoszonych do KSloK poinformowani zostali właściwi Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni. Podjęte zostały działania ustalające listy dystrybucji kwestionowanych wyrobów. W przypadku stwierdzenia tych wyrobów w obrocie podlegały one zabezpieczeniu.

Jakość zdrowotną materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w roku 2012 przedstawia Tabela 14.

Tabela 14.

Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2012 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek								
		Ogółem		krajowych		UE		w tym: z importu		
		2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1.	Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	1,78	0,57	1,04	-	-	-	3,13	1,54	
2.	Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	5,78	4,99	5,21	2,27	0,85	1,52	6,59	6,65	
3.	Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością	5,34	4,48	4,27	1,75	0,79	1,43	6,37	6,29	
4.	Kosmetyki	1,37	2,53	1,49	2,24	-	4,37	4,17	-	

6. Ocena sposobu żywienia

Żywnienie zbiorowe zamknięte jest szczególnie istotnym elementem podstawowej formy wyżywienia dla określonych środowisk (pacjentów szpitali, dzieci w szkołach i przedszkolach, wychowanków domów dziecka, pensjonariuszy domów dla ludzi starszych, 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.

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 głównie Instytut Żywności i Żywienia. Przy planowaniu i realizacji żywienia zbiorowego, korzystne jest posługiwanie się modelowymi racjami pokarmowymi, w których podane są ilości poszczególnych grup produktów spożywczych. Obecnie mają one formę zaleceń oraz spełniają rolę edukacyjną w praktycznej realizacji tego rodzaju żywienia.

W związku z tym, że nie istnieją przepisy narzucające obowiązkowe normy żywieniowe – organy PIS nie mają podstaw prawnych do egzekwowania prawidłowego żywienia w zakładach żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in. w szpitalach, domach dziecka, domach opieki społecznej itp. Oceny sposobu żywienia dokonywane przez przedstawicieli PSSE w nadzorowanych obiektach, w tym informacje o stwierdzonych nieprawidłowościach – przesyłane są w formie pism intencyjnych do przedsiębiorców prowadzących żywienie (odpowiedzialnych za bezpieczeństwo żywności i jakość żywienia) oraz do wiadomości jednostkom nadrzędnym lub dyrektorom obiektów.

Należy podkreślić, że sukcesywnie wzrasta liczba obiektów korzystających z usług cateringowych. W roku 2012 – organy PIS nadzorowały 709 zakładów usług cateringowych (w 2011 r. – 612, w 2010 r. – 441, w 2009 r. – 311, w 2008 r. – 242), które dostarczały posiłki do 7 039 obiektów (w 2011 r. – 6 162, w 2010 r. – 5 107, w 2009 r. – 4 257, w 2008 r. – 3 421), w tym: do 535 szpitali (2011 r. – 521, w 2010 r. – 437, w 2009 r. – 413, w 2008 r. – 363), do 51 sanatoriów (2011 r. – 38, w 2010 r. – 33, w 2009 r. – 30, w 2008 r. – 19), do 306 domów opieki społecznej (2011 r. – 276, w 2010 r. – 323, w 2009 r. – 265, w 2008 r. – 243), do 3 362 szkół (2011 r. – 3 068, w 2010 r. – 2 706, w 2009 r. – 2 476, w 2008 r. – 2 155) oraz do 2 785 przedszkoli (2011 r. – 2 259, w 2010 r. – 1 608, w 2009 r. – 1 073, w 2008 r. – 641).

W 2012 r. oceniono sposób żywienia w 7 392 zakładach żywienia zbiorowego stwierdzając następujące nieprawidłowości:

- wady jadłospisów i racji pokarmowych – w 14,86% próbek zbadanych teoretycznie (w 2011 r. – 15,07%),
- niewłaściwa wartość energetyczna oraz składniki pokarmowe, co stwierdzono w 43,23% próbek zbadanych laboratoryjnie ogółem (w 2011 r. – 57,08%).

Najczęściej stwierdzonymi uchybieniami w zakresie sporządzania jadłospisów w 2012 r. były:

- niedostateczna ilość przetworzonych i świeżych owoców oraz warzyw (brak surówek, oraz owoców i warzyw w posiłkach obiadowych),
- zbyt niska podaż mleka i przetworów mlecznych (także fermentowanych tj. kefir, jogurt), co powodowało niedobory wapnia w diecie,
- małe urozmaicenie posiłków (niewielki udział ryb),
- zbyt duży udział w posiłkach słodczy, np. krem czekoladowy jako dodatek do chleba, drożdżówki, batony,
- brak w posiłkach produktów stanowiących źródło pełnowartościowego białka zwierzęcego,
- częste podawanie słodzonych napojów (syrupy),
- niski udział produktów o wysokiej zawartości węglowodanów złożonych, produktów wysokobłonnikowych, tj. pieczywa ciemnego, kasz, warzyw strączkowych suchych.

7. Podsumowanie

Stan sanitarny ogółu nadzorowanych obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w roku 2012 uległ poprawie w stosunku do roku ubiegłego oraz do niskiego poziomu lat poprzednich. Poprawa stanu sanitarnego zakładów produkcji żywności osiągnięta jest poprzez modernizację obiektów oraz przez wprowadzanie systemów zapewnienia jakości.

W celu zapewnienia właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego żywności w dalszym ciągu będzie kontynuowany nadzór sanitarny szczególnie w zakresie:

- zachowania łańcucha chłodniczego na całej drodze od surowca do gotowego produktu wydawanego konsumentom, co ma szczególne znaczenie w przypadku środków spożywczych łatwo psujących się,
- wdrażania i skutecznego stosowania systemów kontroli wewnętrznej w obiektach żywności i żywienia – zasad dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) oraz systemu HACCP (wraz z niezbędną dokumentacją),
- identyfikowalności surowców i produktów,
- prawidłowego znakowania wyrobów,
- stosowania prawidłowych procesów mycia i dezynfekcji,
- zachowania higieny osobistej i higieny miejsca pracy,
- właściwego stosowania substancji dodatkowych.

HIGIENA RADIACYJNA

1. Informacje ogólne

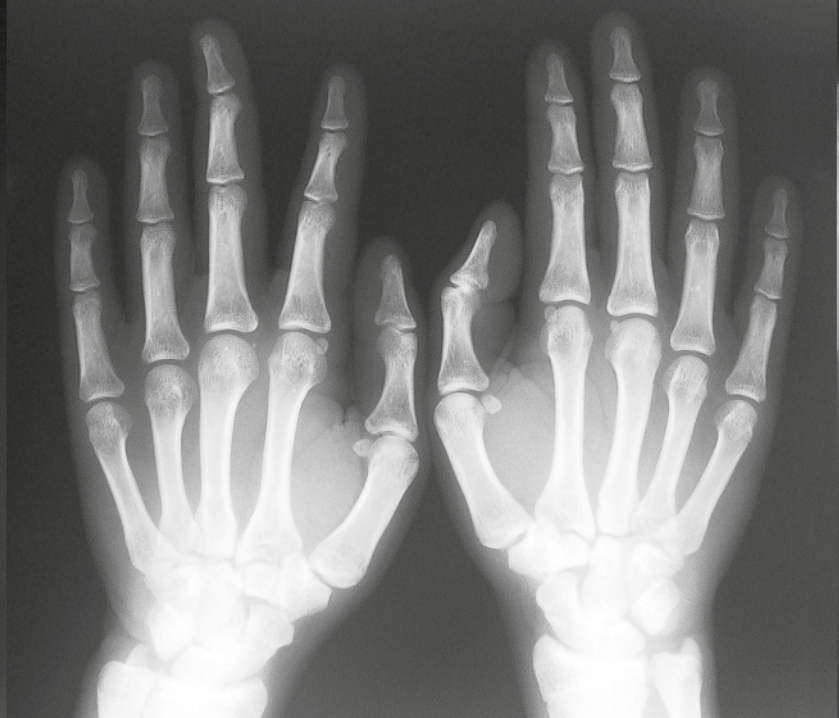
Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi działalność w zakresie higieny radiacyjnej na bazie oddziałów (sekcji) higieny radiacyjnej, które funkcjonują w każdej z 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Oddziały higieny radiacyjnej m.in. prowadziły nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników zatrudnionych:

- w jednostkach opieki zdrowotnej stosujących urządzenia radiologiczne na podstawie zezwoleń wydanych do art. 5 ust. 4 ustawy *Prawo atomowe* (Dz. U. z 2007 r., Nr 42, poz.276, z późn.zm),
- w zakładach pracy stosujących urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz.

Dane statystyczne, m.in. liczba nadzorowanych obiektów, urządzeń, liczba pracowników narażonych na działanie czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowisku pracy umieszczana jest w druku statystycznym MZ-52.

Zadania pionu higieny radiacyjnej realizowane są między innymi przez:

- kontrole medycznych pracowni rentgenowskich oraz zakładów pracy posiadających urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne pod kątem spełniania wymagań przepisów prawa,
- wykonywanie pomiarów dozymetrycznych wokół źródeł promieniowania jonizującego i źródeł pól elektromagnetycznych oraz ocenę warunków pracy,
- prowadzenie postępowania administracyjnego (wydawanie decyzji, postanowień, zaleceń itp.) w celu usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości,
- kontrolę przestrzegania zasad ochrony radiologicznej pacjenta w postępowaniu diagnostyczno-leczniczym, w tym prowadzenie kontroli jakości aparatury rentgenowskiej,
- opiniowanie projektów nowopowstających lub modernizowanych zakładów stosujących źródła promieniowania,
- 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,
- prowadzenie procesu nadawania uprawnień inspektorów ochrony radiologicznej (odpowiedzialnych za stan ochrony radiologicznej w pracowniach rentgenowskich),
- wykonywanie pomiarów zawartości izotopów promieniotwórczych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia z sieci wodociągowej, produktów żywnościowych oraz pasz,
- prowadzenie działalności opiniotwórczej, informacyjnej i popularyzatorskiej w dziedzinie ochrony przed promieniowaniem.



2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

W 2012 roku zewidencjonowano ponad 12 000 jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.

Przeprowadzono 3 880 kontroli pracowni i zakładów, w których było zatrudnionych ponad 33 000 osób objętych kontrolą dawek indywidualnych. Według danych z 2012 roku, wśród osób objętych kontrolą dawek indywidualnych, nie zanotowano przekroczenia limitów dawek granicznych.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej wydano blisko 500 decyzji administracyjnych i zaleceń pokontrolnych dotyczących m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

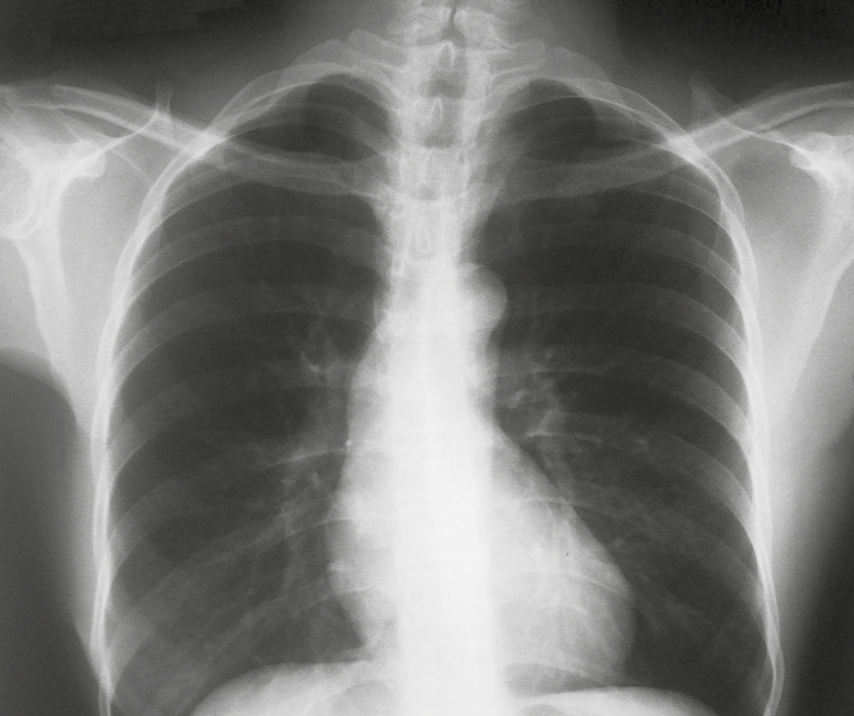
Ponadto, przed wydaniem zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu rtg oraz na uruchomienie pracowni rtg (w roku 2012 wydano w sumie ponad 2 400 zezwoleń na uruchomienie i stosowanie aparatu rtg oraz 2 200 zezwoleń na uruchomienie pracowni), ocenie w zakresie ochrony radiologicznej poddawane są projekty osłon stałych, w których uwzględnia się planowane stanowiska pracy. Przy tej ocenie bierze się pod uwagę wartości dawek granicznych. Takie postępowanie przyczynia się do minimalizowania narażenia pracowników na kontakt z promieniowaniem jonizującym.

Zgodnie z ustawą Prawo atomowe oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych

(Dz. U. Nr 239, poz. 1737), w roku 2012 Główny Inspektor Sanitarny powołał 39 komisje egzaminacyjne. W wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków, wydano blisko 750 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie do celów medycznych.

W dniu 21 grudnia 2012 roku Minister Zdrowia podpisał nowe rozporządzenie w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych (Dz. U. Poz 1343).

Rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 12 b ust 2 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2012 r. poz. 264 i poz. 908), w brzmieniu ustalonym ustawą z dnia 13 maja 2011 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 132, poz. 766).



3. Ochrona radiologiczna pacjenta

System ochrony radiologicznej w Polsce reguluje ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* i przepisy wykonawcze z nią związane. Przepisy te określają w jaki sposób zbudowany jest 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 rtg – w roku ubiegłym Państwowa Inspekcja Sanitarna wykonała ponad 700 testów jakości aparatów rentgenowskich,
- sprawdzenie czy jednostki wypełniają obowiązek prowadzenia kontroli jakości aparatury rtg.

W roku 2012 rozpoczęto wydawanie zgód, o których mowa w art. 33d i 33e ustawy *Prawo atomowe*, tj. zgód na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, których wydano 68 w tym:

- 53 z zakresu rentgenodiagnostyki,
- 9 z zakresu diagnostyki i leczenia chorób nienowotworowych,
- 3 z zakresu paliatywnego leczenia chorób nowotworowych z wykorzystaniem prod. Radiofarmaceutycznych,
- 3 z zakresu radioterapii onkologicznej.

4. Ochrona dotycząca wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy

W roku 2012 kontynuowano zbieranie danych z zakresu ochrony przed polami elektromagnetycznymi 0 Hz – 300 GHz w środowisku pracy. Wyniki analizy tych danych przedstawiają się następująco:

- w roku 2012 objęto nadzorem 610 zakładów pracy na 5 641 będących w ewidencji;
- liczba zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wyniosła na koniec roku: 38 142.

W ochronie zdrowia skontrolowano 610 zakładów (2337 będące w ewidencji), w energetyce 4 na 22, w przemyśle 151 na 656, w radiokomunikacji i łączności 18 na 2568, w instytucjach naukowych 7 na 34. Łącznie skontrolowano 4927 urządzeń będących źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy.

Liczba zatrudnionych przy ww. urządzeniach osób wynosiła blisko 51 000 z czego:

- w ochronie zdrowia 39 437 osób;
- w energetyce 319;
- w przemyśle 7 885;
- w radiokomunikacji i łączności 2 822;
- w nauce 424;
- sklasyfikowanych jako inne 112.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 listopada 2002 r. (Dz. U. z 2002 r., Nr 217, poz. 1833 z późn. zm.) w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy ocenę wielkości ekspozycji na pole elektromagnetyczne oddaje wskaźnik ekspozycji **W** (**W** – wskaźnik ekspozycji przedstawia stosunek wielkości ekspozycji rzeczywistej do dopuszczalnej, stąd jego znacząca rola w ocenie ekspozycji).

Wskaźnik ekspozycji $W > 1$ dotyczył 237 osób, co oznacza, że osoby te podlegały ekspozycji niedopuszczalnej.

W szczególności dotyczyło to osób zatrudnionych w ochronie zdrowia – 266 osób (z czego 200 pracujące przy aparatach do elektrochirurgii), w przemyśle – 4 osoby pracujące przy zgrzewarkach.

W takich sytuacjach nakazano dostosowanie warunków pracy, aby były one zgodne z obowiązującymi przepisami, poprzez:

- dopasowanie rzeczywistego czasu pracy pracowników do czasu dopuszczalnego,
- stosowanie rotacji pracowników,
- rozwiązania organizacyjne polegające na odsunięciu stanowisk pracy od źródeł pól elektromagnetycznych.

Dla 7 123 osób wskaźnik ekspozycji **W** zawierał się w przedziale 0,5–1, w tym pracowników w ochronie zdrowia dotyczy 6 097 osób. Dla 40 689 osób wskaźnik ten nie przekraczał wartości 0,5.

5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych

W strukturze organizacyjnej wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych działają tzw. Podstawowe Placówki Pomiarów Skażeń Promieniotwórczych prowadzące pomiary zawartości izotopów promieniotwórczych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia z sieci wodociągowej, produktów żywnościowych oraz pasz.

W roku 2012 w placówkach tych wykonano łącznie 1503 oznaczeń Cs – 137, 59 oznaczeń Sr – 90, oraz 2 850 innych oznaczeń, m.in. aktywności K – 40, aktywności globalnej beta w opadzie atmosferycznym, pomiaru mocy dawki promieniowania gamma w powietrzu.

Ponadto w ramach Systemu Bezpieczeństwa Żywności prowadzony był monitoring produktów żywnościowych, w ramach którego wykonano 123 oznaczenia Cs – 137 metodą radiochemiczną oraz 284 oznaczenia Cs – 137 metodą spektrometryczną.

Otrzymane wyniki są wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów skażenia radioaktywnego.

6. Podsumowanie

Podobnie jak w latach ubiegłych, pomimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości nie zano-towano przypadków nadmiernego zagrożenia zdrowia osób zatrudnionych przy źródłach promieniowania jonizującego oraz urządzeniach wytwarzających pola elektromagnetyczne.

WARUNKI SANITARNO-HIGIENICZNE ŚRODOWISKA PRACY

1. Wprowadzenie

Działalność kontrolna pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizowana była w 2012 roku przez wszystkie wojewódzkie oraz powiatowe i graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne.

2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Zgodnie z corocznymi wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego, kluczowym kierunkiem działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest prowadzenie nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących w miejscu pracy. Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował w 2012 r. kontrolę 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; występowania substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy; występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy; substancji chemicznych i ich mieszanin, produktów biobójczych, detergentów oraz prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 a także oceny ryzyka zawodowego.

Ewidencja pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2012 obejmowała 123 411 zakładów pracy (118 891 w roku 2011), zatrudniających ogółem 4 485 051 pracowników (w 2011 r. – 4 491 045), z czego największą liczbę zatrudnionych odnotowano w działalności ujętej w:

PKD 86 Opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 439 873 zatrudnionych,

PKD 10 Przetwórstwo przemysłowe – 325 340 zatrudnionych,

PKD 25 Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 222 917 zatrudnionych,

PKD 85 Edukacja – 188 288 zatrudnionych.

Tabela 15.

Struktura podmiotów gospodarczych objętych ewidencją pionu higieny pracy w latach 2008–2012

Liczba zatrudnionych w zakładzie pracy	Liczba zakładów					Odsetek całkowitej liczby zakładów nadzorowanych przez pion higieny pracy w 2011 r.
	2008 r.	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	
do 5	41 752	43 331	44 787	46 661	49 334	39,9%
6–20	36 597	37 006	37 760	38 728	39 960	32,4%
21–50	16 205	16 277	16 556	16 720	17 003	13,8%
51–100	7 922	7 983	8 126	8 157	8 379	6,8%
101–250	5 693	5 653	5 598	5 600	5 693	4,6%
> 251	3 070	3 039	2 969	3 025	3 042	2,5%
Razem:	111 239	113 289	115 796	118 891	123 411	100%

Kadra nadzoru higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziła w 2012 r. 63 784 kontrole u 46 475 pracodawców (w 2011 r. – 63 604 kontrole u 45 856 pracodawców), zatrudniających łącznie 2 308 483 pracowników. Nadzorem objętych zostało 37,6% zewidencjonowanych podmiotów (w 2011 r. – 38,6%).

Zakres przeprowadzanych kontroli obejmował m.in.:

- nadzór nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami – 276 529 kontroli w 6 417 obiektach zajmujących się obrotem substancjami chemicznymi i ich mieszaninami oraz w 18 516 obiektach stosujących chemikalia,
- nadzór nad prekursorami kategorii 2 i 3 – 1 978 kontroli, w tym m.in. w 565 obiektach zajmujących się obrotem prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3,
- nadzór nad produktami biobójczymi – 6 165 kontroli, w tym m.in. w 2 745 obiektach wprowadzających do obrotu produkty biobójcze,
- nadzór w zakresie substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 3 404 kontrole w 2 868 obiektach,
- nadzór nad czynnikami biologicznymi w środowisku pracy – 10 634 kontrole w 9 290 obiektach.

Łącznie w 8 565 zakładach pracy zewidencjonowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia. Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i najwyższych dopuszczalnych natężeń (NDN) czynników szkodliwych środowiska pracy odnotowano głównie w 2012 r. w branżach o następującym profilu produkcji:

- Produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli, produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania (PKD 16) – w 747 zakładach;
- Produkcja metalowych wyrobów gotowych; z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25) – w 599 zakładach;
- Produkcja artykułów spożywczych (PKD 10) – w 375 zakładach.

Specyfika procesów produkcyjnych zakładów, w których stwierdzono największą liczbę przekroczeń, sprawiła, że pracownicy ekspozowani byli na więcej niż jeden czynnik szkodliwy.

Osoby zatrudnione przy produkcji metalowych wyrobów gotowych oraz produkcji wyrobów z drewna oraz korka, narażone były zarówno na pyły, jak i hałas. Ogółem w warunkach przekroczeń (NDS) i (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2012 r. zatrudnionych było 2 180 67 pracowników (w 2011 r. – 2 161 20), z czego:

- przy wydobywaniu węgla kamiennego i węgla brunatnego (lignitu) – 39 847 pracowników,
- przy produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 21 691 pracowników,
- przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcji wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – 18 825 pracowników,
- przy produkcji mebli – 11 658 pracowników,
- przy produkcji metali – 13 790 pracowników.

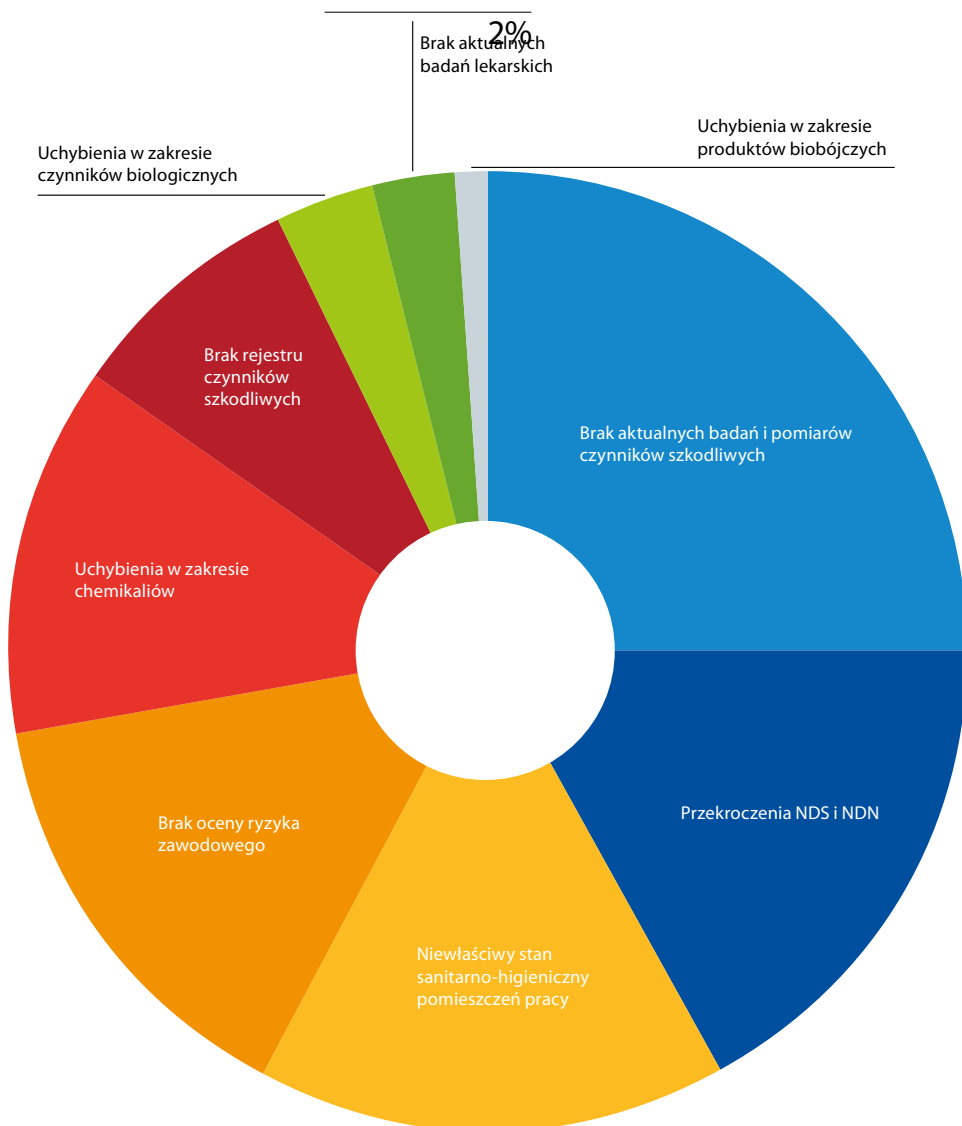
Najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy był ponadnormatywny hałas, którego przekroczenie stwierdzono w 4232 zakładach. Łączna liczba osób narażonych na jego oddziaływanie stanowiła 3,8% ogółu zatrudnionych w różnych gałęziach gospodarki. W narażeniu na NDN hałasu w 2012 r. zatrudnionych było 139528 pracowników (w 2011 r. – 172538 pracowników).

Działania administracyjno-egzekucyjne prowadzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną w 2012 r. ukierunkowane były przede wszystkim na wyegzekwowanie od pracodawców opracowania i następnie wdrażania w życie programów działań organizacyjno-technicznych zmierzających do obniżenia poziomu hałasu.

W sytuacjach, w których uniknięcie lub wyeliminowanie ryzyka zawodowego wynikającego z narażenia na hałas nie było możliwe za pomocą środków ochrony zbiorowej lub organizacji pracy, kontrolujący odstępowali od wydawania w tym zakresie decyzji administracyjnych.

W takich przypadkach pracodawcy zobowiązani byli do przeprowadzania pomiarów środowiska pracy i kontrolowania poziomu natężenia czynnika szkodliwego oraz zapewnienia pracownikom atestowanych ochronników słuchu, dobranych do wielkości hałasu i cech indywidualnych pracowników.

Odsetek stwierdzonych w 2012 r. najistotniejszych uchybień w skontrolowanych zakładach przedstawia Wykres 9.



Wykres 9.
Struktura najistotniejszych uchybień stwierdzonych w skontrolowanych zakładach pracy w 2012 r.

W wyniku prowadzonych postępowań administracyjno-egzekucyjnych w 2012 r. w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, wydanych zostało przez pion higieny pracy 16 963 decyzji administracyjnych, zawierających 46 558 nakazów.

Zdecydowanie najwięcej wydawanych nakazów, tak jak i w roku ubiegłym, dotyczyło przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowiskach pracy (10 598 nakazów).

Na drugim miejscu pod względem ilościowym znalazły się zalecenia obligujące do sporządzenia lub uaktualnienia oceny ryzyka zawodowego, z uwzględnieniem faktycznego stopnia i czynnika narażenia występującego w środowisku pracy (5 752 nakazów). Ponadto znaczący odsetek wydanych nakazów stanowiły zalecenia z zakresu substancji chemicznych i ich mieszanin (4 397 nakazów). Dotyczyły one m.in. zapewnienia wymaganego spisu stosowanych substancji chemicznych i ich mieszanin, kart charakterystyk oraz oznakowania. W związku z występowaniem przekroczeń dopuszczalnych poziomów stężeń i natężeń czynników szkodliwych w środowisku pracy, wydawano nakazy obligujące pracodawców do ich obniżenia, do obowiązujących poziomów normatywów higienicznych poprzez m. in. opracowanie i następnie wdrażanie w życie programów działań organizacyjno-technicznych.

Ponadto wydawane zalecenia dotyczyły założenia, bądź uzupełnienia rejestrów badań pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia.

W wyniku prowadzonego postępowania administracyjnego pracownicy pionu higieny pracy wydawali także nakazy dotyczące uzyskania pozwolenia na wprowadzanie do obrotu produktów biobójczych lub wycofania z obrotu ww. produktów, założenia lub uzupełnienia rejestrów związanych ze stosowaniem czynników rakotwórczych, właściwego oznakowania detergentów, wyposażania pracowników w odpowiednio dobrane środki ochrony indywidualnej, przeprowadzania koniecznych prac malarskich i remontowych oraz uaktualnienia badań profilaktycznych pracowników.

W związku z niewykonaniem przez część pracodawców decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w postępowaniu egzekucyjnym w 2012 r. wydanych zostało 246 postanowień o nałożeniu kary grzywny na kwotę 282 237 złotych, wyegzekwowano 109 postanowienia, w tym 33 postanowienia dotyczyły lat poprzednich. Mandaty karne nałożono w 136 przypadkach łącznie na kwotę 34 800 złotych.

3. Choroby zawodowe

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizując zadania dot. nadzoru nad warunkami pracy prowadzi również postępowanie administracyjne w sprawie występowania chorób zawodowych. W toku postępowania właściwy państwowy inspektor sanitarny wydaje imienną decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej bądź o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej. Do celów ustalenia orzeczenia w sprawie rozpoznania choroby zawodowej przez uprawnione placówki medyczne, pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sporządzają oceny narażenia zawodowego u pracowników występujących o stwierdzenie choroby zawodowej, w oparciu o informacje dotyczące całkowitego przebiegu zatrudnienia w narażeniu na czynnik szkodliwy dla zdrowia, który może być przyczyną zaistnienia choroby zawodowej, bądź też w związku ze sposobem wykonywania pracy (nadmierny wysiłek głosowy, nadmierne przeciążenie układu ruchu itd.).

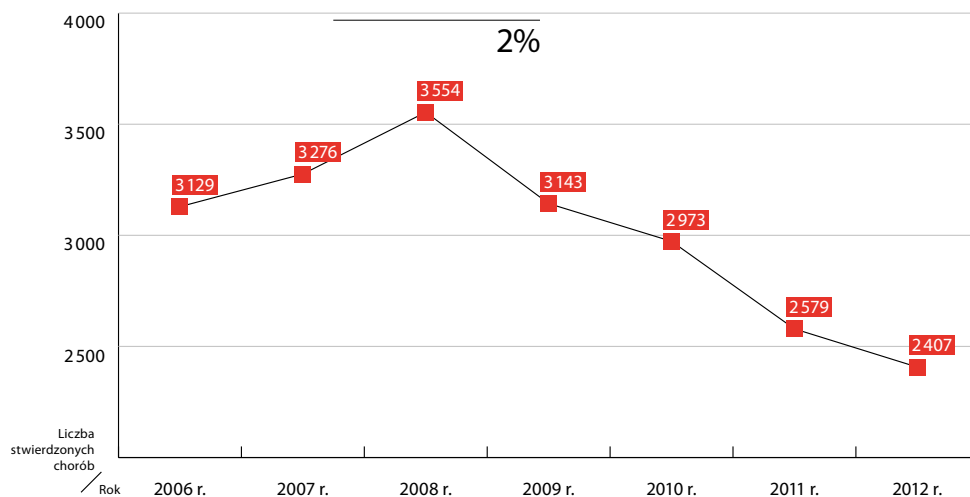
W 2012 r. do Państwowej Inspekcji Sanitarnej wpłynęło łącznie 5 516 podejrzeń chorób zawodowych (w 2011 r. – 6 004). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 2 390 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz 3 062 decyzje o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

W 2012 roku Główny Inspektor Sanitarny wydał 21 decyzji administracyjnych w II instancji w sprawie podejrzenia choroby zawodowej. Łącznie w 2012 r., po uprawomocnieniu decyzji, stwierdzono 2 407 chorób zawodowe, z czego w województwach: śląskim – 715, mazowieckim – 222 oraz w dolnośląskim – 209. Najmniejszą liczbę chorób zawodowych stwierdzono w województwach: opolskim – 9 przypadków i łódzkim – 54 przypadki.

Od decyzji wydanych przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych w przedmiocie chorób zawodowych do organu II instancji wpłynęły 732 odwołania. Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni wydali 718 decyzji, z czego 334 zostały zaskarżone do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Do Naczelnego Sądu Administracyjnego wniesiono 49 skarg kasacyjnych.

Najliczniej stwierdzane w 2012 r. były choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa – 703 przypadki (ok. 29% ogółu chorób zawodowych). Wśród tych chorób zdecydowanie przeważała borelioza – 530 przypadki (75,4% ogółu stwierdzonych chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw). Drugą grupą pod względem liczby przypadków stwierdzonych były pylice płuc – 568 (stanowiące 23,5%).

Na trzecim miejscu pod względem ilościowym znalazł się obustronny trwały ubytek słuchu – 208 przypadków (9% wszystkich chorób zawodowych).



Wykres 10.
Choroby zawodowe
w latach 2006–2012

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.

4. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy

W ramach działalności laboratoryjnej w 2012 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 244903 – oznaczenia czynników szkodliwych i uciążliwych, dokonując oceny na 78335 stanowiskach pracy (w 2011 r. – 230339 oznaczeń odpowiednio na 82280 stanowiskach pracy).

W porównaniu z 2011 rokiem liczba wykonanych oznaczeń w stosunku do ogólnej liczby uległa zwiększeniu o 6,3% (tj. o 14564 oznaczenia). Największy procentowy wzrost zanotowano w grupie czynników chemicznych (wzrost o 39,3%). Laboratoria środowiska pracy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych miały wdrożony system zarządzania jakością oraz posiadały certyfikaty akredytacji na określone badania i pomiary czynników szkodliwych. Bazą laboratoryjną umożliwiającą przeprowadzenie badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych w środowisku pracy dysponowało 64 placówki Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczebla podstawowego.

5. Podsumowanie

Sprawowany nadzór sanitarny nad warunkami pracy w 2012 roku, oparty na działalności kontrolnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykazał wzrost liczby zakładów pracy objętych ewidencją, zarejestrowano 123 411 zakładów pracy – porównując z rokiem 2011 liczba ta zwiększyła się o 4 520 obiektów.

Kontrolą objęto 46 475 zakładów pracy – (37,6% zakładów będących w ewidencji pionu higieny pracy); w wyniku prowadzonych działań kontrolnych wydanych zostało 16 963 decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych. Największy odsetek uchybień stwierdzonych w kontrolowanych zakładach stanowił brak badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia – 15,2% (dla porównania – w 2011 r. – 15,4%).

Natomiast w porównaniu z 2011 r. zmniejszeniu uległa liczba zakładów, w których stwierdzono przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – o 290.

W 2012 roku – w porównaniu z rokiem 2011 – nastąpił spadek stwierdzonych chorób zawodowych – o 172 przypadki, z czego największy spadek odnotowano w grupie chorób – pylice płuc – o 136 przypadków. Najwięcej chorób zawodowych zostało rozpoznanych w grupie chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw – 703 przypadki.

ZAPOBIEGAWCZY NADZÓR SANITARNY

Sprawowanie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego ma na celu zapewnienie, na etapie planowania zagospodarowania przestrzennego oraz planowania i realizacji inwestycji, właściwego stanu sanitarno-zdrowotnego w obiektach, w taki sposób, aby w trakcie eksploatacji obiektów nie powodowały one zagrożeń dla zdrowia i życia ludzi.

Zgodnie z ustawą o Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2012 r. zajmowały stanowiska pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych m. in. w sprawie:

- projektów, programów i strategii oraz innych dokumentów odnoszących się do terenów gmin, województw i całego kraju,
- planowanych przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko na etapie oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko,
- dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,
- zgód, opinii i uzgodnień wynikających z przepisów prawnych,
- obiektów budowlanych przed dopuszczeniem ich do użytkowania przez właściwy organ,
- nowych procesów technologicznych np. uzdatniania wody.

Dokonywana ocena pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczyła takich przedsięwzięć inwestycyjnych, jak na przykład:

- obiekty handlowe, przemysłowe, usługowe, turystyczne, hotelarskie, wychowania i nauczania, ochrony zdrowia (w których prowadzona jest działalność lecznicza, apteki itp.), miejsca obsługi pasażerów (np. dworce, porty, przystanie itp.),
- stacje bazowe telefonii komórkowej, linie elektroenergetyczne, trasy komunikacyjne (np. drogi, linie kolejowe itp.), elektrownie wiatrowe, oczyszczalnie ścieków, składowiska odpadów, zakłady unieszkodliwiania odpadów, stacje paliw,
- przedsięwzięcia realizowane w związku z organizacją turnieju Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012,
- i wiele innych.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działając w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dokonywały:

- uzgodnień dotyczących zakresu i stopnia szczegółowości informacji wymaganych w prognozie oddziaływania na środowisko projektów dokumentów strategicznych tj. 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 dotyczących odstąpienia od przeprowadzenia strategicznej oceny oddziaływania na środowisko dla dokumentów wymienionych w odnośniku 1,
- oceny wymienionych w odnośniku 1 projektów dokumentów wraz z prognozami oddziaływania na środowisko.

W postępowaniu dotyczącym oceny oddziaływania przedsięwzięć kwalifikowanych do mogących znacząco oddziaływać na środowisko organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały stanowiska:

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

Pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych uzgadniane były również projekty planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy.

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, działając na podstawie uprawnień nadanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego, dokonują uzgodnień dokumentacji projektowej w imieniu państwowego inspektora sanitarnego.

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

- spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- opiniowania projektów osłon stałych i wentylacji w gabinetach wyposażonych w aparaty rentgenowskie,
- uzgodnienia ekspertyz technicznych w zakresie przyjętych rozwiązań zamiennych w związku z niespełnieniem wymagań w przepisach dotyczących warunków technicznych obiektów budowlanych,
- 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. takich zagadnień jak: obniżenie wysokości pomieszczeń, zagłębienie poniżej poziomu terenu oraz oświetlenia wyłącznie światłem sztucznym pomieszczeń przeznaczonych na pobyt dzienny ludzi. Odnosiły się również do zastosowania recyrkulacji powietrza w budynkach opieki zdrowotnej, 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, granicy z sąsiednią działką, czy magazynów spożywczych.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, mając na uwadze konieczność zapewnienia ludziom zdrowych warunków życia w miejscu ich zamieszkania i pobytu, w ramach sprawowanego zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, zajmowały się:

- oddzieleniem obszarów przeznaczonych pod budownictwo mieszkaniowe od obszarów przemysłowych, tras komunikacyjnych itp. w celu ograniczenia ich niekorzystnego oddziaływania na otoczenie,
- zapewnieniem właściwej gospodarki wodno-ściekowej, w tym zaopatrzeniem ludności w wodę do picia o odpowiedniej jakości i ilości,
- prawidłowym postępowaniem, usuwaniem, gromadzeniem, składowaniem i unieszkodliwianiem odpadów, w tym szczególnie odpadów niebezpiecznych medycznych, w sposób który nie zagraża życiu i zdrowiu ludzi,
- zabezpieczeniem ludzi przed uciążliwością związaną z hałasem (lotniska, miejska komunikacja, zakłady usługowe, przemysłowe, itp.) poprzez zastosowanie odpowiednich rozwiązań technicznych, takich jak np. ekrany akustyczne, czy okna o podwyższonej izolacyjności akustycznej i inne,
- ochroną ludzi przed promieniowaniem elektromagnetycznym niejonizującym oraz jonizującym poprzez zastosowanie np. odpowiednich osłon i innych rozwiązań zabezpieczających,
- zabezpieczeniem ludzi przed wpływem zanieczyszczeń emitowanych do powietrza przez uciążliwe zakłady poprzez zastosowanie odpowiednich urządzeń, takich jak emitory i urządzenia pochłaniające substancje szkodliwe dla zdrowia,
- zagwarantowaniem odpowiednich pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych

warunków pobytu ludzi w budynkach, w odniesieniu do funkcji pomieszczeń, poprzez zapewnienie w nich m. in. właściwego oświetlenia, wysokości, kubatury, jakości środowiska wewnętrznego (w tym: wielkości wymiany powietrza, jego czystości, temperatury, wilgotności), a także bezpiecznych pod względem zdrowotnym materiałów budowlanych i innych warunków sanitarnohigienicznych,

- zapewnieniem odpowiednich warunków higienicznych i zdrowotnych pracy osobom zatrudnionym w zakładach pracy, biorąc pod uwagę np. dopuszczalne wartości stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia ludzi.

W 2012 r. ogólna liczba stanowisk merytorycznych zajętych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez Państwową Inspekcję Sanitarną kształtowała się na poziomie 188 tys. i była większa o ok. 5% od liczby stanowisk zajętych w 2011 r. – ok. 180 tys.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego wydały w 2012 r.:

- 148 186 zgód, uzgodnień i opinii sanitarnych oraz innych stanowisk, tj. ok. 7% więcej niż w 2011 r. (138 447),
- 8 678 stanowisk w sprawie projektów dokumentów zajmowanych w ramach strategicznych ocen oddziaływania na środowisko, tj. ok. 2% więcej niż w 2011 r. (8 511),
- 16 357 opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko tj. o ok. 5% mniej niż w 2011 r. (17 288),
- 11 085 uzgodnień dokumentacji projektowych inwestycji, tj. o ok. 10% mniej niż w 2011 r. (12 330),
- 62 983 tj. o 37% więcej niż w 2011 r. (45 885) decyzji administracyjnych dotyczących zagadnień merytorycznych w zakresie zgód na odstąpienie od przepisów określających warunki techniczne, jakie muszą spełniać budynki, określających wymogi bezpieczeństwa i higieny pracy, a także opinie na temat spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą i inne,
- 23 290 stanowisk zajmowanych w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektów budowlanych, ok. 10% mniej niż w 2011 r. (25 897), w 72 przypadkach zgłoszone zostały sprzeciw wobec dopuszczenia obiektów budowlanych do użytkowania (w 2011 r. sprzeciwów było 45).

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku z działalnością kontrolną prowadzoną w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego dokonały w 2012 r. ogółem 32 926 kontroli i wizji lokalnych, tj. ok. 9% więcej niż w 2011 r. (30 283), w tym obiektów w trakcie budowy – 1 554, tj. ok. 11% mniej niż w 2011 r. (1 747).

Liczba uzgodnień dokumentacji projektowej dokonanych w 2012 r. przez rzeczoznawców ds. sanitarnohigienicznych wyniosła, 40 625 tj. o ok. 3% mniej niż w 2011 r. (41 984), w tym 37 402 pozytywnych tj. o ok. 6% mniej niż w 2011 r. (39 609).

Podsumowanie

Zapobiegawczy nadzór sanitarny sprawowany przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizuje ustawowe obowiązki i zadania w zakresie ochrony zdrowia publicznego, w szczególności poprzez:

- opiniowanie lub uzgadnianie pod względem sanitarnohigienicznym: projektów planów zagospodarowania i innych dokumentów strategicznych m. in. w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko, przedsięwzięć w ramach oceny oddziaływania na środowisko, dokumentacji projektowych inwestycji,
- wydawanie zgód, uzgodnień i opinii na odstąpienie od przepisów prawa, w tym określających warunki techniczne oraz warunki bezpieczeństwa i higieny pracy,
- zajmowanie stanowisk w sprawie obiektów budowlanych przekazywanych do użytkowania.

Stanowiska organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego zajmowane są wyłącznie na wniosek zainteresowanych podmiotów lub w związku z wystąpieniami organów prowadzących postępowanie główne i dotyczą planowanych inwestycji lub zagospodarowania terenu.

Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego jest ściśle związana z liczbą planowanych do realizacji w kraju przedsięwzięć.

W 2012 r. ogólna liczba stanowisk zajętych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez Państwową Inspekcję Sanitarną kształtowała się na poziomie 188 tys. i była większa o ok. 5% od liczby stanowisk zajętych w 2011 r.

W 2012 r. w porównaniu z rokiem 2011 r. odnotowano:

- zwiększenie ogólnej liczby stanowisk (zgód, uzgodnień i opinii sanitarnych i innych stanowisk) zajętych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego (ok. 7%),
- wzrost liczby kontroli – wizji lokalnych, przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego (o ok. 9%),
- znaczący wzrost liczby stanowisk dotyczących wymaganych prawem zgód i opinii zajmowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w drodze decyzji administracyjnych (o ok. 37%), głównie z uwagi na znaczącą liczbę opinii sanitarnych dotyczących spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- nieznaczny wzrost stanowisk w ramach strategicznej oceny oddziaływania planów, programów, strategii itp. dokumentów (o ok. 2%).

W 2012 r. nastąpił spadek w stosunku do poprzedniego roku liczby stanowisk zajętych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach:

- postępowania w sprawie oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko (o ok. 5%),
- uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektów (o ok. 10%),
- uzgadniania dokumentacji projektowej, koncepcji obiektów budowlanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej o ok. 10% oraz przez rzeczoznawców ds. sanitarnohigienicznych o ok. 3%.

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawując zapobiegawczy nadzór sanitarny odgrywa znaczącą rolę w ochronie zdrowia publicznego poprzez m. in. inspirowanie działań lokalnych organów administracji samorządowej np. w zakresie uporządkowania gospodarki wodno-ściekowej, czy gospodarki odpadami na danym obszarze, wymagając przy uzgadnianiu planów zagospodarowania przestrzennego odpowiedniego, z punktu widzenia ochrony zdrowia, zagospodarowania terenów, a także poprzez uzgadnianie dokumentacji projektowej tj. wymaganie od inwestorów już na etapie planowania inwestycji spełnienia właściwych warunków sanitarnohigienicznych.

STAN SANITARNY POMIESZCZEŃ I URZĄDZEŃ WYKORZYSTYWANYCH PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PODMIOTY PROWADZĄCE DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

1. Informacje ogólne

Kontrolę stanu sanitarnego w 2012 r. przeprowadzono w 41 849 obiektach, w których prowadzona była działalność lecznicza, czyli w 53% spośród 78 741 ujętych w ewidencji. Liczba obiektów ochrony zdrowia objętych kontrolą sanitarną zwiększyła się w porównaniu z rokiem ubiegłym.

Kontrole objęły:

- działalność leczniczą wykonywaną przez podmioty lecznicze – skontrolowano 20 268 obiektów spośród 28 136 ujętych w ewidencji, co stanowi 72% ogółu,
- działalność leczniczą wykonywaną przez praktykę zawodową, w tym:
 - indywidualne praktyki lekarskie – skontrolowano 2 135 obiektów spośród 6 776 ujętych w ewidencji, co stanowi 31% ogółu ,
 - indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – skontrolowano 6 739 obiektów spośród 19 801 ujętych w ewidencji, co stanowi 34% ogółu,
 - grupowe praktyki lekarskie – skontrolowano 192 obiekty spośród 336 ujętych w ewidencji, co stanowi 57% ogółu,
 - indywidualne praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 7 424 obiekty spośród 13 069 ujętych w ewidencji, co stanowi 57% ogółu,
 - grupowe praktyki lekarzy dentyków – skontrolowano 269 obiektów spośród 440 ujętych w ewidencji, co stanowi 61% ogółu,
 - indywidualne praktyki pielęgniarek – skontrolowano 706 obiektów spośród 1 602 ujętych w ewidencji, co stanowi 44% ogółu,
 - indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek – skontrolowano 104 obiekty spośród 186 ujętych w ewidencji, co stanowi 56% ogółu,
 - grupowe praktyki pielęgniarek – skontrolowano 258 obiektów spośród 523 ujętych w ewidencji, co stanowi 49% ogółu,
 - inne – skontrolowano 661 obiektów spośród 1 320 ujętych w ewidencji, co stanowi 50% ogółu.

2. Stan sanitarny – działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze

2.1. Podmioty lecznicze ogółem

W 2012 r. skontrolowano 15 858 obiektów na terenie miejskim i 4 410 na terenach wiejskich, w 725, tj. w 4,6% stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, w tym w 572 przypadkach pod względem technicznym – 3,6% w miastach i w 212 przypadkach, tj. 4,8% na wsi, z czego 172 – 3,9% pod względem technicznym.

Na negatywną ocenę placówek miały wpływ liczne nieprawidłowości m.in.:

- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian, sufitów i podłóg,
- uszkodzona, zniszczona powierzchnia mebli,
- brak gładkiej, łatwo zmywalnej powierzchni foteli,

W roku 2012, w porównaniu z rokiem poprzednim, stwierdzono znaczną poprawę stanu sanitarno-technicznego wielu obiektów.

Uzyskano ją w dużej mierze poprzez realizację zadań ujętych w programach dostosowawczych, a także zakup nowego, coraz nowocześniejszego sprzętu medycznego.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi podmioty wykonujące działalność leczniczą uzyskały wydłużony do grudnia 2016 roku – termin na dostosowanie obiektów i urządzeń do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

W przygotowanych przez placówki, które nie spełniają wymogów określonych w rozporządzeniu – programach dostosowawczych, stwierdzano zamieszczanie remontów, koniecznych do poprawienia bieżącego stanu sanitarno – technicznego pomieszczeń obiektu, a także planowanie w harmonogramach dostosowania obiektu – na odległe terminy (2016r.), łącznie z uzupełnieniem wyposażenia wymaganego przy udzielaniu świadczeń medycznych w warunkach bezpieczeństwa epidemiologicznego.

2.2. Szpitale

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajduje się 1 008 tego typu obiektów, skontrolowano 926, co stanowi 92%. W 229 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, w tym w 208 pod względem technicznym, co stanowi 22,5% w stosunku do całości skontrolowanych szpitali.

2.3. Hospicja

W 2012r. skontrolowano 64 spośród 72 tego typu obiektów, co stanowi 89% ogółu. W jednym przypadku stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny pod względem technicznym (1,4% ogółu).

2.4. Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

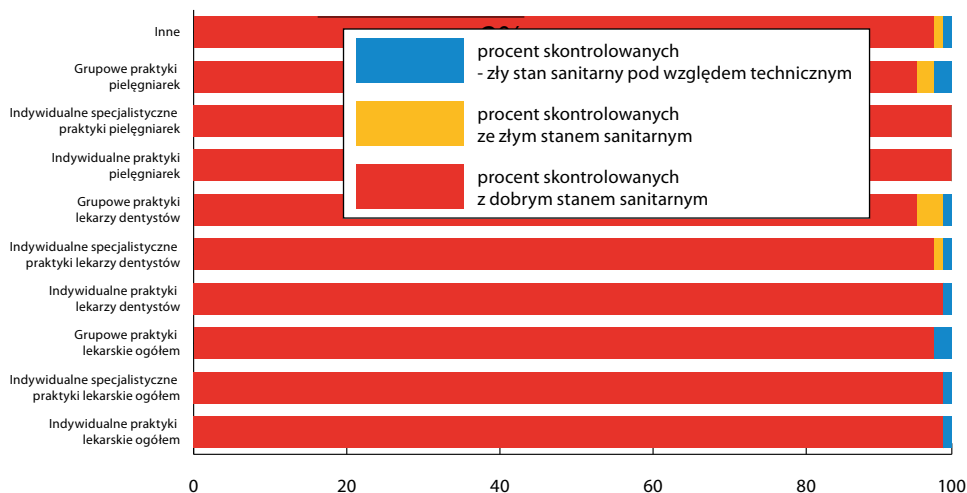
Do podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne należą:

- przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice,
- zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne,
- zakłady rehabilitacji leczniczej i inne.

Na 26 221 podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjną działalność skontrolowano 18 812, tj. 72% ogółu. W 638 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny – około 3,4%, w tym 475 ze względu na niewłaściwy stan techniczny – 2,5%.



3. Stan sanitarny – działalność lecznicza wykonywana w formie indywidualnych praktyk zawodowych



Wykres 11.
Stan sanitarny działalności leczniczej wykonywanej w formie indywidualnych praktyk zawodowych

3.1. Indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie i grupowe praktyki lekarskie

W 2012 r. na 26 913 tego typu obiektów znajdujących się w ewidencji skontrolowano 9 066, co stanowi 34% ogółu. W 53 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, a w 28 niewłaściwy stan techniczny. W dniu 1 lipca 2012 roku weszło w życie rozporządzenie 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, poz. 739), które wprowadziło jednolite wymogi sanitarne dla wszystkich grup podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj. dla podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz praktyk zawodowych lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych.

Ocena stanu sanitarnego powyższych obiektów to sprawdzenie zaopatrzenia w wodę, sposobu odprowadzenia nieczystości płynnych, warunków sanitarno-technicznych pomieszczeń i ich funkcjonalność, w tym wykończenie ścian i podłóg, sprawność wentylacji i oświetlenia, wyposażenie w umywalki, dozowniki mydła, ręczniki jednorazowe, ocena postępowania z bielizną czystą i brudną oraz segregacji odpadów i postępowania z odpadami komunalnymi i medycznymi. Kontrola obejmowała także opracowane procedury, dotyczące powyższych zagadnień.



3.2. Indywidualne praktyki lekarzy dentystów, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentystów i grupowe praktyki lekarzy dentystów

Skontrolowano 10 996 obiektów na 20 194 (54% ogółu), w 105 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny (zaledwie 1%), w tym 59 z powodu niewłaściwego stanu technicznego (0,5%). Ujmując szczegółowo skontrolowano:

- indywidualne praktyki lekarzy dentystów – 7 424 praktyki tj. (56,8%), negatywnie oceniono stan sanitarny w 68 przypadkach (0,9%),
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentystów – 3 303 praktyki tj. (49%), negatywnie oceniając 33 (1%),
- grupowe praktyki lekarzy dentystów – 269 obiektów (61%), negatywnie oceniono stan sanitarny w 4 przypadkach (1,5%).

3.3. Indywidualne praktyki pielęgniarek, indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i grupowe praktyki pielęgniarek

Skontrolowano 1 068 obiektów na 2 311 (46%), w 8 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny – to zaledwie 0,7%, w tym 5 z powodu niewłaściwego stanu technicznego (0,5%). Większość praktyk to gabinety profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w placówkach oświatowo-wychowawczych, głównie w szkołach oraz praktyki prowadzące działalność w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego, w których usługi świadczone były w domu pacjenta.

3.4. Podsumowanie

- Analiza stanu sanitarnego podmiotów leczniczych wykazała, że w 2012 r. stan sanitarny jednostek prowadzących działalność leczniczą w stosunku do roku ubiegłego nie uległ kardynalnym zmianom. Najlepiej wypada działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową.
- Największy odsetek zakładów ocenionych negatywnie pod względem sanitarnym – 22,5% odnotowano w grupie szpitali, podobnie jak w roku 2011.
- Główną przyczyną uchybień był nieprawidłowy stan techniczny obiektów.

STAN SANITARNY OBIEKTÓW UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

1. Informacje ogólne

Kontrolę stanu sanitarnego przeprowadzono w 84405 obiektach użyteczności publicznej spośród 129 792 ujętych w ewidencji. Kontrole objęły:

- zakłady fryzjerskie; kosmetyczne; tatuażu; odnowy biologicznej – skontrolowano 33 325 spośród 48 963 ujętych w ewidencji; co stanowi 68%;
- obiekty hotelarskie i inne; w których świadczone są usługi hotelarskie – skontrolowano 10 795 spośród 17 582 ujętych w ewidencji; co stanowi 61%;
- ustępy publiczne ogółem – skontrolowano 2629 spośród 2686 ujętych w ewidencji; co stanowi 98%;
- domy pomocy społecznej – skontrolowano 783 spośród 1014 ujętych w ewidencji; co stanowi 77%;
- dworce autobusowe i kolejowe; stacje – skontrolowano 1203 spośród 1415 ujętych w ewidencji; co stanowi 85%;
- przejścia graniczne – skontrolowano 44 spośród 46 ujętych w ewidencji; co stanowi 95%;
- tereny rekreacyjne – skontrolowano 5840; spośród 9333; co stanowi 62%;
- cmentarze i domy pogrzebowe – skontrolowano 5035; spośród 9795; co stanowi 51%;
- inne obiekty użyteczności publicznej – skontrolowano 21 037 spośród 34 780; co stanowi 60%.

Stan sanitarno-porządkowy miast w 2012 r. w porównaniu do stanu z lat poprzednich nie uległ znacznej poprawie. Place, ulice i przystanki były sprzątane na bieżąco, kosze na odpady komunalne systematycznie opróżniane.

Gminy określają szczegółowe zasady utrzymania czystości i porządku, które wprowadzają również obowiązki selektywnej zbiórki odpadów.

Nadal głównymi problemami są:

- dzikie wysypiska śmieci,
- zanieczyszczone odchodami zwierzęcymi chodniki, podwórka i skwery,
- niewłaściwy stan techniczny starej zabudowy.

Obiekty użyteczności publicznej i tereny rekreacyjne na terenach wiejskich wykazywały zadowalający stan sanitarno – porządkowy. Z roku na rok poprawia się stan sanitarny. Problem stanowi nadal brak kanalizacji oraz urządzeń do unieszkodliwiania ścieków, konieczna jest rozbudowa sieci kanalizacyjnych.

Poniżej prezentujemy tabelę porównawczą z rokiem 2011.

Tabela 16.

Stan sanitarny obiektów
użyteczności publicznej

Stan sanitarny		Miasto				Wieś			
		Liczba urządzeń i obiektów							
		według ewidencji na 31 XII	skontrolo- wanych	ze niewłaściwym stanem sanitarnym		według ewidencji na 31 XII	skontrolo- wanych	ze niewłaściwym stanem sanitarnym	
				razem	w tym pod względem technicz- nym			razem	w tym pod względem technicz- nym
0	1	2	3	4	5	6	7	8	
2011 rok	obiekty ogółem	85 734	60 096	2 178 (3,63%)	1 566 (2,61%)	1 290	21 142	672 (3,18%)	529 (2,50%)
2012 rok	obiekty ogółem	90 347	60 898	1 846 (3,03%)	1 290 (2,12%)	(2,12%)	23 507	761 (3,24%)	615 (2,62%)

Kontrolę stanu sanitarnego w 2012 roku przeprowadzono w 84405 obiektach użyteczności publicznej spośród 129792 ujętych w ewidencji co daje – 65% wykonania, w porównaniu do 2011 roku, na 117994 obiektów w ewidencji skontrolowano 81238 – 69%.

Jak można zauważyć z powyższej tabeli sytuacja na terenach miejskich nieznacznie poprawiła się, a trochę pogorszyła na terenach wiejskich w porównaniu z poprzednim rokiem.

2. Stan sanitarny wybranych obiektów

2.1. Ustępy publiczne

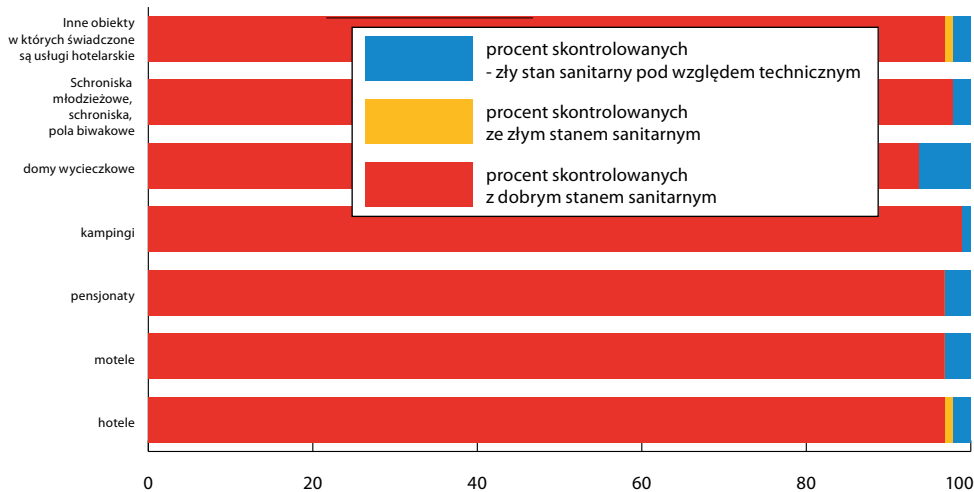
W 2012r. skontrolowano 2629 obiektów, w 104, tj. 4% stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, w tym w 83 przypadkach pod względem technicznym – 3%.

Najczęstsze zarzuty to:

- niewłaściwy stan sanitarno – higieniczny ścian, sufitów, kabin, urządzeń sanitarnych,
- niewłaściwy stan techniczny podłóg i ścian,
- uszkodzona armatura,
- brak środków czystości i dezynfekcyjnych,
- brak środków higieny – papieru toaletowego, ręczników,
- brak kabiny przystosowanej dla potrzeb osób niepełnosprawnych,
- brak wody lub brak ciepłej wody,
- niesprawna wentylacja,
- niewłaściwe przechowywanie odpadów.

W celu wyegzekwowania prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego ustępów publicznych, a także dokonania oceny ich dostępności, zwłaszcza w kontekście właściwego przebiegu Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej EURO 2012, poddano kontroli niemal wszystkie funkcjonujące i znajdujące się w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej obiekty tej grupy. Ustępy publiczne należą do obiektów prezentujących różnicowane warunki techniczne i standard wyposażenia, których stan sanitarny, a zwłaszcza utrzymanie pomieszczeń w czystości, często budzi zastrzeżenia.

Niezmiennie od lat organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazują na niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę ustępów publicznych, tak w miastach jak i na obszarach wiejskich, zwłaszcza tych o charakterze turystycznym.



Wykres 12.
Stan sanitarny obiektów
hotelarskich

2.2. Domy pomocy społecznej

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajduje się 1 014 tego typu obiektów, skontrolowano 783, co stanowi 77%. W 64 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, w tym w 53 pod względem technicznym, co stanowi 6,3% w stosunku do całości skontrolowanych.

Należy podkreślić, że placówki te z reguły charakteryzują się dobrym stanem technicznym, będącym wynikiem realizacji wymogów ich standaryzacji. Coraz mniej odnotowuje się nieprawidłowości w gospodarowaniu odpadami, w tym medycznymi. Nie stwierdzono istotnych zaniedbań w postępowaniu z bielizną czystą i brudną, utrzymaniu bieżącej czystości obiektów, czy ich otoczenia.

2.3. Obiekty hotelarskie – hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, schroniska, pola biwakowe

W 2012 r. skontrolowano 3 464 spośród 3 841 tego typu obiektów, co stanowi 90%. W 119 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, co stanowi 3,4%. Grupa ta obejmuje obiekty znacznie zróżnicowane, tak pod względem warunków technicznych i standardu wyposażenia, jak i zakresu poziomu świadczonych usług. Podstawowymi kryteriami służącymi ocenie stanu sanitarnego obiektów tej grupy było:

- zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia,
- stan techniczny pomieszczeń mieszkalnych i sanitarnych oraz ich wyposażenie,
- sposób zagospodarowania ścieków i odpadów komunalnych,
- postępowanie z bielizną,
- a także dbałość o stan bieżącej czystości pomieszczeń oraz otoczenia obiektu.

Noclegownie – w ewidencji zarejestrowano 219 tego typu obiektów w miastach i 46 na terenach wiejskich. W 2012 r. skontrolowano 198 noclegowni w miastach i 34 na terenach wiejskich, w 17 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny. Infrastruktura pomocowa dla osób bezdomnych oprócz schronienia jako pierwszoplanowe zadania uznaje również zapewnienie posiłku, lub miejsca do jego przygotowania, umożliwienie uprania odzieży, pomoc socjalną. Zasadniczo obiekty te prezentują niski standard, są wyposażone w podstawowy sprzęt w pomieszczeniach mieszkalnych i sanitarnych. W skontrolowanych noclegowniach stan sanitarny, przy uwzględnieniu specyfiki tych obiektów, był zadowalający.

Niezbędne prace remontowe w noclegowniach wykonywano we własnym zakresie, bądź ze środków finansowych pochodzących głównie od władz samorządowych.

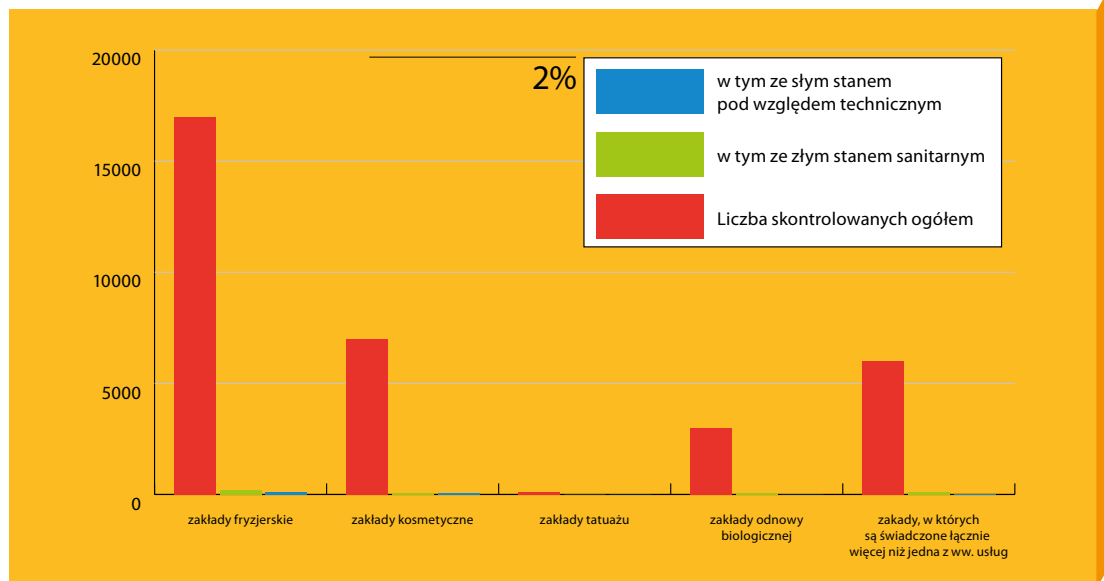
2.4. Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi

Na 24 889 zakładów fryzjerskich znajdujące się w ewidencji skontrolowano 16 926 (68%). W 391 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny – około 2,3%. Zakłady kosmetyczne – na 9 948, 6 928 zostało skontrolowanych, co stanowi 70%, w tym w 128 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny (zaledwie 2%). Zakłady tatuażu – 400 obiektów w ewidencji – skontrolowano 245, w 10 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny – to jest 4%. Z 4 708 zakładów odnowy biologicznej w ewidencji, skontrolowano 3 014, czyli 64%, w 66 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, co stanowi 2%. Największą ilość tego typu obiektów stanowią obiekty, w których świadczone są więcej niż jedna z tych usług – 9 058, skontrolowano 69%, w 187 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, czyli w 3%.

Obiekty te stanowiły najliczniejszą grupę obiektów użyteczności publicznej objętych ewidencją państwowej inspekcji sanitarnej. Jest to dynamicznie rozwijająca się grupa obiektów usługowych na przestrzeni ostatnich lat, w dużej mierze za przyczyną możliwości uzyskania dotacji ze środków Unii Europejskiej na rozpoczęcie działalności gospodarczej tego rodzaju.

Wykres 13.

Stan sanitarny zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu i odnowy biologicznej



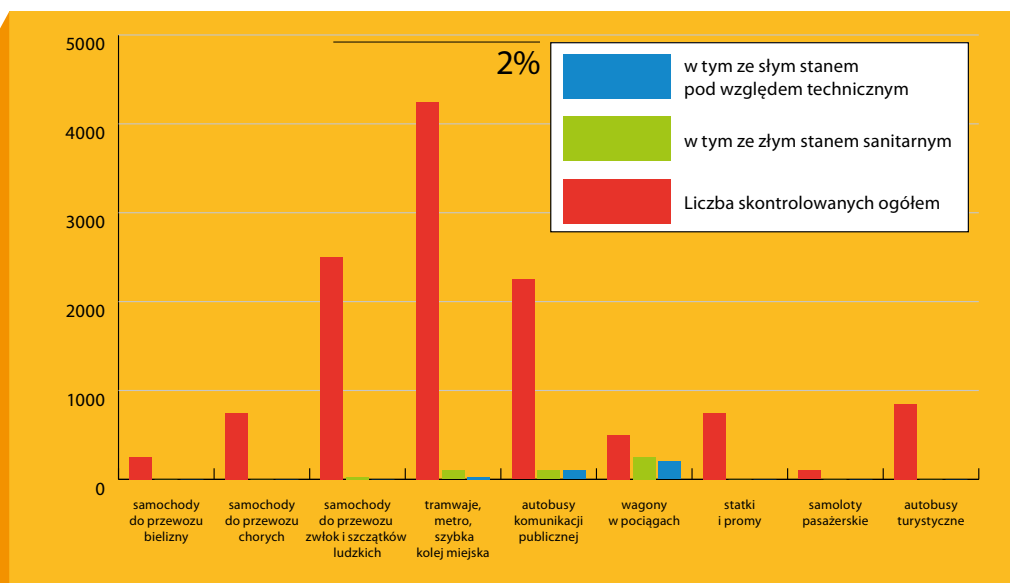
2.5. Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, środki transportu

Spośród 348 dworców autobusowych znajdujących się w ewidencji skontrolowano 333, czyli 96%. Na 333 obiekty w 23 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, czyli w 7%. Skontrolowano 870 dworców i stacji kolejowych na 1 067 znajdujących się w ewidencji, w 244 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, stanowi to 28%, w tym 13% pod względem technicznym. Obiekty kolejowe od lat charakteryzują się zaledwie dostatecznym stanem sanitarnymi, często nie zapewniają podróżnym odpowiednich warunków w trakcie podróży. Mniejsze stacje kolejowe pozostawione często bez nadzoru ulegają ciągłej dewastacji. Głównymi nieprawidłowościami stwierdzanymi podczas kontroli były: niewłaściwy stan techniczny i sanitarny ścian oraz sufitów w poczekalniach, holach, przejściach podziemnych lub brak toalet ogólnodostępnych.

Skontrolowano 11 884 obiekty zaliczane do środków transportu:

- autobusy komunikacji publicznej – 4 229,
- autobusy turystyczne – 823,
- tramwaje, metro, szybka kolej miejska – 703,
- wagony w pociągach – 2 263,
- statki i promy – 486,
- samoloty pasażerskie – 58,
- samochody do przewozu chorych – 651,
- samochody do przewozu zwłok i szczątków ludzkich – 2456,
- samochody do przewozu bielizny – 195.

W 457 przypadkach na 11 884 stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, co stanowi ok. 4%, w tym 298 (2,5%) z powodu niewłaściwego stanu technicznego. Należy podkreślić, że środki transportu publicznego, takie jak autobusy i pociągi, kontroluje się wyłącznie na stacjach początkowych, zatem ocenie podlegał ich stan przygotowania do wyjazdu w trasę, który zasadniczo nie budził zastrzeżeń.



Wykres 14.
Stan sanitarny środków transportu

2.6. Porty lotnicze

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajduje się 16 tego typu obiektów. W roku 2012 skontrolowano 14, tylko w jednym przypadku stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny. Porty lotnicze sprawdza się, czy posiadają poczekalnie dla podróżnych, węzły sanitarne, oddzielne dla pracowników i podróżnych, pomieszczenia dla funkcjonariuszy straży granicznej, pomieszczenia sanitarne dla osób chorych lub podejrzanych o zachorowanie na chorobę zakaźną o znaczeniu epidemicznym. Obiekty te powinny mieć również na wyposażeniu schematy, procedury postępowania w sytuacjach kryzysowych.

2.7. Przystanie morskie i śródlądowe

Przystanie jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych na 70 znajdujących się w ewidencji skontrolowano 65, w 4 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan techniczny miejskich przystani.

2.8. Przejścia graniczne

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajduje się 46 tego typu obiektów, skontrolowano 44, nie stwierdzono uchybień. 25 znajduje się na terenie miast, 21 na terenie wiejskim i w tym drugim przypadku skontrolowano wszystkie.

Kontrole stanu sanitarnego prowadzono na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zgodnie z procedurą kontroli Głównego Inspektora Sanitarnego PT/01 „Sposób wykonywania działań w ramach zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń”. Podczas kontroli sprawdzano:

- stan sanitarno-porządkowy terenu przejść,
- stan sanitarny pomieszczeń do obsługi podróżnych,
- stan czystości i porządku węzłów sanitarnych,
- zaopatrzenie sanitariatów w ciepłą i zimną wodę oraz środki higieny,
- zaopatrzenie przejść w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi,
- sposób usuwania ścieków oraz postępowania z odpadami komunalnymi,
- stan pomieszczeń izolatoriów,
- zaopatrzenie izolatoriów w środki dezynfekcyjne,
- stan sanitarno-techniczny zlewni ścieków z autokarów.

2.9. Tereny rekreacyjne

Na 9333 obiekty znajdujące się w ewidencji skontrolowano 5840, co stanowi 62% wykonania. W 87 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, to zaledwie 1,5%, w 51 – niewłaściwy stan techniczny był przyczyną oceny negatywnej.

Grupa ta obejmuje obiekty przeznaczone do wypoczynku: między innymi parki, skwery, piaskownice, place zabaw dla dzieci, boiska sportowe, korty tenisowe, lodowiska. Szczególną uwagę poświęca się problemowi zanieczyszczenia miejsc w przestrzeni publicznej odchodami zwierzęcymi, wnioskując do organów samorządowych o skuteczne działania w tym zakresie. W zdecydowanej większości przypadków stwierdzono, że tereny te są zadbane, zieleń pielęgnowana, zarządcy wymieniali piasek w piaskownicach, dokonywano przeglądu technicznego urządzeń, instalowano ławki, kosze na śmieci.

2.10. Cmentarze, domy pogrzebowe

Na 8 595 obiektów znajdujących się w ewidencji skontrolowano 4 163, co stanowi 48% wykonania. W 115 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny, w tym w 94 przypadkach powodem był niewłaściwy stan techniczny.

Kontrole cmentarzy dotyczą głównie utrzymania porządku w ich obrębie, właściwego postępowania w zakresie gromadzenia i odbioru odpadów komunalnych, a także odpowiedniego stanu punktów poboru wody i ogrodzenia. Priorytetowym przedsięwzięciem jest tu uregulowanie gospodarki odpadami, bowiem należałoby dobrze byłoby wprowadzić selektywną zbiórkę.

Domy pogrzebowe – 1 200 w ewidencji, skontrolowano 872, co stanowi 73% wykonania, 23 ze złym stanem sanitarnym, z czego 21 pod względem technicznym.

2.11. Inne obiekty użyteczności publicznej

Skontrolowano 21 037 obiektów na 34 780 (60%), w 676 przypadkach stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny – to zaledwie 2%, w tym 601 z powodu niewłaściwego stanu technicznego (89%).

Do tej grupy zalicza się między innymi:

- parkingi i miejsca postojowe,
- stacje paliw,
- obiekty sportowe, boiska, stadiony, hale sportowe,
- obiekty kulturalne, kina, teatry, domy kultury, świetlice,
- targowiska,
- urzędy pocztowe,
- sklepy, apteki, pralnie,
- składowiska odpadów, oczyszczalnie ścieków,
- areszty i zakłady karne.

W okresie kilku ostatnich lat zaobserwowano sukcesywną poprawę stanu sanitarnego obiektów użyteczności publicznej.

NADZÓR ORGANÓW PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ NAD BEZPIECZEŃSTWEM SUPLEMENTÓW DIETY

Nadzór sanitarny w zakresie bezpieczeństwa suplementów diety sprawowany jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zgodnie z ustawowymi kompetencjami, obejmuje zarówno aspekt produkcji jak i dystrybucji tych produktów. Nadzór sanitarny sprawowany jest m. in. poprzez kontrole planowe i interwencyjne, plany pobierania próbek, szybką wymianę informacji w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF) oraz w ramach współpracy pomiędzy innymi uprawnionymi organami urzędowej kontroli, a także przy współpracy z Państwową Inspekcją Farmaceutyczną.

1. Zakres nadzoru sanitarnego

Rejestr przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje, że na terenie Polski funkcjonuje co najmniej 136 wytwórni suplementów diety oraz 446 hurtowni suplementów diety. Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) miało 121 wytwórni suplementów diety oraz 289 hurtowni. System HACCP (System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli) wdrożono w 117 zakładach produkcyjnych oraz 124 hurtowniach suplementów diety.

W 2012 r. właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- 121 obiektów, tj. 88,971 % wytwórców funkcjonujących na terenie kraju,
- 248 obiektów obrotu hurtowego, tj. 55,60 %.

Kontrolowane obiekty oceniono również na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego. Wśród wytwórców dokonano oceny w 86 obiektach kontrolowanych – 63,24% obiektów ogółem, natomiast w przypadku hurtowni ocenie kompleksowej poddano 96 obiektów – tj 21,52% obiektów hurtowych ogółem. Wyniki oceny stanu sanitarnego z wykorzystaniem arkusza oceny nie wykazały obiektów niezgodnych. Łączna liczba kontroli i rekontroli przeprowadzonych w roku 2012 we wszystkich obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety sięgnęła liczby 856, z czego 134 stanowiły kontrole interwencyjne.

W następstwie przeprowadzonych czynności kontrolnych, właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wydały łącznie 105 decyzji administracyjnych, w tym 63 decyzje skierowano do wytwórców suplementów diety a 42 do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto, właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wydały łącznie 24 decyzje zakazujące wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

2. Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2012r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach badań środków spożywczych, dokonały analiz laboratoryjnych 1404 suplementów diety, w tym 77 produktów pochodzących z państw trzecich, 198 z krajów członkowskich UE oraz 1129 produkcji krajowej. Kierunki badań oraz liczbę zbadanych próbek suplementów diety przedstawia Tabela 17.

Tabela 17.

Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2012r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import (spoza UE)	UE	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne (w tym <i>Salmonella</i> i <i>Listeria</i>)	503	9	65	429
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	250	35	41	174
3	Dozwolone do stosowania w żywności substancje dodatkowe	408	8	40	360
4	Znakowanie	1 159	59	175	925
5	Właściwości organoleptyczne	811	39	91	681
6	Inne parametry	31	3	9	19

Największy odsetek prób zdyskwalifikowanych stwierdzono w przypadku oceny znakowania. Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 59 przypadkach badanych próbek (7 spoza UE, 25 z krajów UE, 27 produktów krajowych). Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie prób produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli 18.

Tabela 18.

Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zakwestionowane.

Rok	Suplementy diety		W tym					
			krajowe		W tym importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zakwestionowano	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane
2012	3 162	4,77%	2 588	2,83%	153	9,09%	421	14,14%

W ramach współpracy z Państwową Inspekcją Farmaceutyczną, inspektorzy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili szereg czynności kontrolnych obiektów znajdujących się pod wspólnym nadzorem urzędowej kontroli (hurtownie farmaceutyczne, apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz sklepy zielarsko-medyczne). Zakres tematyczny kontroli obejmował najczęściej zagadnienia dotyczące: poprawności prezentacji i reklamy oferowanych do sprzedaży produktów spożywczych (suplementy diety, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego), tzn. prezentacja i/lub reklama w sposób umożliwiający ich odróżnienie od produktów leczniczych, obecności reklamy preparatów przeznaczonych do początkowego żywienia niemowląt oraz pozostawiania w obrocie produktów spełniających jednocześnie kryteria produktów leczniczych oraz produktów z grupy suplementów diety lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, bądź produktów zafałszowanych substancjami niedozwolonymi do stosowania w żywności.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poza ustawowym obowiązkiem sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego nad przedsiębiorcami uczestniczącymi na rynku produktów spożywczych, współpracują z innymi Państwami Członkowskimi w Systemie Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF). W 2012r. powiadomieniami alarmowymi stanowiącymi potencjalne zagrożenie dla zdrowia konsumentów objęto przypadek zastosowania w suplementach diety niedeklarowanych substancji o działaniu farmakologicznym (dimetylosildenafil, ikaryna, sildenafil).

NADZÓR ORGANÓW PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ NAD BEZPIECZEŃSTWEM ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO

1. Zakres nadzoru sanitarnego

Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 ust. 3 pkt 43 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2010 r. Nr 136, poz. 914, z późn. zm.), środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego to środek spożywczy, który ze względu na specjalny skład lub sposób przygotowania wyraźnie różni się od środków spożywczych powszechnie spożywanych i zgodnie z informacją zamieszczoną na opakowaniu jest wprowadzany do obrotu z przeznaczeniem do zaspokajania szczególnych potrzeb żywieniowych:

1. osób, których procesy trawienia i metabolizmu są zachwiane lub osób, które ze względu na specjalny stan fizjologiczny mogą odnieść szczególne korzyści z kontrolowanego spożycia określonych substancji zawartych w żywności – taki środek spożywczy może być określany jako „dietetyczny”,
2. zdrowych niemowląt i małych dzieci w wieku od roku do 3 lat.

W roku 2012 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały łącznie 22 wytwórnie środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, czyli wszystkie wytwórnie tego rodzaju środków spożywczych objęte rejestrem przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na podstawie arkusza oceny stanu sanitarnego zostało ocenionych 16 spośród wszystkich wytwórni. W żadnej z nich nie wykazano niezgodności.

Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) stwierdzono w 18 skontrolowanych obiektach, natomiast 17 wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego miało wdrożony system HACCP.

Łączna liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli wyniosła 125, w tym 27 kontroli interwencyjnych.

W roku 2012, w odniesieniu do wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wydano 18 decyzji administracyjnych, w tym 3 zakazujące wprowadzania produktu do obrotu.

Ponadto, z ww. wytwórni pobrano 459 próbek środków spożywczych, z czego 1 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.

Zgodnie z obowiązującym prawem żywnościowym, obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej i wprowadzanej do obrotu żywności, spoczywa na przedsiębiorcach branży spożywczej.



2. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

W 2012 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 5005 próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Kierunki badań oraz liczba próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego zostały przedstawione w Tabeli 19.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import (spoza UE)	UE	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	2616	3	449	2164
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	615	1	153	461
3	Pozostałości pestycydów	183	0	19	164
4	Mikotoksyny	467	20	91	356
5	Zanieczyszczenia azotanami	346	1	26	319
6	Substancje dodatkowe dozwolone	195	3	52	140
7	Obecność GMO	32	0	7	25
8	Znakowanie	3448	28	586	2834
9	Zbadane organoleptycznie	2895	29	595	2271
10	Zanieczyszczenia biologiczne	32	0	5	27
11	Zanieczyszczenia fizyczne	24	0	6	18
12	Inne parametry	341	2	45	294

Tabela 19.

Zakres badań próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego przeprowadzonych w 2012 r.

Spośród wszystkich 5 005 przebadanych próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, największy odsetek (81%) stanowiły próby produktów krajowych – 4 063 próbki. Zbadano 909 próbek produktów z UE (co stanowiło 18% wszystkich badanych próbek) oraz 33 próbki produktów z importu (1% wszystkich zbadanych próbek).

Ogółem zdyskwalifikowano 157 prób produktów, co stanowi 3,14% wszystkich badanych próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

Wśród zdyskwalifikowanych próbek, 30 z nich pochodziło z UE, a 127 było próbkami produktów krajowych. Nie zdyskwalifikowano żadnej próbki produktów pochodzących z importu (spoza UE). Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli 20.

Rok	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego razem		W tym					
	Próbki zbadane	Z tego zakwestionowano	krajowe		W tym importowane (spoza UE)		UE	
			Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane
2012	5005	3,14%	4063	3,13%	33	0%	909	3,30%

Tabela 20.

Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zakwestionowane

Najwięcej – 146 prób produktów – co stanowi 93% wszystkich zdyskwalifikowanych próbek, zakwestionowano ze względu na niewłaściwe oznakowanie. Z powodu innych parametrów zdyskwalifikowano 8 próbek oraz pojedyncze próbki zakwestionowano na podstawie wyników badań w kierunkach: metali szkodliwych dla zdrowia, substancji dodatkowych dozwolonych, organoleptycznie i zanieczyszczeń fizycznych.

DZIAŁANIA PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ W ZAKRESIE EGZEKWCOWANIA USTAWOWEGO ZAKAZU WYTWARZANIA I WPROWADZANIA DO OBROTU ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH

1. Informacje ogólne

Państwowa Inspekcja Sanitarna na podstawie ustawy z dnia 8 października 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1396), która weszła w życie z dniem 27 listopada 2010 r. , została zobowiązana do egzekwowania zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych.

Na podstawie powyższych przepisów, właściwy państwowy inspektor sanitarny zakazuje, w drodze decyzji, wytwarzania i wprowadzania do obrotu produktu, w przypadku stwierdzenia, że produkt ten stwarza zagrożenie życia lub zdrowia ludzi, a także nakazuje wycofanie produktu z obrotu a następnie zniszczenie tego produktu na koszt strony postępowania.

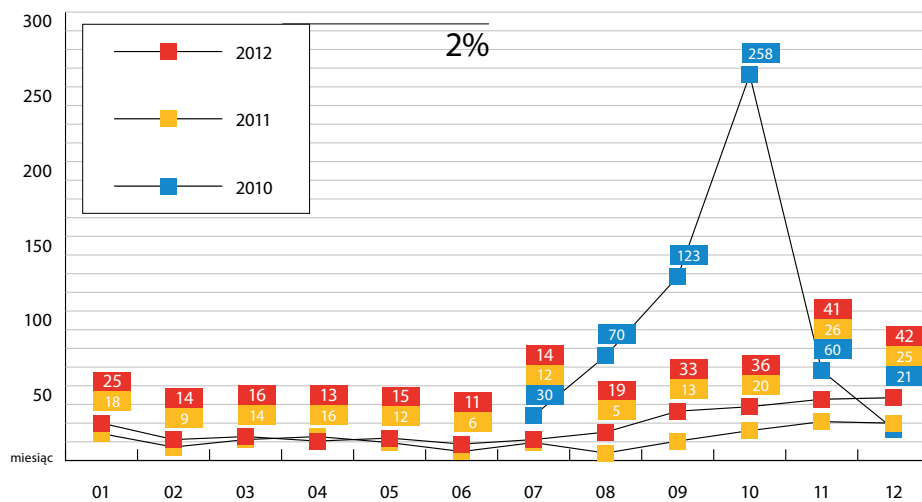
Główny Inspektor Sanitarny ustala kierunki działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz koordynuje i nadzoruje działalność tych organów, jak również informuje opinię publiczną o wydaniu przedmiotowej decyzji.

Kto wytwarza lub wprowadza do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środek zastępczy podlega karze pieniężnej w wysokości od 20000 zł do 1 000 000 zł. Karę pieniężną w drodze decyzji wymierza właściwy państwowy inspektor sanitarny. Kara pieniężna stanowi dochód budżetu państwa.

Zgodnie z art. 27 c. ust. 4 oraz art. 36 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r, Nr 212, poz. 1263 z późn.zm.), koszty niezbędne do przeprowadzenia oceny i badań produktów w kierunku środków zastępczych oraz koszty kontroli ponosi strona postępowania. Pobrane należności pieniężne stanowią dochody budżetu państwa.

2. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie środków zastępczych

Pośrednią miarą skuteczności działań podejmowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, w tym Główny Inspektorat Sanitarny, jest liczba zatruc i podejrzeń zatruc środkami zastępczymi określana przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Toksykologii Klinicznej w systemie monitorowania zatruc i podejrzeń na podstawie raportów województw.

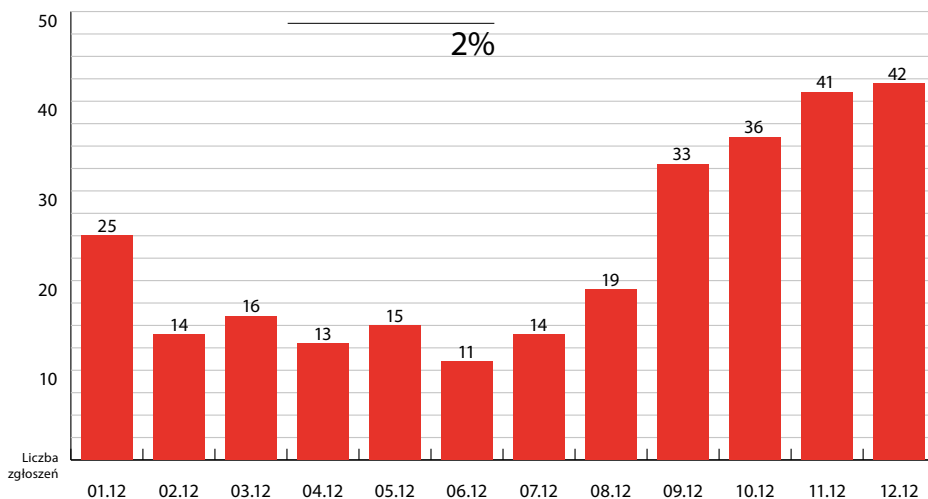


Wykres 15.
Liczba zgłoszeń zatruc i podejrzeń zatruc środkami zastępczymi w poszczególnych miesiącach w okresie październik 2010 r. – grudzień 2012 r.

Dane dotyczące liczby zatruc/podejrzeń o zatrucie środkami zastępczymi

Z przedstawionego wykresu wynika, że sytuacja w październiku 2010 roku była krytyczna. System monitorowania zatruc i podejrzeń zatruc środkami zastępczymi zidentyfikował 258 takich przypadków.

O skuteczności podjętych przez Państwową Inspekcję Sanitarną działań świadczy szybki spadek liczby przypadków do poziomu ok. 20. Podobny poziom był utrzymywany w kolejnych miesiącach 2011 r. i 2012 r.



Wykres 16.
Liczba zgłoszeń zatruc i podejrzeń zatruc w poszczególnych miesiącach 2012 r.

Z wykresu wynika, że w okresie od września do grudnia 2012 r. nastąpił wzrost liczby przypadków zatruc środkami zastępczymi. Najwięcej zgłoszeń było z województw łódzkiego i śląskiego, kolejny wzrost przypadków odnotowano w województwach : dolnośląskim, pomorskim i wielkopolskim.

3. Efekty działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie egzekwowania zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych

W 2012 roku pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili 548 kontroli podmiotów, w związku z wprowadzaniem do obrotu produktów, co do których zachodziło uzasadnione podejrzenie, że stwarzają zagrożenie życia lub zdrowia ludzi.

W wyniku przeprowadzonych kontroli zabezpieczono oraz zatrzymano prawie 20 000 produktów, pobrano 443 próbki do badań laboratoryjnych. W składzie większości przebadanych próbek stwierdzono obecność środków zastępczych oraz kontrolowanych ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii substancji psychotropowych i środków odurzających. W wyniku przeprowadzonych działań złożono 15 wniosków do prokuratury o wszczęcie postępowania w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa.

Wydano nakazy, w wyniku których kwestionowane produkty zostały zniszczone. Na podmioty, które złamały zakaz wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wymierzyły kary pieniężne w łącznej wysokości 495 000 zł.

4. Współpraca z innymi organami i instytucjami badawczymi

Wobec faktu, że zjawisko wprowadzania do obrotu i używania środków zastępczych wymaga skoordynowanych działań zapobiegawczych Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej swoje działania realizują we współpracy z sygnatariuszami zawartego w dniu 26 października 2011 r., z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego, Porozumienia.

Zawarto Porozumienie o współpracy pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym, Szefem Służby Celnej, Komendantem Głównym Policji i Głównym Inspektorem Farmaceutycznym w celu przeciwdziałania wprowadzaniu do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych (również przy wykorzystaniu Internetu).

Współpraca wynikająca z zawartego Porozumienia jest niezbędna w szczególności w odniesieniu do przypadków przywożenia środków zastępczych z innych państw, w tym również z państw członkowskich Unii Europejskiej, tak aby skutecznie zapobiegać wprowadzaniu do obrotu w Polsce środków zastępczych wytwarzanych za granicą, równocześnie respektując przepisy prawa wynikające z członkostwa w Unii Europejskiej.

Produkty sprzedawane jako środki zastępcze wymagają przeprowadzenia badań pod względem ich działania na organizm żywy i bezpośrednich skutków, dlatego też jednostki naukowe: Instytut Medycyny Wsi w Lublinie oraz Zakład Neurofizjologii Uniwersytetu Łódzkiego nawiązały współpracę z Głównym Inspektoratem Sanitarnym. Wyniki badań prowadzonych przez wyżej wymienione instytucje badawcze pozwolą na ocenę wpływu środków zastępczych na organizm z wykorzystaniem metod neurofizjologii behawioralnej oraz metod badania linii komórkowych.

Badania te są innowacyjne z tego względu, że dotychczas prowadzone przez instytucje badania jakościowe pozwalają określić zawartość substancji psychoaktywnych w produktach stanowiących środki zastępcze, nie dają jednak pełnej informacji na temat ryzyka zdrowotnego, ryzyka uzależnienia, efektów ubocznych, skutków przedawkowania, czy skutków ich długotrwałego stosowania.

Departament Nadzoru Nad Środkami Zastępczymi bezpośrednio współpracuje z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Współpraca ta ma charakter wymiany informacji oraz bieżących uzgodnień dotyczących obszaru środków zastępczych, wprowadzanych do obrotu na terenie Polski oraz Europy, na podstawie danych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii.

W dniu 18 kwietnia 2012r. Przewodniczący Rady ds. Przeciwdziałania Narkomanii powołał Zespół roboczy ds. Nowych Substancji Psychoaktywnych przy Radzie ds. Przeciwdziałania Narkomanii, którego przewodniczenie zostało powierzone Dyrektorowi Departamentu Nadzoru nad Środkami Zastępczymi. Do najważniejszych zadań Zespołu należy zaliczyć: rekomendowanie Radzie zmian systemowych oraz rozwiązań prawnych prowadzących do eliminacji sprzedaży środków zastępczych, inicjowanie procesu wprowadzania nowych substancji do załączników ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, monitorowanie pojawiania się nowych rodzajów środków zastępczych, skutków wywołanych ich spożyciem, sposobów dystrybucji i miejsc występowania, opracowanie systemu wymiany informacji pomiędzy organami zajmującymi się tym zagadnieniem w Polsce i UE oraz ocena międzyinstytucjonalnej, międzyresortowej współpracy.

Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi, jako komórka organizacyjna Głównego Inspektoratu Sanitarnego, współpracuje z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie opracowania procedur i wytycznych dotyczących działań podejmowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną w oparciu o art. 44 c ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124) oraz art. 27 c ust. 1 i 3 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Główny Inspektor Sanitarny inicjuje zmiany przepisów prawnych i powstawanie nowych rozwiązań legislacyjnych w zakresie profilaktyki i ograniczania wprowadzania do obrotu środków zastępczych.

Monitoruje prowadzone oceny i badania produktów w kierunku środków zastępczych w toku działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej współpracują z instytutami badawczymi w zakresie oceny wpływu środków zastępczych na zdrowie ludzi, a szczególnie : z Narodowym Instytutem Leków oraz Collegium Medicum UJ w Krakowie.

W czwartym kwartale 2012 roku na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego Narodowy Instytut Leków przeprowadził badania 160 próbek produktów, co do których istnieje podejrzenie, że są środkami zastępczymi, w rozumieniu art. 4 pkt 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Sporządzono pisemną opinię (w formie protokołu badań w stosunku do każdego podmiotu, u którego zabezpieczono próbki) zawierającą skład jakościowy przedmiotowych próbek (w zakresie substancji psychoaktywnych), potwierdzenie lub zaprzeczenie, iż są nowymi narkotykami (według stanu na dzień 2 października 2010 r.) oraz bazując na dostępnym piśmiennictwie naukowym określono wpływ tych substancji na zdrowie lub życie ludzi.

5. Środki zastępcze zidentyfikowane w produktach zabezpieczonych w 2012 r. przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Związki chemiczne zidentyfikowane w produktach zabezpieczonych w 2012 roku przedstawia poniższa tabela. W próbkach produktów wykryto nie tylko środki zastępcze, ale również substancje, których obrót jest kontrolowany na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124).

Tabela 21.

Lista substancji zidentyfikowanych w produktach zabezpieczonych w 2012 r.

Departament Nadzoru Nad Środkami Zastępczymi.
Główny Inspektorat Sanitarny

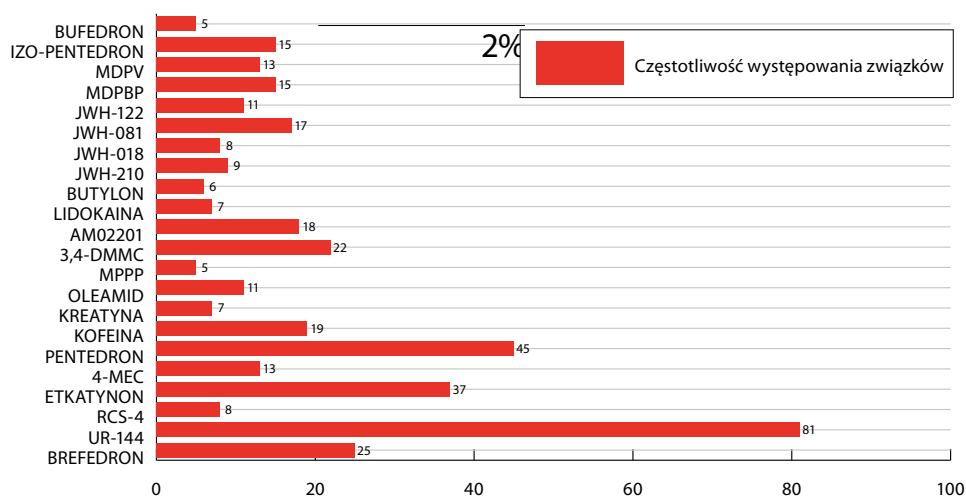
Lp	Związki chemiczne wykryte w produktach w 2012 r.						
	Syntetyczne Kannabinoidy	18	AM-2233	35	Alfa-PVP	50	KREATYNA
1	UR-144	19	AM-1248	36	pMPPP	51	MPA (metiopropamina)
2	RCS-2	20	WIN 48098	37	ETYLON	52	LIDOKAINA
3	AM-2201	Katynony		38	Alfa-PBP	53	KWAS AMINO BENZOESOWY
4	MAM-2201	21	BREFEDRON	Feniloetyloaminy		54	4-METYLO-FENDIMETRAZYNA
5	JWH-022	22	ETKATYNON	39	PEA	Pochodne Tryptaminy	
6	JWH-019 ¹	23	4-MEC ¹	40	2-CE ¹	55	4-HO-MET
7	JWH-250 ¹	24	PENTEDRON	Piperazyny		56	4-AcO-Dmt
8	JWH-210 ¹	25	MPPP ¹	41	MeOPP	Aminokwasy	
9	JWH-018 ¹	26	3,4-DMMC	42	pFPP ¹	57	WALINA
10	JWH-081 ¹	27	BUTYLON ¹	43	TFMPP ¹	58	FENYLOALANINA
11	JWH-200 ¹	28	MDPBP	Inne substancje		59	TYROZYNA
12	JWH-122 ¹	29	MDPV ¹	44	DMAA	60	5-HTP
13	JWH-073 ¹	30	METEDRON ¹	45	SYNEFRYNA	61	PROLINA
14	JWH-203 ¹	31	METYLON ¹	46	2-AI	62	TREONINA
15	APICA (JWH-018 adaman- tyl karboksamid)	32	NAFYRON ¹	47	2-DPMP		
16	AM-694 ¹	33	IZO-PENTEDRON	48	OLEAMID		
17	5F-UR-144	34	BUFEDRON	49	KOFEINA		

1. Substancje, których obrót jest kontrolowany na podstawie ustawy przez ustawę z dn. 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124)

W 2012 r. do najczęściej identyfikowanych środków zastępczych należały następujące związki chemiczne: UR-144, pentedron, etkatynon, brefedron oraz 3,4-DMMC, które zaliczane są do grup syntetycznych kannabinoidów oraz katynonów.

Wykres 17.

Najczęściej identyfikowane związki w środkach zastępczych w 2012 r.



6. Charakterystyka substancji psychoaktywnych w środkach zastępczych, które zostały zidentyfikowane w próbkach produktów zatrzymanych i wycofanych z obrotu przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2012 r.

Zidentyfikowane środki zastępcze należały do następujących grup związków chemicznych: syntetycznych kannabinoidów, katynonów, fenyloetyloamin, piperazyn, tryptamin i innych. Środki zastępcze występowały w różnej postaci, np. suszu roślinnego, proszku, tabletek, saszetek zapachowych oraz kapsułek.

Kannabinoidy – to grupa związków chemicznych, oddziałujących na receptory kannabinoidowe zawarte w mózgu.

Kannabinoidy działają podobnie do delta-9-tetrahydrokannabinolu (THC), głównego składnika aktywnego konopi indyjskich. Charakteryzują się działaniem halucynogennym, uspokajającym oraz depresyjnym. Najczęściej spotykane są w mieszankach ziołowych, czyli w środkach typu „spice” przeznaczonych do palenia.

Katynon jest głównym alkaloidem khatu – czuwaliczka jadalna (tradycyjnie popularny środek roślinny w krajach afrykańskich).

Katynony wykazują właściwości pobudzające.

Do głównych pochodnych katynonów można zaliczyć półsyntetyczny metylokattynon oraz mefedron, metylon czy MDPV (3,4-metylenodioksyriowaleron), które są syntetycznymi związkami chemicznymi.

Pochodne **fenyloetyloaminy** nazywa się wspólnie fenetylaminami.

Fenetylaminami obejmują szereg substancji o działaniu pobudzającym, halucynogennym oraz mogą być entaktogenami. Roślinne alkaloidy to na przykład psychodelik meskalina czy stymulanty efedryna i katyna. Natomiast do syntetycznych substancji psychoaktywnych należą m.in.: amfetamina, metamfetamina i MDMA (3,4-metylenodioksy metamfetamina).

Piperazyna jest organicznym związkiem heterocyklicznym z dwoma azotami w cząsteczce w pozycji 1,4.

Do piperazyn należą mCPP (1-(3-chlorofenilo)piperazyna) oraz BZP (1-benzylpiperazyna), które powodują pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego.

Tryptaminy zawierają szereg substancji o działaniu głównie halucynogennym.

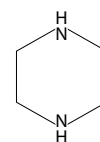
Do przedstawicieli tej grupy można zaliczyć związki chemiczne występujące w stanie naturalnym czyli dimetylotryptamina (DMT), psylocyna i psylocybina, która występuje w grzybach halucynogennych oraz półsyntetyczny dietyloamid kwasu lizergowego (LSD).

W produktach będących środkami zastępczymi oprócz związków charakteryzujących się określonym typem budowy chemicznej oraz specyficznym mechanizmem działania zidentyfikowano również wiele innych związków, które wywołują działanie psychoaktywne. Należą do nich m.in.: dimetkaina, glaucyna, difenyloprolinol czy fluorotropakokaina.

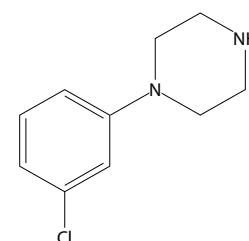
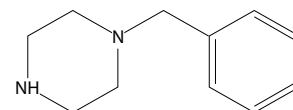
W badanych produktach w 2012 r. najczęściej pojawiającym się związkiem w składzie chemicznym środków zastępczych jest **UR-144-** (1-pentyloindol-3-yl)-(2,2,3,3-tetrametylocyclopropyl) methanone.

UR-144 zalicza się do grupy syntetycznych kannabinoidów. Jest substancją psychoaktywną, która ma silniejsze działanie na organizm człowieka niż THC (tetrahydrokannabinolu). Powoduje m.in. dobry nastrój, brak wrażliwości na ból, przyjemne widzenie, głębokie odprężenie, wzrost wrażliwości słuchu i wzroku. Działania niepożądane to: arytmia serca, zaburzenia czynności ruchowych, przekrwienie oczu, duże wahania ciśnienia krwi, zawroty głowy.

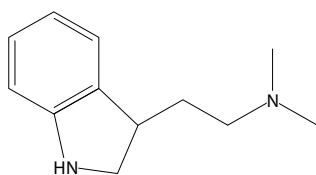
Wzór strukturalny piperazyny:



Wzór strukturalny: BZP
(N-benzylpiperazyna) oraz mCPP
(1-(3-chlorofenilo)piperazyna)



Wzór strukturalny DMT
(3-[2-(dimetyloamino)etylo]indol)

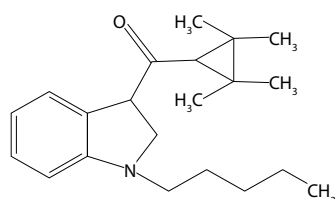


W 2012 r. związek UR-144 występował m.in. występował m.in. w postaci proszku, środka do odstraszania komarów, saszetek zapachowych i ziół.

Następnym związkiem, często identyfikowanym środkiem zastępczym jest **pentedron**, czyli 2-(metylamino)-1-phenyl-pentan-1-one. Jest on syntetycznym związkiem, pochodnym metkatynonu i bufedronu. Działa stymulująco na ośrodkowy układ nerwowy. Pentedron powoduje wzrost samooceny, pobudzenie, wzrost motywacji do działania, empatię, rozmowność. Do działań niepożądanych można zaliczyć: szybkie bicie serca, przyspieszony płytki oddech, zwiększone ciśnienie tętnicze krwi, suchość w ustach, rozszerzenie źrenic.

W 2012 r. pentedron pojawił się w postaci proszku, saszetek zapachowych czy preparatów do czyszczenia komputerów stacjonarnych i laptopów.

Wzór strukturalny UR-144:



Etkatynon [(RS)-2-ethylamino-1-phenyl-propan-1-one] jest kolejnym związkiem, który pojawiał się w zabezpieczonych w 2012 r. produktach. Zaliczany jest do chemicznej grupy pochodnych fenetylaminy, amfetaminy i katynonu. Jest on N-etylową pochodną katynonu i aktywnym metabolitem dietylokatynonu. Etkatynon działa stymulująco, psychoaktywnie i empatogennie, a także wywołuje euforię. Działania niepożądane to: zawroty głowy, obniżona temperatura ciała, zaburzenia koordynacji ruchowej, przyspieszenie czynności serca z zaburzeniami rytmu, zachowanie agresywne z halucynacjami.

W badanych produktach w 2012 r. często występującym środkiem zastępczym była substancja psychoaktywna **brefedron** o nazwie chemicznej: (RS)-1-(4-bromofenylo)-2-metylaminoopropan-1-onu, który należy do grupy katynonów. Używany jako substytut MDMA. Jest najbardziej euforyczny spośród beta-ketonów jako inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny. Wywołuje dość łagodne objawy somatyczne przy silnych objawach psychicznych : euforia, poczucie odrealnienia.

Związek **3,4-DMMC**, czyli 1-(3,4-dimetylofenylo)-2-(metyloamino)propan-1-onu klasyfikuje się do grupy katynonów. 3,4-DMMC może powodować: pobudzenie, euforię, rozszerzenie źrenic, zmiany temperatury ciała, podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi i zaburzenia rytmu serca oraz zawroty głowy.

7. Podsumowanie

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej spowodowały ograniczenie wprowadzania do obrotu środków zastępczych przyczyniając się w ten sposób do zmniejszenia narażenia ich zażywania przez młodych ludzi.

JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ DO SPOŻYCIA

1. Wstęp

Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi sprawowany jest przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej [1], ustawy 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* [2] oraz ustawy z dnia 7 czerwca 2001 roku o *zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków* [3]. Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w *sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* [4] i [5]. Badania jakości wody do spożycia wykonują laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stosownie do ustawy o *zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków*.

2. Zaopatrzenie ludności w wodę

Woda wykorzystywana do zbiorowego zaopatrzenia ludności w 2012 r. w 70% pochodziła z ujęć podziemnych i w 30% z ujęć powierzchniowych. W 2009 r. powyższe proporcje kształtowały się odpowiednio: 68,5% i 31,5%, a w 2010 r. – 69,1% i 30,9%. Obserwuje się więc nieznaczną, lecz stałą tendencję wzrostową do wykorzystywania wody z ujęć podziemnych. Z ujęć powierzchniowych najczęściej pobierają wodę duże wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miejskie i przemysłowe. Należy w tym miejscu zauważyć, że ogólny pobór wody na cele eksploatacji sieci wodociągowej w Polsce w kolejnych latach stopniowo maleje: w 2008 r. wynosił 2 103,5 hm³, w 2009 r. – 2 067,3 hm³, w 2010 r. – 2 062,4 hm³, a w 2011 r. spadł do 2 033,0 hm³. W ciągu 4 lat pobór wody na cele zbiorowego zaopatrzenia ludności w Polsce zmniejszył się o 70,5 hm³, co stanowi spadek o ok. 3,5% w rozpatrywanym okresie. Jest to kontynuacja tendencji spadkowej od momentu wprowadzenia wodomierzy przed dwoma dekadami oraz podwyższenia cen wody.

Zgodnie z rozporządzeniem MZ woda jest w pełni bezpieczna dla zdrowia jeśli spełnia określone w nim wymagania. Przekroczenie parametrów wymaga każdorazowo dokonania oceny zagrożeń i oszacowania ryzyka potencjalnych zagrożeń dla zdrowia konsumentów oraz określenia jej przydatności do spożycia. Ocena jakości wody jest sporządzana osobno dla każdego wodociągu.

Przepisy o *zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków* regulują zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność. Struktura przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych w 2012 r. została przedstawiona w Tabeli 22.

Tabela 22.

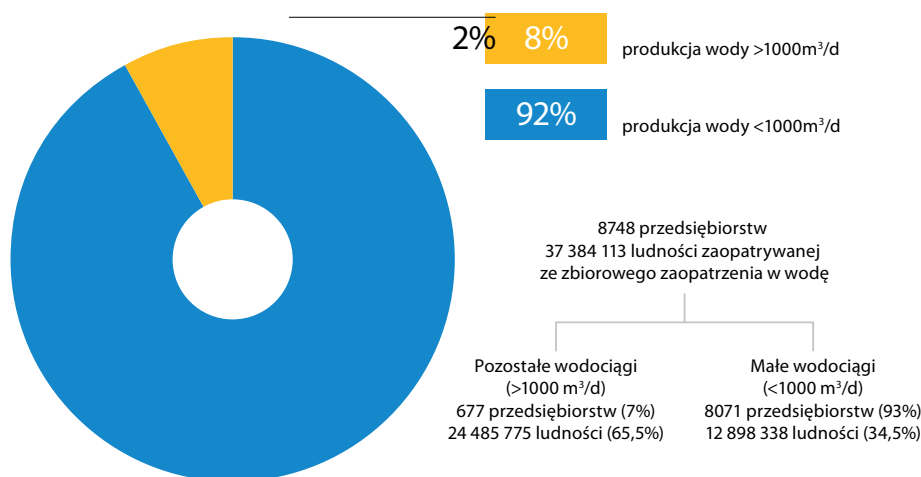
Struktura przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych w 2012 r.

Wodociągi o produkcji [m ³ /d]	Liczba urządzeń dostarczających wodę			Liczba ludności zaopatrywanej w wodę	
		łącznie	odpowiadającą wymaganiom	łącznie	odpowiadającą wymaganiom
≤100	1	3 960	3 627	3 740 375	3 556 218
101–1 000	2	4 111	3 843	9 157 963	8 637 516
1 001–10 000	3	605	573	10 920 749	10 514 231
10 001–100 000	4	68	66	9 112 345	8 848 505
>100 000	5	4	4	4 452 711	4 452 711
SUMA	6	8 748	8 113	37 384 113	36 009 181

W kraju mamy 8 748 wodociągów zaopatrujących w wodę około 37 mln ludności. Poważnym problemem w procesie zbiorowego zaopatrzenia w wodę jest nadmierne rozproszenie przedsiębiorstw. Małe wodociągi, czyli produkujące <1 000 m³ wody na dobę stanowią 93% wszystkich przedsiębiorstw i zaopatrują około 13 mln ludności, co stanowi 34,5% całej zaopatrywanej w wodę ludności. Zależności te przedstawiono na Rysunku 2.

Rysunek 2.

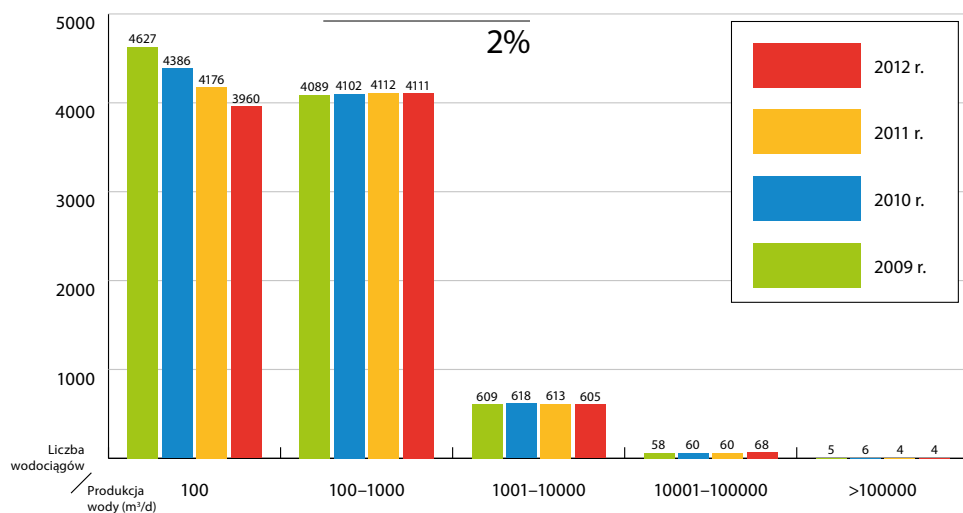
Liczba przedsiębiorstw produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności



Oprócz przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, w tym podmiotów obejmujących zakresem swojej działalności zbiorowe zaopatrzenie w wodę, istnieją również inne podmioty, jak np. szpitale i szkoły posiadające własne ujęcia, które produkują wodę na potrzeby własne. Nie są one objęte obowiązkowym nadzorem. W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych w roku 2012 znajdowało się 2 675 tego typu podmiotów. Dla porównania, w 2011 r. było to 2 590 podmiotów, a w 2010 r. – 2 858.

Jak wynika z powyżej przedstawionych danych w kraju mamy dużą liczbę „małych wodociągów”. Istnieje wprawdzie tendencja do zmniejszania ich liczby, co zostało przedstawione na wykresie nr 18, niemniej jednak spadek ten przebiega bardzo powoli. Biorąc pod uwagę fakt, iż największy odsetek ludności zaopatrywany jest w wodę nieodpowiadającą wymaganiam rozporządzenia Ministra Zdrowia [4] przez małe wodociągi oraz w związku z koniecznością wypełnienia obowiązków traktatowych związanych z prawidłowym i pełnym wdrożeniem dyrektywy 98/83/WE [6] w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi przede wszystkim przez małe wodociągi, istotnym jest rozważenie zasadności podążania w kierunku konsolidacji małych przedsiębiorstw, tak aby mogły one podołać rygorystycznym wymaganiom dyrektywy 98/83/WE [6]. Zarządzanie bezpieczeństwem zdrowotnym wody przez odpowiednio wykształconych specjalistów, wprowadzenie kontroli wewnętrznej, jak również stworzenie możliwości zastosowania, o ile to konieczne, nowych (drogich) technologii uzdatniania, a także stworzenie możliwości wymiany lub renowacji sieci wpłynęłyby znacznie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego wody w małych wodociągach.

W Polsce około 37,7 mln ludności jest zaopatrywanych w wodę ze zbiorowego systemu zaopatrzenia w wodę do spożycia, natomiast pozostała część zaopatruje się w wodę pochodzącą z indywidualnych ujęć np. z przydomowych studni.



Wykres 18.

Liczba urzędzeń produkujących wodę w latach 2009–2012

Według informacji Głównego Urzędu Statystycznego dotyczących infrastruktury komunalnej, na koniec 2011 roku sieć wodociągowa rozdzielcza wynosiła ponad 278 tys. km i zwiększyła się w stosunku do roku poprzedniego o 2% (tj. o ok. 5 tys. km). W układzie przestrzennym największe zagęszczenie sieci występuje na terenach województw: śląskiego, kujawsko-pomorskiego, łódzkiego i małopolskiego, najmniejsze na terenach województw: zachodniopomorskiego i lubuskiego. Sieć na terenach wiejskich stanowi prawie 78% całkowitej długości sieci w Polsce. W 2011 roku na wsi przybyło ponad 4 tys. km nowej sieci. Największy przyrost sieci na terenach wiejskich miał miejsce w województwach: mazowieckim, zachodniopomorskim, wielkopolskim i warmińsko-mazurskim.

W 2012 r. około 95% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego, o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia [4], a pozostałe 5% miało dostęp do wody warunkowo dopuszczonej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Małych wodociągów (produkujących poniżej 100 m³ wody/dobę) w rozpatrywanym okresie było 3960 (w tym skontrolowanych – 3932, co stanowi 99%). Wśród nich 3627 dostarczało wodę zgodną z wymaganiami. Wodociągów produkujących od 101 do 1 000 m³ wody/dobę zarejestrowano 4 111 (w tym skontrolowanych – 4 111). Wśród tej grupy 93,5% dostarczało wodę spełniającą wymagania określone w ww. rozporządzeniu. Wodociągów produkujących wodę od 1 001 do 10 000 m³/dobę było 605 (w tym skontrolowanych – 605). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 95%. Wodociągów produkujących od 10 001 do 100 000 m³ wody/dobę było 68 (w tym skontrolowanych – 68). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 97%. Natomiast cztery największe wodociągi, produkujące powyżej 100 000 m³/dobę dostarczały wodę do spożycia w 100% zgodną z wymaganiami. Dane dotyczące ludności zaopatrywanej w wodę odpowiadającą wymaganiom przedstawiono w Tabeli 22.



3. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia [4]

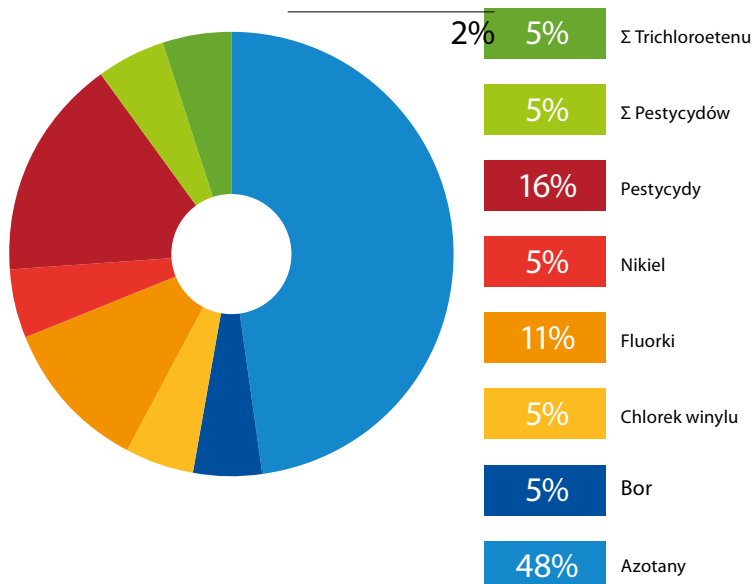
Woda jest niezbędna do utrzymania życia i powinna być o właściwej jakości i w odpowiedniej ilości dostępna dla wszystkich konsumentów. W celu stwierdzenia, że woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego badania wody prowadzone są metodami i w zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia [4]. 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. Stanowią one swoisty wskaźnik zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody i ich obecność w wodzie wiąże się z koniecznością podjęcia natychmiastowych działań naprawczych. Od tych parametrów nie może być żadnych odstępstw. W roku 2012 Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach nadzoru sanitarnego nad zaopatrzeniem zbiorowym w wodę wykonywała badania zarówno w kierunku obecności *Escherichia coli* jak i w kierunku enterokoków. Wykazano 39 przypadków przekroczeń dotyczących występowania *Escherichia coli* oraz 23 przekroczenia dotyczące występowania enterokoków, które miały miejsce głównie w małych wodociągach. W takich przypadkach organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały decyzje stwierdzające brak przydatności wody do spożycia i obligujące wodociąg do podjęcia natychmiastowych działań naprawczych. Skuteczność tych działań zawsze jest potwierdzana uzyskanymi dwukrotnie pozytywnymi wynikami badań mikrobiologicznych. Efektywność tych działań potwierdza brak epidemii chorób wodopochodnych.

Analiza przekroczeń parametrów z załącznika nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia [4]

Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia [4] szczegółowo określa dopuszczalne stężenia parametrów chemicznych o istotnym i bezpośrednim znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. W przypadku stwierdzenia w badaniach monitoringowych przekroczeń dopuszczalnych wartości określonych w załączniku nr 2 (łącznie 27 parametrów), organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnione są do udzielania odstępstw od wymagań dla danego parametru chemicznego na wniosek właściwego przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjnego. Udzielenie zgody jest dopuszczalne, jeżeli nie będzie stanowić potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie będzie mogło być zrealizowane za pomocą innych środków. Wniosek o zgodę na odstępstwo składany do właściwego państwowego inspektora sanitarnego zawiera szereg niezbędnych do oceny zasadności wydania zgody danych, tj. wskazanie przyczyn występowania w wodzie dopuszczalnych przekroczeń parametrów, określenie działań podejmowanych przez przedsiębiorstwo wodociągowo-kanalizacyjne w celu uzyskania poprawy jakości wody, określenie obszaru zaopatrzenia w wodę i liczby ludności zaopatrywanej w wodę, określenie harmonogramu działań naprawczych oraz działań sprawdzających efektywność procesów naprawczych. Wszystko to ma na celu umożliwienie podmiotom produkującym wodę stopniowego doprowadzania wody do właściwej jakości. Naczelnym 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 współlistniejącego narażenia na inne substancje toksyczne, zwłaszcza za pośrednictwem wody przeznaczonej do spożycia.

W roku 2012 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły 19 odstępstw na 8 parametrów z załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia [4]. Największa liczba przekroczeń dopuszczalnych stężeń parametrów dotyczyła azotanów – 9 udzielonych odstępstw. Wśród pozostałych przekroczonych parametrów odnotowano 10 odstępstw na parametry takie jak: bor, chlorek winylu, fluorki, nikiel, pestycydy, Σ pestycydów, Σ trichloroetenu, co zostało przedstawione w Tabeli 23 oraz na Wykresie 19.



Wykres 19.
Procent poszczególnych parametrów w całkowitej liczbie udzielonych odstępstw w 2012 r.

Liczba odstępstw ¹						
	Parametry	I odstępstwo		II odstępstwo		SUMA (liczba odstępstw łącznie)
		łącznie obowiązujących (stan na 31.XII.2012 r.)	w 2012	łącznie obowiązujących (stan na 31.XII.2012 r.)	w 2012	
1	Azotany	22	8	3	1	25
2	Bor	3	0	2	1	5
3	Chlorek winylu	1	1	0	0	1
4	Fluorki	4	2	0	0	4
5	Nikiel	5	1	2	0	7
6	Pestycydy	2	2	1	1	3
7	Σ Pestycydów	1	1	0	0	1
8	Σ Trichloroetenu	1	1	1	0	2
	SUMA	39	16	9	3	48

Tabela 23.
Całkowita liczba dotychczas udzielonych odstępstw przez organy PIS, w tym w 2012 r.

1. Nie zanotowano żadnego przypadku III odstępstwa

Największa liczba udzielonych przez organy inspekcyjne zgód na odstępstwo w 2012 r. jak i w 2011 r. była przyznana w zakresie azotanów. Skażenie wody azotanami zachodzi poprzez przenikanie tych związków z pól uprawnych oraz ze ścieków komunalnych do wód powierzchniowych i gruntowych. Wody skażone azotanami stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia, szczególnie dla zdrowia noworodków i małych dzieci, co może spowodować zachorowanie na methemoglobinię i niedokrwistość. Mogą być również źródłem nitrozoamin, związków o działaniu rakotwórczym i mutagennym. Dlatego właśnie monitoring jakości wody przeznaczonej do spożycia stanowi tak ważny aspekt w nadzorze nad jej bezpieczeństwem zdrowotnym.

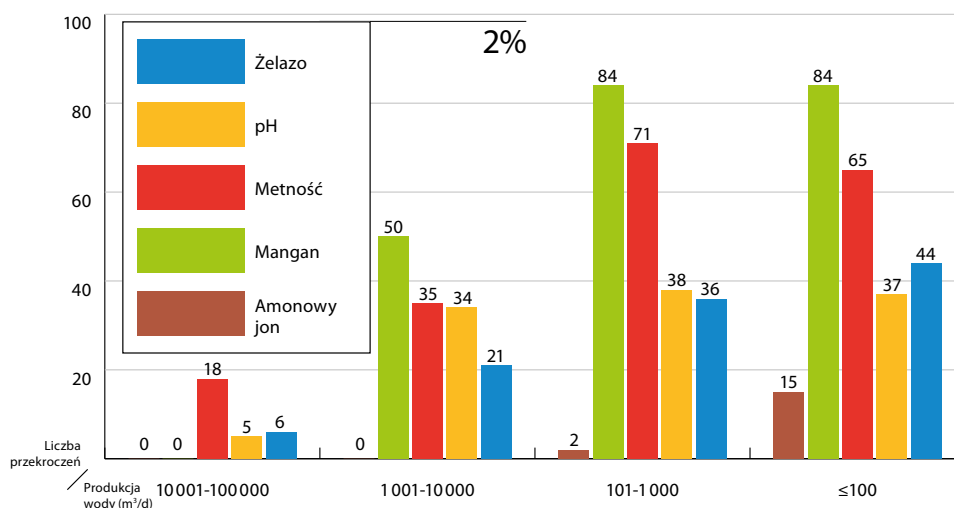
4. Analiza przekroczeń wybranych parametrów z załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia [4]

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi [4] wyszczególnia również w załączniku nr 3 do rozporządzenia, dodatkowe wymagania mikrobiologiczne, organoleptyczne, fizykochemiczne oraz radiologiczne, jakim powinna odpowiadać woda, pozwalające stwierdzić poprawność i skuteczność uzdatniania wody. Ryzyko zdrowotne spowodowane związkami chemicznymi zawartymi w wodzie do spożycia różni się od zagrożenia spowodowanego zanieczyszczeniami mikrobiologicznymi, głównie z uwagi na fakt, że zanieczyszczenia chemiczne na ogół nie wywołują natychmiastowych skutków. Istnieje bowiem tylko niewiele składników chemicznych wód, które mogą prowadzić do wystąpienia ostrych problemów zdrowotnych. Problemy związane ze związkami chemicznymi z załącznika nr 3 do rozporządzenia występującymi w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi wynikają głównie z ich zdolności do wywoływania niepożądanych skutków zdrowotnych po dłuższym okresie spożywania zanieczyszczonej wody i nie stanowią bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia. Jednak i w tym przypadku przekroczenie wartości określonej w załączniku nr 3 do rozporządzenia [4] należy rozpatrywać indywidualnie, a przed podjęciem decyzji należy ocenić zagrożenia zdrowotne i oszacować ryzyko.

O walorach smakowych i jakościowych wody decyduje jej skład. Konsument przede wszystkim ocenia jakość wody po jej smaku, barwie i zapachu, czyli wskaźników organoleptycznych pozwalających na sklasyfikowanie wody przez konsumenta jako bezpiecznej i zdrowej. Na wykresie nr 20 przedstawiono najczęściej stwierdzone przekroczenia parametrów z załącznika nr 3 [4]. Najwięcej przekroczeń jakości wody z załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia [4] odnotowano dla następujących parametrów: mangan, żelazo, mętność, pH oraz jon amonowy. W roku 2012 największą ilość przekroczeń wykazano dla manganu. W wodzie produkowanej przez przedsiębiorstwa o dobowej produkcji poniżej 1 000 m³ wody na dobę, liczba przekroczeń manganu była największa. Sytuacja dotycząca parametrów takich jak mętność i żelazo przedstawia się podobnie. Najliczniejsze przekroczenia tych parametrów stwierdzono w wodzie pochodzącej z przedsiębiorstw wodociągowych o najmniejszej dobowej produkcji wody, zaś najmniejszą ich liczbę w wodociągach o dobowej produkcji wody powyżej 100 000 m³/d, co przedstawiono na Wykresie 20.

Wykres 20.

Liczba przekroczeń parametrów chemicznych z załącznika nr 3 w odniesieniu do produkcji wody



Ponieważ w 70% woda przeznaczona do spożycia pochodzi z ujęć podziemnych, może ona zawierać wyższe stężenia żelaza i manganu. Beztlenowe wody podziemne mogą zawierać jony żelaza (II) w stężeniach osiągających kilka miligramów na liter, nie wywołując niepożądanego zabarwienia czy mętności wody, jeśli jest ona pompowana bezpośrednio ze studni. Jednakże, w wyniku kontaktu wody z powietrzem atmosferycznym jon żelaza (II) utlenia się do jonu żelaza (III) powodując czerwono-brązowe zabarwienia wody. Żelazo natomiast sprzyja wzrostowi bakterii, które czerpią energię z utleniania jonu żelaza (II) do żelaza (III) i tworzą maziste osady pokrywające przewody

wodociągowe. W stężeniach poniżej 0,3 mg żelaza na litr zazwyczaj nie stwierdza się wyczuwalnego specyficznego smaku wody, chociaż już takie stężenia mogą powodować mętnienie wody i zmianę jej zabarwienia.

Pomimo, że stężenia manganu w ilości 0,5 mg/litr są zazwyczaj akceptowane przez konsumentów (zależy to od warunków lokalnych), może się zdarzyć, że przy przekroczeniu tego stężenia mangan wywołuje niepożądany smak napojów. Obecność manganu w wodzie do spożycia, tak jak i żelaza może powodować w sieci dystrybucyjnej powstawanie osadów. Już nawet stężenie manganu równe 0,02 mg/litr może powodować tworzenie się osadów odrywających się w postaci czarnej zawiesiny. Również mikroorganizmy powodują odkładanie manganu w komórkach co stwarza problemy ze smakiem, zapachem i mętnością wody dostarczanej siecią wodociągową do konsumenta. Przekroczone wartości mętności w wodzie rozprowadzanej sieciami dystrybuującymi mogą być skutkiem nieprawidłowego procesu uzdatniania wody. Woda o wysokiej mętności może chronić mikroorganizmy przed działaniem dezynfekcyjnym i może pobudzać wzrost bakterii. Dlatego kiedy woda jest dezynfekowana, mętność musi być niska, aby procesy dezynfekcyjne mogły być prowadzone skutecznie.

W wodach podziemnych bardzo często spotyka się również przekroczone stężenia amoniaku. Występujący w większych ilościach w wodzie może zmniejszać skuteczność procesów dezynfekcji, jak również może powodować powstawanie chloroamin – produktów ubocznych dezynfekcji chlorem oraz przyczyniać się do powstawania azotynów w wodzie wodociągowej oraz powodować nieskuteczne usuwanie manganu. Zanieczyszczenie antropogeniczne wody amoniakiem w połączeniu z występowaniem bakterii fekalnych i nadmierną ilością chlorków jest wskaźnikiem zanieczyszczenia fekalnego wody. Analizować należy wówczas wyniki badań mikrobiologicznych. Amoniak nie ma bezpośredniego wpływu na zdrowie ludzi, dlatego w wodzie niepoddawanej dezynfekcji może występować w zawartości do 1,5 mg/l.

5. Turniej mistrzostw Europy w piłce nożnej UEFA EURO 2012

Mając na uwadze bezpieczeństwo zdrowotne zarówno konsumentów jak i gości przybywających do Polski na Turniej Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 jak również w celu sprawnej organizacji nadzoru sanitarnego nad przygotowaniem oraz przebiegiem Turnieju Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej, w październiku 2010 r. Główny Inspektor Sanitarny wydał Zarządzenie w sprawie wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego turnieju UEFA EURO 2012 w Polsce. Zgodnie z ww. Zarządzeniem w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2012 r. podejmowały działania mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego zarówno konsumentów wody jak i krajowych użytkowników obiektów sportowych, hotelowych i rekreacyjnych w tym gości przybywających do Polski w zakresie nadzoru nad jakością wody przeznaczoną do spożycia przez ludzi, jak również przeprowadzono liczne kontrole pływalni, aquaparków, pływalni w obiektach hotelowych oraz kąpielisk w Miastach Gospodarzach i w sąsiedztwie tych miast.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły bieżący nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w zakresie kontroli nad jakością wody produkowanej i dostarczanej przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne w ramach monitoringu kontrolnego i przeglądownego, który przeprowadzony był zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2007 roku, nr 61, poz. 417, z późn. zm.). Ponadto w zakresie bieżącego nadzoru nad jakością wody do spożycia dokonano aktualizacji danych teleadresowych przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych odpowiedzialnych za zbiorowe zaopatrzenie w wodę do spożycia. Przedsiębiorstwa wodociągowe zostały zobowiązane do wzmożenia wewnętrznej kontroli jakości wody, kontroli stanu sanitarno-technicznego ujęć wody dla celów konsumpcyjnych, procesów uzdatniania wody oraz przygotowania planów awaryjnego zaopatrzenia w wodę. Jednocześnie, zgodnie z Wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego badano jakość wody w miejscach awaryjnego poboru, zweryfikowano plany wykonania „tymczasowych” instalacji wodociągowych i punktów czerpalnych wody w miejscach imprez EURO 2012. Podczas kontroli w obiektach związanych z obsługą EURO 2012 m.in. szpitalach, hotelach czy punktach zakwaterowania MON i MSW sprawdzono także stan techniczny instalacji wody zimnej i ciepłej. Skontrolowano studnie publiczne i uaktualniono ich oznakowanie określające przydatność wody do spożycia.

Jednocześnie w ramach nadzoru nad jakością wody kontrolowano jakość wody na pływalniach na podstawie art. 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz ustawę z dnia 8 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.), w celu zapewnienia, że jakość wody w której kąpią się ludzie odpowiada wymaganym warunkom i nie będzie zagrażała ich zdrowiu i życiu.

Dodatkowo przeprowadzono kontrole jakości wody we wszystkich kąpieliskach i miejscach wykorzystywanych do kąpeli. Należy zaznaczyć, że od roku 2011 nadzór nad jakością wody w kąpielisku sprawowany był zgodnie z przepisami dyrektywy 2006/7/WE [7] implementowanej do prawodawstwa polskiego w 2010 roku, która zastrzyła kryteria i wymagania dotyczące oceny jakości wody w kąpielisku.

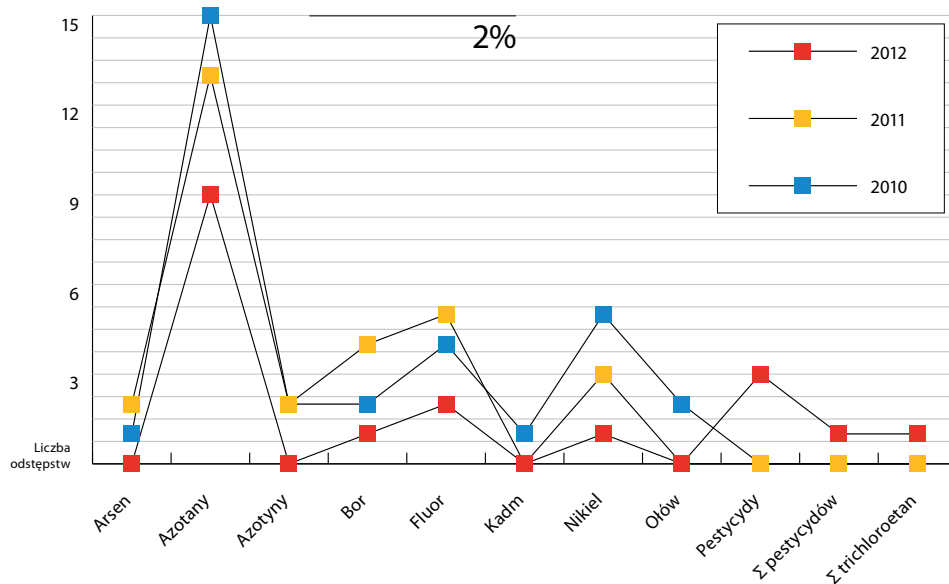
Kolejnym działaniem podjętym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w związku z organizacją przez Polskę Mistrzostw w Piłce Nożnej EURO 2012, było zabezpieczenie przed wystąpieniem w instalacjach ciepłej wody użytkowej bakterii z grupy *Legionella* w hotelach, centrach pobytowo-treningowych oraz pozostałych obiektach noclegowych przeznaczonych przede wszystkim dla gości, uczestników i kibiców Turnieju UEFA EURO 2012. Zobowiązano właścicieli/zarządców/administratorów ww. obiektów do przeprowadzenia badań jakości wody w instalacjach ciepłej wody użytkowej oraz informowano o możliwych konsekwencjach braku lub niedostatecznej kontroli wewnętrznej i ryzyku związanym z występowaniem pałeczek *Legionella* w instalacjach. Zgodnie z Wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły również liczne kontrole ww. obiektów na obecność bakterii z rodzaju *Legionella*. Przed rozpoczęciem turnieju EURO odnotowano jedno istotne przekroczenie dopuszczalnej liczby bakterii w próbkach wody pobranych w hotelu w jednym z miast gospodarzy turnieju, który został wybrany na centrum pobytowe drużyny piłkarskiej w czasie EURO 2012. Właściciele/zarządcy obiektów podjęli natychmiastowe działania naprawcze i doprowadzili jakość wody do zgodności z wymaganiami sanitarnymi.

6. Podsumowanie

Ubiegły rok był rokiem szczególnym dla organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze względu na odbywający się w Polsce turniej UEFA EURO 2012, co skutkowało koniecznością przeprowadzenia większej liczby badań laboratoryjnych wody przeznaczonej do spożycia, wody w kąpieliskach i na pływalniach oraz ciepłej wody użytkowej.

W roku 2012, podobnie jak rok wcześniej, około 95% konsumentom dostarczano wodę w ramach zbiorowego zaopatrzenia zgodną z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia [4], natomiast około 5% mieszkańcom dostarczano wodę warunkowo dopuszczoną do spożycia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły odstępstw na 7 parametrów, określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia [4]. Porównanie liczby udzielanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej odstępstw w latach 2010–2012 przedstawia poniższy wykres. Do chwili obecnej nie udzielono trzeciego odstępstwa.

Krajowym problemem w zaopatrzeniu w wodę jest nie zawsze skuteczne zarządzanie bezpieczeństwem zdrowotnym wody w małych wodociągach. Wśród nich stwierdza się wyższą (w stosunku do większych wodociągów) liczbę przekroczeń parametrów mających wpływ na jakość wody. Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się tendencję spadkową liczby ujęć wody/wodociągów o produkcji wody <100 m³/d w wyniku ich przyłączenia do dużych wodociągów. Proces ten jest korzystny i pożądany, ponieważ przyczynia się do poprawy jakości wody. Duże przedsiębiorstwa wodociągowe dostarczają wodę o stabilnej jakości, posiadają w większości nowoczesne technologie uzdatniania wody, w większości wprowadziły lub wprowadzają systemy zarządzania jakością z serii norm 9000, 14000 lub HACCP. Korzystnie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego wody wpłynęłaby także konsolidacja przedsiębiorstw wodociągowych. W wielu gminach prowadzących zaopatrzenie w wodę przy pomocy własnych jednostek (zakłady budżetowe, spółki) brak jest odpowiednio wykwalifikowanej kadry potrafiącej ocenić ewentualne zagrożenia, ustalić punkty krytyczne, oszacować ryzyko pojawiania się zdarzeń mogących negatywnie wpływać na jakość wody. Dokładna analiza zagrożeń powinna być podstawą podejmowania działań minimalizujących ich pojawianie się w przyszłości. Należy kłaść szczególny nacisk na zapobieganie niekorzystnym zjawiskom a nie na usuwanie ich skutków.



Wykres 21.

Liczba udzielonych odstępstw w latach 2010–2012

Wzrasta również świadomość 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.

Nadzór nad bezpieczeństwem zdrowotnym wody musi być nadal rozwijany w obszarach takich jak:

1. Sprawowanie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzoru nad wszelkiego rodzaju wodami zgodnie z zaleceniami dyrektywy 98/83/WE [6].
2. Objęcie skuteczną kontrolą wewnętrzną wszystkich ujęć wody do spożycia, także indywidualnych, przy zachowaniu roli Państwowej Inspekcji Sanitarnej jako organu nadzorującego jej sposób prowadzenia, doradzającego w sprawie zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym i minimalizowania ich skutków.
3. Stosowaniu systemu wielobarierowości polegającym na:
 - a. skutecznej ochronie ujęć wody,
 - b. właściwym projektowaniu, budowaniu i eksploataowaniu sieci i instalacji wodociągowych,
 - c. stworzenie systemu nadzorowania materiałów i wyrobów stosowanych do kontaktu z wodą do spożycia.
4. Zapewnienie właściwego funkcjonowania instalacji wewnętrznych w budynkach tak, aby nie były przyczyną wtórnego zanieczyszczenia i pogorszenia jakości wody oraz nałożenie na właścicieli instalacji obowiązku okresowej kontroli jakości rozprowadzanej wody.
5. Utworzenie systemu gwarantującego bezpieczeństwo zdrowotne poprzez:
 - a. stosowanie dobrych praktyk (opracowanie wytycznych, zaleceń),
 - b. utworzenie systemu certyfikacji pracowników, tak aby zapewnić niezbędny poziom wiedzy z zakresu zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym.

Bibliografia:

1. Ustawa z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.)
2. Ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne (Dz. U. z 2012 r., poz. 145, z późn. zm.)
3. Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 roku o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2006 roku, Nr 123, poz. 858 z późn. zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417, z późn. zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2010 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 72, poz. 466).
6. Dyrektywy Rady 98/83/WE z dnia 3 listopada 1998 r. W sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. UE L. 98.330.32)
7. 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. L 64 z 04.03.2006 r.).





KĄPIELISKA

1. Wstęp

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. U. UE. L. 06.64.37) [1] implementowana do polskiego prawa ustawą z dnia 4 marca 2010 r. *o zmianie ustawy Prawo wodne* (Dz. U. z 2010 r., Nr 44, poz. 253) [2] stanowiącą nowelizację ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* (Dz. U z 2005 r. Nr 267, poz. 2255, z późn. zm.) [3] zmienia dotychczasowe podejście do zagadnienia wyznaczania kąpielisk i zarządzania nimi, w tym nadzorowania jakości wody w kąpielisku i sposobu jej oceny oraz klasyfikacji. Woda w kąpieliskach jest tu traktowana jako pewien element środowiska, której jakość jest bezpośrednio uzależniona od stanu tego środowiska. Zgodnie z preambułą Dyrektywy woda jest deficytowym zasobem naturalnym i koniecznym jest, aby każde Państwo Członkowskie objęło ją należytą ochroną. Polityka Wspólnoty Europejskiej poprzez swoje akty prawne dąży do ciągłej poprawy stanu środowiska, w tym wód. Dyrektywa Rady 76/160/EWG z dnia 8 grudnia 1975 r. *dotycząca jakości wody w kąpieliskach* [4] określając parametry jakości wody w kąpieliskach, które Państwa Członkowskie musiały osiągnąć w ciągu 10 lat od jej notyfikacji, stawiała za cel ochronę środowiska i zdrowia publicznego, poprzez zmniejszenie zanieczyszczenia wody w kąpieliskach oraz ochronę wody przed dalszym zanieczyszczeniem. Obecna Dyrektywa 2006/7/WE realizując zobowiązanie do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony wody w kąpieliskach, wprowadza element zarządzania jakością wody w kąpielisku. Podstawą środków zarządzania jakością wody w kąpieliskach jest podejmowanie wszelkich działań mających na celu lepsze rozpoznawanie ryzyka, co w szczególności wpływa na poprawę jakości wody.

2. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów

Zakresy odpowiedzialności poszczególnych podmiotów:

Wójt, burmistrz, prezydent miasta – organ wykonawczy samorządu gminnego, odpowiada za sprawy organizacyjne związane z wyznaczaniem kąpielisk i prowadzeniem ewidencji, tj.:

- ustawa *Prawo wodne*, art. 4 – jeden z organów odpowiedzialnych za gospodarowanie wodami,
- przygotowuje projekt uchwały obejmujący wykaz planowanych kąpielisk sporządzony po rozpatrzeniu wniosków złożonych przez organizatorów kąpielisk oraz wydzielonych fragmentów wód powierzchniowych, na których planuje utworzyć kąpieliska, dla których będzie organizatorem,
- podaje do publicznej wiadomości projekt uchwały obejmujący wykaz planowanych kąpielisk, rozpatruje zgłoszone uwagi oraz propozycje,
- przekazuje projekt uchwały do zaopiniowania właściwemu: dyrektorowi regionalnego zarządu gospodarki wodnej, wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska i państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, a w przypadku kąpielisk położonych na polskich obszarach morskich, również właściwemu terytorialnie dyrektorowi urzędu morskiego,
- prowadzi i aktualizuje ewidencję kąpielisk [5],
- przekazuje na wniosek właściwego inspektora sanitarnego właściwym organom w sprawach gospodarowania wodami, informacje zawarte w prowadzonej przez niego ewidencji,
- rozpowszechnia informacje o wprowadzonym zakazie kąpielii za pomocą środków masowego przekazu.

Rada gminy –

- ustawa *o samorządzie gminnym*, art. 7 ust. 1 – zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy [6]. W szczególności zadania własne obejmują sprawy (...) 5) ochrony zdrowia, (...) 10) kultury fizycznej i turystyki, w tym terenów rekreacyjnych i urządzeń sportowych,
- zatwierdza projekt uchwały wyznaczającej kąpieliska.

Organizator kąpieliska – odpowiada za sprawy techniczne związane z prowadzeniem kąpieliska, tj.:

- zorganizowanie kąpieliska i utrzymanie infrastruktury przy nim zlokalizowanej,
- wnioskuje o wyznaczenie uchwałą i umieszczenie w ewidencji kąpielisk na terenie gminy,
- aktualizuje dane, które zgodnie z ustawą zobowiązany jest dostarczyć właściwemu wójtowi, burmistrzowi, prezydentowi,
- oznakowuje kąpielisko,
- sporządza profil wody w kąpielisku [7],
- prowadzi kontrolę wewnętrzną zgodnie z art. 163 ustawy *Prawo wodne*,
- ustala wspólnie z inspektorem sanitarnym harmonogram poboru próbek,
- systematycznie wizualnie nadzoruje kąpielisko,
- zleca badanie jakości wody laboratoriom upoważnionym ustawowo (laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria zatwierdzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej),
- niezwłocznie przekazuje wyniki badania wody właściwemu inspektorowi sanitarnemu celem dokonania oceny jej jakości,
- informuje właściwego inspektora sanitarnego o wystąpieniu zmian mogących mieć wpływ na jakość wody w kąpielisku oraz o zawieszeniu harmonogramu badań wody w kąpielisku,
- informuje kąpiące się osoby o jakości wody w kąpielisku i o zaleceniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- ustala przyczynę ewentualnego zanieczyszczenia wody i podejmuje działania dla ochrony zdrowia ludzkiego i poprawy jakości wody.

3. Podsumowanie stanu sanitarnego kąpielisk w 2012 r.

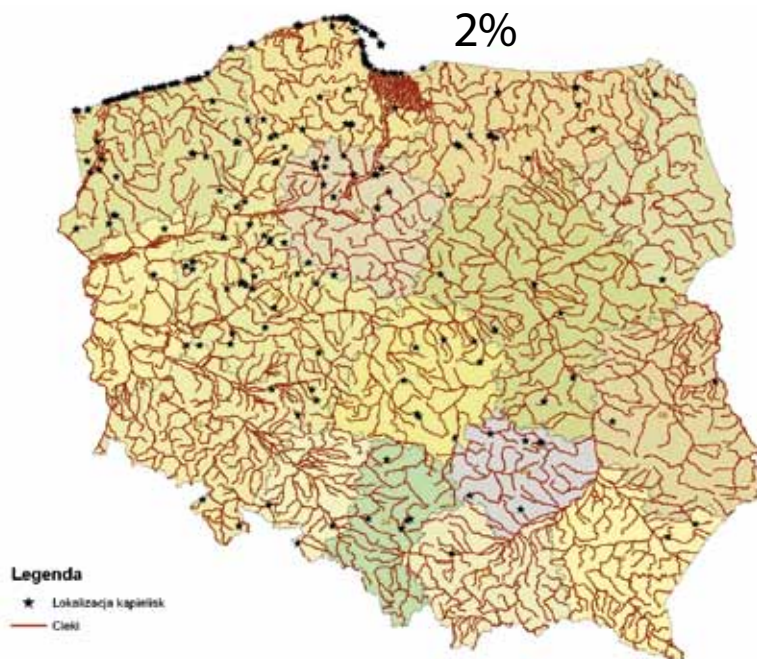
Zgodnie z Dyrektywą 2006/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lutego 2006 r. dotyczącą zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylającą dyrektywę 76/160/EWG (Dz. Urz. L 64 z 04.03.2006 r.) każdego roku Państwa Członkowskie opracowują dla Komisji Europejskiej raport dotyczący jakości wody w kąpieliskach. W roku 2011 Polska raportowała 220 kąpielisk, natomiast w 2012 r. odnotowała ich 221.

Rodzaj wody	Liczba kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej	
	w 2011 r.	w 2012 r.
Wody przybrzeżne i przejściowe	89	87
Wody wewnętrzne	131	134
Razem	220	221

Tabela 24.

Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2011–2012 r.

Lokalizację poszczególnych kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej w 2012 r. przedstawiono na poniższej mapie (Rysunek 3).



Rysunek 3.

Lokalizacja kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej w 2012 r.

W 2012 r. spośród 221 czynnych kąpielisk, większość z nich była zorganizowana na jeziorach. Systematyka podziału akwenów jest zgodna z wymaganiami Komisji Europejskiej i dzieli się na trzy kategorie. Pierwszą z nich są jeziora, czyli części wód śródlądowych powierzchniowych stojących. Kolejną są rzeki, czyli części wód śródlądowych płynących w przeważającej części po powierzchni lądu, ale mogących na pewnych odcinkach swego biegu płynąć pod ziemią. Ostatnią kategorią są wody przejściowe i przybrzeżne. Wody przejściowe oznaczają części wód powierzchniowych w obszarach ujść rzek, które są częściowo zasolone na skutek bliskości wód przybrzeżnych, ale które są pod znacznym wpływem dopływów wód słodkich. Wody przybrzeżne to wody powierzchniowe po stronie w kierunku lądu od linii, której najbliższy punkt linii brzegowej jest na odległości jednej mili morskiej po stronie w kierunku morza, od najbliższego punktu linii bazowej, od której mierzona jest szerokość wód terytorialnych, rozszerzając się tam gdzie to stosowane aż do zewnętrznej granicy wód przejściowych [8].

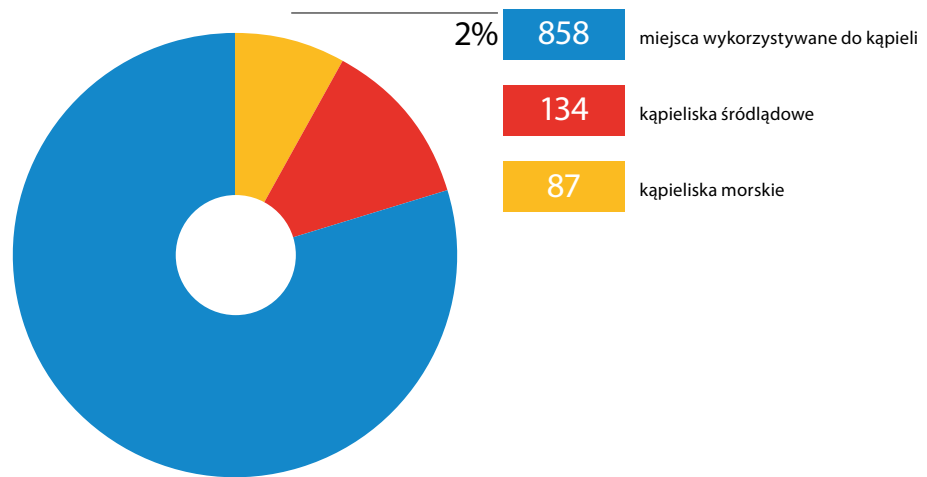
W porównaniu do roku 2011 liczba kąpielisk na wodach przybrzeżnych i przejściowych zmniejszyła się o dwa obiekty. Najwięcej kąpielisk w 2012 r. znajdowało się na terenie województwa pomorskiego – 68 oraz na terenie województwa zachodniopomorskiego – 52.

Nadzorem sanitarnym w 2012 r. objęto 221 kąpielisk (100% obiektów ujętych w ewidencji). Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem liczyła 87 obiektów (stanowi to odpowiednio 40% ogółem i 100% skontrolowanych kąpielisk w grupie). Kąpieliska morskie znajdują się w województwie pomorskim i zachodniopomorskim. Znaczenie tych kąpielisk jest duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim.

Najwięcej kąpielisk objętych nadzorem sanitarnym znajdowało się na obszarze województwa (Wykres 23): pomorskiego (68) i zachodniopomorskiego (52). Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach: małopolskim (1), lubelskim (2), podkarpackim (2) oraz podlaskim (2).

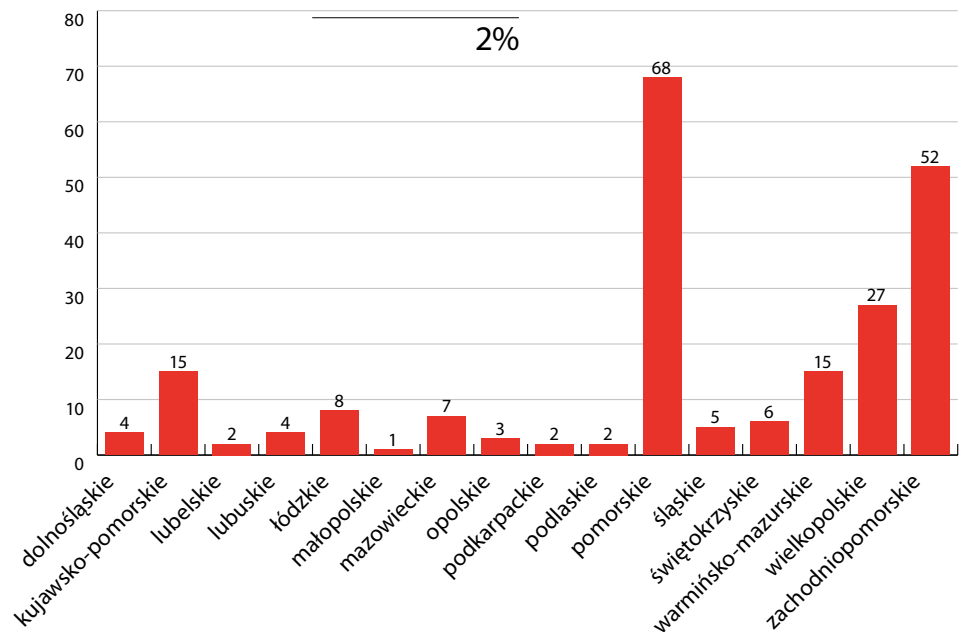
Wykres 22.

Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli w sezonie kąpielowym 2012 r.



Wykres 23.

Liczba kąpielisk w 2012 r. z podziałem na poszczególne województwa



Największa liczba kąpielisk śródlądowych znajdowała się w województwie: wielkopolskim (27), zachodniopomorskim (18) i kujawsko-pomorskim (15) oraz warmińsko-mazurskim (15).

Do najistotniejszych elementów nadzoru sanitarnego nad kąpieliskami należy ocena jakości wody, prowadzona zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpielii (Dz. U. Nr 86, poz. 478) [9]. Jakość wody była oceniana przed rozpoczęciem sezonu kąpieliskowego i następnie przynajmniej raz, w trakcie jego funkcjonowania. Ponadto, organizator kąpieliska jest zobowiązany do ustalenia z właściwym inspektorem sanitarnym harmonogramu pobierania próbek i wykonywania zgodnie z nim badania wody tak, aby w sumie każde kąpielisko było zbadane minimum czterokrotnie w trakcie jego funkcjonowania w sezonie kąpielowym. W ocenie przydatności wody do kąpielii uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologiczne kałowego zanieczyszczenia wody oraz zakwity sinic.

Stan sanitarny kąpielisk objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2012 r. oceniono negatywnie w 26 kąpieliskach, co stanowi 12% wszystkich skontrolowanych kąpielisk. 50% ocen o nieprzydatności wody do kąpielii było wydawanych ze względu na zakwity sinic w kąpieliskach. Przekroczenia wymagań jakości wody w kąpieliskach stwierdzono na terenie województwa: pomorskiego (20 kąpielisk), łódzkiego (2 kąpieliska), mazowieckiego (2 kąpieliska), warmińsko-mazurskiego (1 kąpielisko) oraz zachodniopomorskiego (1 kąpielisko). Na terenie pozostałych jedenastu województw nie odnotowano kąpielisk o jakości wody niezgodnej z wymaganiami.

Zgodnie z zapisami art. 6 pkt 2 ustawy z dnia 4 marca 2010 r. o zmianie ustawy – Prawo wodne, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej są obowiązane do prowadzenia od sezonu kąpielowego w 2013 r. Serwisu kąpieliskowego. Serwis ten będzie obejmował swoim zakresem między innymi wykaz wszystkich kąpielisk organizowanych w Polsce.

Niemniej jednak, w celu zapewnienia aktywnego rozpowszechniania informacji dotyczących jakości wód w kąpieliskach oraz dostępnej infrastrukturze kąpieliskowej, Główny Inspektor Sanitarny od 2008 r. prowadzi Serwis kąpieliskowy w oparciu o dane z szesnastu Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych. Dostępny jest on na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Aktualizacja danych zawartych w Serwisie kąpieliskowym odbywać się będzie w sezonie kąpielowym 2013 na bieżąco.

Ponadto, Serwis kąpieliskowy zawiera informacje z zakresu infrastruktury na obszarze kąpieliska, które dzielą się na trzy kategorie.

Pierwsza kategoria to „Programy i wyróżnienia” dla danego kąpieliska według zwyczajowo przyjętej definicji, na przykład *Błękitna flaga*. Jest to nazwa programu wdrażanego przez pozarządową organizację ekologiczną – Fundację na rzecz Edukacji Ekologicznej (Foundation for Environmental Education – FEE), zrzeszającą narodowe organizacje pełniące rolę krajowych koordynatorów programów FEE. Błękitna Flaga jest wyróżnieniem przyznawanym obiektom spełniającym najwyższe kryteria w zakresie jakości wody, zarządzania środowiskowego, bezpieczeństwa, a także prowadzonych działań edukacyjnych i informacyjnych. Idea Kampanii Błękitnej Flagi powstała w 1985 r. we Francji, kiedy to kilka miejscowości położonych na Lazurowym Wybrzeżu przyznało certyfikaty Błękitnej Flagi wyróżniającym się kąpieliskom. Jako kryterium przyznania wyróżnienia uznano prawidłową gospodarkę ściekową i dobrą jakość wody.

Druga kategoria to „Infrastruktura”, w skład której wchodzi informacje czy na terenie kąpieliska znajduje się:

- ogrodzenie,
- wyznaczona strefa do pływania,
- wyznaczona strefa na plaży do rekreacji i sportu,
- pomost, molo itp.,
- możliwość cumowania sprzętu wodnego,
- wydzielone miejsce do grillowania lub zorganizowania ogniska,
- dostęp do punktu czerpania wody z odprowadzaniem ścieków,
- przystosowanie dla osób niepełnosprawnych,
- kosz na śmieci,
- toaleta,
- natrysk,
- przebieralnia.

Trzecia i ostatnia kategoria to „Bezpieczeństwo”, w skład której wchodzi informacje czy na terenie kąpieliska znajduje się:

- maszt z flagą WOPR,
- ratownik,
- wydzielone specjalne miejsce do kąpeli dla dzieci,
- wydzielone specjalne miejsce do zabawy dla dzieci,
- zakaz wprowadzania zwierząt domowych,
- regulamin kąpieliska,
- tablica informacyjna (regulamin).

Poddając analizie statystycznej kąpieliska w zakresie informacji dotyczących trzech powyższych kategorii, można zauważyć, iż w skali całego kraju w 2012 r. posiadały one następujący udział:

- 11% wyróżnień, wzrost o 2 punkty procentowe w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 27% ogrodzony teren, wzrost o 1 punkt procentowy w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 99% wyznaczoną strefą do kąpeli, wzrost o 2 punkty procentowe w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 65% strefę do uprawiania sportu i rekreacji, wzrost o 1 punkt procentowy w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 54% pomosty i mola, wzrost o 5 punktów procentowych w stosunku do sezonu 2011
- 45% strefy cumowania sprzętu wodnego, wzrost o 3 punkty procentowe w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 25% miejsca na grill/ognisko, wzrost o 1 punkt procentowy w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 64% dostęp do punktu czerpalnego wody wraz z odprowadzaniem ścieków, wzrost o 4 punkty procentowe w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 34% przystosowanie dla osób niepełnosprawnych, wzrost o 5 punktów procentowych w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 98% toaletę (skanalizowane lub przenośne), wzrost o 1 punkt procentowy w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 38% natryski, wzrost o 5 punktów procentowych w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 46% przebieralnie, wzrost o 9 punktów procentowych w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 99% ratowników, wzrost o 1 punkt procentowy w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 72% strefę do pływania dla dzieci, wzrost o 5 punktów procentowych w stosunku do sezonu w 2011 r.
- 94% zakaz wprowadzania zwierząt domowych, wzrost o 3 punkty procentowe w stosunku do sezonu w 2011 r.

4. Organizacja kąpielisk

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie mają żadnych narzędzi prawnych do zobligowania osób fizycznych, prawnych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej do zorganizowania kąpielisk. Nie mogą również brać odpowiedzialności za wszystkie potencjalne miejsca wykorzystywane przez osoby kąpiące się do kąpeli, które w świadomości społeczeństwa funkcjonują jako kąpieliska.

Zapis art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o *samorządzie gminnym* wskazuje, iż do zakresu działań gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, należy przez to rozumieć również potrzeby związane z organizacją i udostępnianiem kąpielisk. Podobne wskazanie jest w art. 7 ust. 1 pkt 10, który stanowi, iż zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty w zakresie kultury fizycznej i turystyki, w tym terenów rekreacyjnych i urządzeń sportowych należy do zadań własnych gminy.

Zapis art. 34a ust. 1 ustawy *Prawo wodne*, który stanowi, iż rada gminy ma określić w drodze uchwały wykaz kąpielisk do 31 maja każdego roku, pozwala społeczeństwu wpływać na decyzje organów gminy w zakresie zapewnienia odpowiednich warunków rekreacji i wypoczynku zgodnych z jego oczekiwaniami. Jeśli lokalna społeczność oczekuje zorganizowania na terenie gminy kąpieliska spełniającego wszystkie obowiązujące wymagania, bezpiecznego, systematycznie nadzorowanego to niewątpliwie organy samorządowe powinny wziąć pod uwagę ich potrzeby. Stanowi to wypełnienie zaleceń Dyrektywy 2006/7/WE umożliwiających aktywny udział społeczeństwa w procesie tworzenia nowych kąpielisk oraz zgłaszania propozycji, uwag, skarg i wniosków w stosunku do kąpielisk już istniejących.



Należy zaznaczyć, iż wszystkie podmioty zaangażowane w organizację kąpielisk, a w szczególności wójt, burmistrz lub prezydent miasta, powinny dążyć do zwiększenia liczby kąpielisk w Polsce i promowania bezpiecznej kąpieli w obiektach o najwyższych standardach, jakim charakteryzują się obecnie kąpieliska w Polsce.

Bibliografia:

1. 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. L 64 z 04.03.2006 r.).
2. Ustawa z dnia 4 marca 2010 r. *o zmianie ustawy – Prawo wodne* (Dz. U. z 2010 r., Nr 44, poz. 253).
3. Ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* (tekst jednolity Dz. U. z 2005 r. Nr 267, poz. 2255, z późn. zm.).
4. Dyrektywa Rady z dnia 8 grudnia 1975 r. *dotycząca jakości wody w kąpieliskach (76/160/EWG)*.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. *w sprawie ewidencji kąpieliska oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli* (Dz. U. Nr 91, poz. 527).
6. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. *o samorządzie gminnym* (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591, z późn. zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 lutego 2011 r. *w sprawie profilu wody w kąpielisku* (Dz. U. Nr 36, poz. 191).
8. Dyrektywa 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2000 r. *ustanawiająca ramy wspólnotowego działania w polityce wodnej* z.U.U.E.L.00327.1).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. *w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpieli* (Dz. U. Nr 86, poz. 478).

5. Pływalnie

Kontrola jakości wody basenowej jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego na pływalniach. Ponieważ woda na pływalniach i w wodnych urządzeniach rekreacyjnych może stanowić zagrożenie dla zdrowia, dlatego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują prewencyjny nadzór zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej [1]. Ponadto zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi [2] w miejscach gdzie następuje wytworzenie aerozolu wodno-powietrznego, należy wykonywać badania kontrolne na obecność bakterii z rodzaju *Legionella* sp. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze względu na swoje zadanie statutowe, w tym m.in. zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych oraz ochronę osób korzystających z pływalni, wprowadziły na terenie działalności danego właściwego państwowego inspektora sanitarnego uregulowania w formie wytycznych w zakresie częstotliwości i zakresu badań wody basenowej. Decyzję co do częstotliwości i zakresu badań podejmuje właściwy państwowy inspektor sanitarny, po oszacowaniu ryzyka, uwzględniając wszystkie czynniki mogące mieć istotny wpływ na zanieczyszczenie wody.

Zakres badań wody basenowej powinien obejmować następujące parametry:

- *Escherichia coli*,
- bakterie grupy coli,
- gronkowce koagulazo-dodatnie,
- ogólna liczba mikroorganizmów w $36\pm 2^{\circ}\text{C}$ po 48 h,
- *Pseudomonas aeruginosa*,
- chlor wolny,
- chlor związany.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poza sprawowaniem nadzoru nad jakością wody basenowej, nadzorują także warunki higieniczno-sanitarne i stan techniczny hali basenowej, zaplecza technicznego oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych. Większość pływalni zaopatrywana jest w wodę z sieci wodociągowej oraz wyposażona jest w automatyczne systemy oczyszczania, dezynfekcji i cyrkulacji wody, zapewniające automatyczną kontrolę parametrów jakości wody oraz dozowanie właściwej ilości środków dezynfekcyjnych. Nieliczne pływalnie odkryte wykorzystują wodę z własnych ujęć, w większości powierzchniowych.

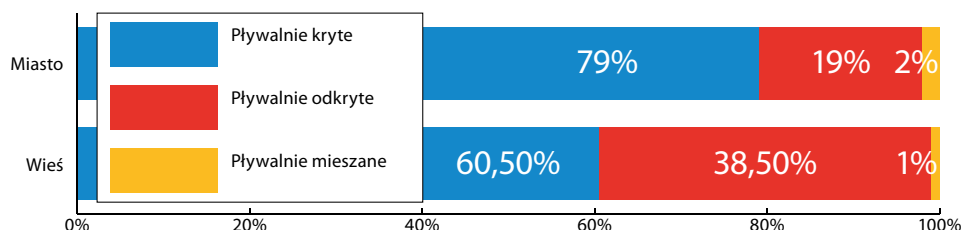
W tabeli nr 1 przedstawiono dane liczbowe dotyczące liczby obiektów znajdujących się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ich zróżnicowanie oraz liczbę pływalni skontrolowanych. Ponadto, tabela wyszczególnia dane liczbowe w odniesieniu do obiektów ze złym stanem sanitarnym na obszarach miejskich i wiejskich.

Tabela 25.

Stan sanitarny pływalni w 2012 r.

Pływalnie	Miasto				Wieś			
	Liczba obiektów	skontrolowanych	ze złym stanem sanitarnym		Liczba obiektów	skontrolowanych	ze złym stanem sanitarnym	
			razem	w tym pod względem technicznym			razem	w tym pod względem technicznym
Pływalnie kryte – ogółem	987	920	73	62	261	218	11	10
w tym parki wodne	60	58	7	6	13	10	0	0
Pływalnie odkryte	239	210	7	7	166	107	4	3
Pływalnie mieszane (kryto-odkryte)	19	19	3	2	4	4	1	1
SUMA	1245	1149	83	71	431	329	16	14

Najliczniejszą grupę obiektów basenowych stanowią pływalnie kryte (w tym parki wodne), których ogółem jest 1248 (987 – w mieście, 261 – na wsi). Pływalni odkrytych jest 405 (239 – w mieście, 166 – na wsi) zaś pływalni mieszanych (pływalnie kryto-odkryte) jest 19, co przedstawia wykres nr 1.



Wykres 24.

Odsetek pływalni krytych, odkrytych i mieszanych.

Odsetek skontrolowanych pływalni utrzymuje się na poziomie około 92% w mieście i 76% na wsi. Przeprowadzone kontrole sanitarne wykazały, że stan sanitarny pływalni zlokalizowanych na obszarach miejskich odpowiadał wymaganiam w 93%, natomiast pływalnie znajdujące się na obszarach wiejskich odpowiadały wymaganiam sanitarnym w 95%. W porównaniu do roku 2011 nie odnotowano znaczących zmian stanu sanitarnego pływalni, zarówno w mieście, jak i na wsi. W stosunku do roku 2011 w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2012 odnotowano zwiększoną liczbę pływalni objętych nadzorem sanitarnym o 50 obiektów w mieście i odpowiednio 33 na wsi.

Dane dotyczące liczby obiektów ze złym stanem sanitarnym przedstawiono w tabeli nr 2.

Pływalnie	Miasto				Wieś			
	Skontrolowanych (%)	Razem (%)	ze złym stanem sanitarnym		Liczba obiektów	skontrolowanych	ze złym stanem sanitarnym	
			razem	w tym pod względem technicznym			razem	w tym pod względem technicznym
Pływalnie kryte – ogółem	987	920	73	62	261	218	11	10
w tym parki wodne	60	58	7	6	13	10	0	0
Pływalnie odkryte	239	210	7	7	166	107	4	3
Pływalnie mieszane (kryto-odkryte)	19	19	3	2	4	4	1	1
SUMA	1245	1149	83	71	431	329	16	14

Tabela 26.

Stan sanitarny pływalni w 2012 r.

Przyczyną wydawania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej negatywnej oceny stanu sanitarnego pływalni był w przeważającej większości zły stan techniczny, niemniej jednak istotniejsze dla zdrowia są zagrożenia mikrobiologiczne. Obecnie wydają one decyzję wyłącznie na podstawie art. 4 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej mającej na celu prewencyjnie przeciwdziałanie zagrożeniom zdrowotnym kąpiących się osób na pływalniach. Jednak pełna ocena jakości wody na pływalniach w 2012 r. nie była możliwa z uwagi na luki w przepisach prawnych, uniemożliwiających pełny nadzór organów nad jakością wody w tych obiektach oraz niejednolity sposób postępowania w odniesieniu do częstotliwości i zakresu pobierania próbek wody z pływalni. Ponieważ nie ma uregulowań ustawowych (ani przepisów wykonawczych) odnośnie pływalni to ilość badań dla każdego obiektu indywidualnie ustalana jest przez terenowo właściwego inspektora sanitarnego w zależności od stanu obiektu i wyników badań kontrolnych.

Największy problem stanowią małe obiekty nieposiadające uzdatniania i przepływowego obiegu wody basenowej lub też małe baseny hotelowe w tym najczęściej perełkowe, rzadko używane, które stanowią bardzo duże zagrożenie dla korzystających z nich użytkowników. Dlatego niezmiernie ważne jest procedowanie ustawy pozwalającej na obowiązkowe wykonywanie kontroli wewnętrznej we wszelkiego typu basenach przez właściciela obiektu, pozostawiając Inspekcji kontrolę urzędową. Dopiero kompleksowy nadzór nad jakością wody i stanu sanitarno-higienicznego obiektu prowadzony przez właściciela obiektu w ramach kontroli wewnętrznej pozwoli zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne wszystkim użytkownikom pływalni i wodnych urządzeń rekreacyjnych.

Bibliografia:

1. Ustawa z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417, z późn. zm.)

OCENA WARUNKÓW SANITARNYCH W PLACÓWKACH OŚWIATOWO- WYCHOWAWCZYCH

1. Informacje ogólne

W roku 2012 spośród figurujących w ewidencji 41 679 placówek oświatowo-wychowawczych pracownicy pionu Higieny Dzieci i Młodzieży (HDiM) Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowali **31 668 (77,7%)**. Skontrolowano 829 żłobków i klubów dziecięcych (532 w roku 2011), do których uczęszczało 35 213 podopiecznych, 9 948 przedszkoli oraz innych form wychowania przedszkolnego (9 479 w ub. r.), gdzie sprawowano opiekę nad 729 772 dziećmi oraz 15 697 szkół (16 331 w ub. r.), w których uczyło się łącznie 3 740 468 uczniów, w tym:

- 7 553 szkoły podstawowe,
- 2 296 gimnazjów,
- 460 liceów,
- 124 szkoły zawodowe,
- 97 szkół specjalnych,
- 267 szkół policealnych,
- 4 900 zespołów szkół.

Ponadto kontrolą objęto 256 placówek kształcenia ustawicznego, 355 uczelni oraz 275 placówek rekreacyjnych.

2. Stan techniczno-sanitarny obiektów

Łącznie 878 (5,6%) skontrolowanych placówek oświatowych funkcjonowało w budynkach o niewłaściwym stanie sanitarno-higienicznym, 76 placówek (0,5%) było w niewłaściwym stanie zarówno higieniczno-sanitarnym, jak i technicznym, 287 placówek było w złym stanie higieniczno-sanitarnym, zaś 633 w złym stanie technicznym.

3. Warunki do utrzymania higieny, ciepła woda w sanitariatach

Zapewnienie dzieciom i młodzieży szkolnej należytych warunków do utrzymania higieny osobistej jest ich elementarnym prawem, w szczególności zapewnienie uczniom dostępu do ciepłej, bieżącej wody we wszystkich sanitariatach, jak również odpowiedniego wyposażenia sanitariatów uczniowskich w przybory higieniczne odpowiadające współczesnym standardom. Sanitariaty powinny być wyposażone w mydło dostępne w specjalnie do tego przeznaczonych dozownikach, jednorazowe ręczniki papierowe do suszenia rąk lub przeznaczone do tego celu suszarki oraz papier toaletowy. 1 535 (9,8%) szkół nie stworzyło uczniom właściwych warunków higieny (np. niezachowanie standardu dostępności do urządzeń sanitarnych). W roku 2011 takich szkół było 2 605 (16%). Podobne uchybienia stwierdzono w 9 żłobkach i 377 przedszkolach. W 1 152 szkołach (7,6%) stwierdzono uchybienia związane z niezapewnieniem właściwych warunków do utrzymania



higieny osobistej (np. brak papieru toaletowego, mydła i ręczników papierowych, brak ciepłej bieżącej wody, zaniedbania dot. utrzymania czystości i porządku). W roku 2011 takich placówek było 2 605, czyli 16%. Brak dostępu do bieżącej ciepłej wody we wszystkich sanitariatach dla uczniów odnotowano w 313 placówkach – w 6 przedszkolach, w 126 szkołach podstawowych, w 35 gimnazjach, w 15 liceach oraz w 135 zespołach szkół.

W 2012 roku przeprowadzono modernizacje budynków, mające na celu zapewnienie dostępu do ciepłej bieżącej wody we wszystkich sanitariatach dla uczniów w 1 184 przedszkolach, 802 szkołach podstawowych, 287 gimnazjach, 106 liceach oraz 657 zespołach szkół.

W szkołach, które nie zapewniły właściwych warunków do utrzymania higieny osobistej uczniów stwierdzono:

- brak ciepłej wody w umywalkach – 313, czyli 26,9% spośród ogółu placówek, w których stwierdzono uchybienia dot. standardów higieny osobistej (w r. ub. 704),
- niewłaściwy stan techniczny sanitariatów – 682, czyli 59,2% (w r. ub. 822),
- brak suszarki lub ręczników jednorazowych – 198, czyli 17,2% (w r. ub. 308),
- brak mydła – 144, czyli 12,5% (w r. ub. 244),
- brak papieru toaletowego w /lub przy kabinie ustępowej – 68, czyli 5,9% (w r. ub. 82),
- zaniedbania porządku i czystości – 40 (w r. ub. 74),
- zbyt mało umywalk i ustępów w odniesieniu do liczby uczniów – 614 (w r. ub. 644),
- korzystanie z ustępów zewnętrznych – 12 (w r. ub. 16).

Korzystanie z ustępów zewnętrznych odnotowano w 1 przedszkolu, 5 szkołach podstawowych oraz w 2 gimnazjach.

4. Ergonomia mebli w szkołach i przedszkolach

Pracownicy pionu HDiM Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowali również meble stanowiące wyposażenie szkół i przedszkoli ze szczególnym uwzględnieniem ergonomii, czyli funkcjonalności. Sprawdzone, czy meble są dostosowane wysokości ciała uczniów. Nieprawidłowości stwierdzono w 331 (10,8%) przedszkolach (4 960 stanowisk), w 235 (9,3%) szkołach podstawowych (3 934 stanowisk), 45 (8,9%) gimnazjach (773 stanowisk) oraz w 161 (13,9%) zespołach szkół (3 114).



5. Rozkład zajęć

Nieprawidłowości dotyczące higieny procesu nauczania, tj. rozpoczynanie zajęć o różnych porach zanotowano w 409 (7%) szkołach podstawowych (2404 klas), 130 (7,3%) gimnazjach (629 klas), 28 (9,9%) liceach (202 klas), 6 (10,6%) ponadgimnazjalnych szkołach zawodowych (62 klas) oraz w 279 (8,5%) zespołach szkół (2 105 klas).

6. Możliwość pozostawienia podręczników w szkole

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2003 r. Nr 6, poz. 69) w pomieszczeniach szkoły lub placówki zapewnia się uczniom możliwość pozostawienia części podręczników i przyborów szkolnych. Z przeprowadzonych w 2012 roku przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontroli wynika, że spośród łącznie 18 146 skontrolowanych placówek 13 423 (74%) zapewniły uczniom możliwość pozostawienia w szkole części podręczników i innych przyborów, w tym 81,4% szkół podstawowych, 77,9% gimnazjów oraz 39,7% szkół ponadgimnazjalnych.

7. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

W związku z faktem, iż problem nadwagi i otyłości dotyczy coraz częściej dzieci i młodzieży szkolnej, Państwowa Inspekcja Sanitarna zwraca szczególną uwagę na działania, mające na celu promocję zdrowego i aktywnego stylu życia. Zajęcia wychowania fizycznego są istotnym elementem dbałości o zdrowie dzieci i młodzieży szkolnej, dlatego ważne jest zapewnienie uczniom dobrych warunków do aktywności fizycznej. Zaplecze sportowe szkół poprawia się, jednak w dalszym ciągu nie wszystkie szkoły stwarzają uczniom optymalne warunki.

11 611 (74%) szkół posiada warunki wystarczające do prowadzenia zajęć WF; w roku 2011 było ich 57,2%. W 3 056 (19,5%) szkołach warunki te są niewystarczające. 1 018 (6,5%) szkół w ogóle nie dysponuje zapleczem sportowym umożliwiającym prowadzenie zajęć wychowania fizycznego. 249 szkół, wliczając w to szkoły wyższe, posiada tylko salę gimnastyczną, z kolei 1 277 dysponuje tylko boiskiem szkolnym. 6 373 szkoły posiadają tzw. zespół sportowy, czyli zespół pomieszczeń, składający się z jednej lub więcej sal sportowych oraz pomieszczeń pomocniczych (przebieralnie, natryskownie, ustępy, przechowalnie sprzętu sportowego, gabinet wychowania fizycznego – pokój nauczycieli WF, przy czym w małych salach gimnastycznych może być wspólny ze schowkiem na sprzęt sportowy).

Jedynie w 332 szkołach uczniowie po każdych zajęciach WF korzystają z natrysków. W 1 381 prysznicie używane są po zajęciach WF tylko sporadycznie. 1 641 szkół jest wyposażonych w działające natryski, jednak nie są one używane. Lekcje WF na korytarzu odbywają się w 1 441 (9,1%) szkołach (w roku 2011 w 1 606), niezależnie od zaplecza sportowego, jakim dysponuje szkoła. Dotyczy to 1 111 szkół podstawowych, 98 gimnazjów oraz 226 zespołów szkół.

8. Ochrona terenów rekreacyjnych i sportowych przed zanieczyszczeniami przez zwierzęta

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzili działalność kontrolną w zakresie zabezpieczenia terenów rekreacyjnych i sportowych oraz placów zabaw przed zanieczyszczeniami. Za właściwą ochronę uznaje się ogrodzenie terenu uniemożliwiające dostęp zwierząt, zastosowanie zakazu wprowadzania zwierząt na teren placówki i jego egzekwowanie, zabezpieczenie piaskownic przykryciem w czasie przerw w użytkowaniu (po zakończeniu zabawy lub zajęć sportowych), usuwanie nieczystości, wymianę piasku przed rozpoczęciem sezonu zabaw w piaskownicy.

Uchybienia dotyczące ochrony przed zanieczyszczeniem piaskownic stwierdzono w przypadku 15 (2,1%) żłobków oraz 453 (5,1%) przedszkoli. Brak odpowiednich zabezpieczeń terenów sportowych, rekreacyjnych i placów zabaw odnotowano w przypadku 280 szkół podstawowych, 69 gimnazjów, 5 liceów oraz 135 zespołów szkół.

9. Dożywianie dzieci i młodzieży w szkołach

W 2012 roku w szkołach prowadzono dożywianie uczniów w różnych formach. 638 241 (73,9%) dzieci uczęszczających do 11 574 placówek objętych zostało pomocą w formie ciepłych posiłków składających się z minimum z jednego dania. 94 561 uczniów z 2 085 szkół otrzymywało śniadania, natomiast 990 272 osobom z 6 824 wydawano napoje. Łącznie 43 854 uczniów korzystało z dofinansowania posiłków w szkole.

10. Najczęstsze uchybienia stanu sanitarnego

W wymienionych zastrzeżeniach:

- brak wydzielonego placu rekreacyjnego dla młodszych dzieci – 1 742 (36,9% spośród wszystkich placówek prowadzących „zerówki”, w których stwierdzono uchybienia),
- urządzenia sanitarne niedostosowane do wzrostu dzieci – 1 419 (30,1% jw.),
- wyposażenia w meble bez stosownych certyfikatów – 1 375 (29,1% jw.),
- zbyt mała powierzchnia sal – 860 (18,2% jw.),
- brak ciepłej bieżącej wody – 169 (3,6%),
- brak możliwości prowadzenia dożywiania – 615 (13%)

11. Żłobki i kluby dziecięce

W związku z wejściem w życie w dniu 4 kwietnia 2011 r. przepisów ustawy *o opiece nad dziećmi do lat 3* (Dz. U. 2011 r. Nr 45, poz. 235) kontroli poddano warunki higieniczno-sanitarne nowo utworzonych placówek sprawujących opiekę nad dziećmi w wieku do lat 3. Zgodnie z przepisami, osoba zamierzająca rozpocząć taką działalność musi uzyskać pozytywną opinię właściwego miejscowo państwowego powiatowego inspektora sanitarnego oraz właściwego miejscowego komendanta straży pożarnej.

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonują kontroli warunków higieniczno-sanitarnych placówki, a następnie wydają pozytywną lub negatywną opinię sanitarną, ewentualnie wstrzymują się z wydaniem opinii do czasu spełnienia wymogów sanitarnych przez osobę ubiegającą się o zgodę na otwarcie żłobka lub klubu dziecięcego. W przypadku odmowy wydania pozytywnej opinii sanitarnej lub uzyskania opinii negatywnej, wnioskodawca może ubiegać się o ponowne wydanie opinii po spełnieniu wszystkich wymogów sanitarno-higienicznych określonych przepisami prawa dla tego typu placówki.

W 2012 roku negatywną opinię sanitarną wydano w przypadku 4 żłobków ze względu na niewłaściwie urządzone miejsce do gromadzenia odpadów stałych, niezapewnienie właściwej wentylacji grawitacyjnej oraz niewłaściwe usytuowanie podłogi względem przyległego terenu. Pod bieżącym nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1 050 placówek, w tym 826 żłobków (403 z nich funkcjonowało przed wejściem w życie ustawy). W 2012 r. złożonych zostało 488 wniosków o wydanie opinii sanitarnej w sprawie ww. placówek. 458 (93%) placówek uzyskało pozytywną opinię, 4 (1%) otrzymały opinię negatywną, w przypadku 27 (6%) placówek postępowanie o wydanie opinii sanitarnej jest w toku.

W 2012 roku pracownicy pionu Higieny Dzieci i Młodzieży Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowali również stan sanitarny już funkcjonujących 829 żłobków i klubów dziecięcych, czyli 79% spośród 1 050 placówek ogółem objętych nadzorem, w których sprawowano opiekę nad 35 213 dziećmi. Jedynie 7 placówek było w niewłaściwym stanie zarówno higieniczno-sanitarnym jak i technicznym. W 12 placówkach stwierdzono tylko niewłaściwy stan techniczny, w kolejnych 12 odnotowano uchybienia dotyczące stanu higieniczno-sanitarnego. Zaledwie w jednej placówce stwierdzono niezachowanie standardu dostępu do urządzeń sanitarnych. Wszystkie skontrolowane placówki zapewniły dostęp do bieżącej ciepłej wody we wszystkich sanitariatach. Uchybienia dotyczące ochrony przed zanieczyszczeniem piaskownic przez zwierzęta stwierdzono w przypadku 14 placówek.

12. Wypoczynek dzieci i młodzieży

W czasie ferii zimowych, jak również w czasie letniej przerwy od nauki prowadzono kontrole warunków sanitarnych placówek, w których wypoczywały dzieci i młodzież. Do bazy wypoczynku zgłoszono w sumie 18 527 turnusów (14 665 letniego oraz 3 862 zimowego wypoczynku). W czasie ferii i wakacji ze zorganizowanych form wypoczynku skorzystało 519 437 osób.

Skontrolowano 9 829 (54,6%) turnusów. Na 10 062 kontrole 108 miało charakter interwencyjny. Nieprawidłowości dotyczące warunków sanitarnych (niezapewnienie właściwych warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku) stwierdzono w czasie 281 (2,7%) turnusów, w tym 222 letnich oraz 59 zimowych. Ogółem miało miejsce 50 uzasadnionych interwencji, wszystkie w czasie wypoczynku letniego. Łącznie nałożono 109 mandatów oraz wydano 73 decyzje administracyjne, nakazujące przywrócenie właściwego stanu sanitarno – higienicznego w kontrolowanych placówkach pobytu dzieci i młodzieży.

13. Działania pokontrolne

W związku z kontrolami przeprowadzonymi w placówkach oświatowo-wychowawczych w 2012 roku pracownicy pionu HDiM wydali ogółem 7 901 merytorycznych decyzji administracyjnych, w tym 4 021 dotyczących zmiany terminu wykonania decyzji. Wyegzekwowano 3 587 decyzji, z czego 2 467 wydanych zostało w latach ubiegłych. Wydano również 4 909 decyzji płatniczych, nałożono 248 mandatów karnych na łączną kwotę 43 800 złotych.

80 decyzji merytorycznych pionu HDiM nałożonych zostało na żłobki, 1 309 na przedszkola, 2 378 na szkoły podstawowe, 792 dotyczyło gimnazjów, 187 liceów, natomiast 2 329 zespołów szkół. Z kolei 14 mandatów karnych nałożono na żłobki, 46 na przedszkola, 33 na szkoły podstawowe, 10 na gimnazja, 3 na licea oraz 29 na zespoły szkół.

14. Podsumowanie

Większość skontrolowanych szkół zapewniła uczniom właściwe, czyli bezpieczne i higieniczne warunki do nauki. Podobnie jak w latach poprzednich, tylko niewielki odsetek budynków szkół (0,5%) był w złym stanie techniczno-sanitarnym oraz higienicznym.

W porównaniu z rokiem 2011 poprawiły się warunki do utrzymania higieny osobistej w szkołach i przedszkolach. Z 16% do 9,8% spadł odsetek szkół, które nie zapewniły uczniom właściwych warunków do utrzymania higieny osobistej. Mniejsza liczba szkół (313 w porównaniu z 704 w ub.r.) nie zapewniła dostępu do ciepłej bieżącej wody we wszystkich sanitariatach dla uczniów. Sanitariaty w szkołach były również znacznie lepiej wyposażone w przybory higieniczne. Istotnie, bo z 57% do 74%, zwiększył się odsetek szkół posiadających odpowiednią infrastrukturę do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego. Do 1 441 (9,1%) z 1 606 w roku 2011 zmniejszyła się liczba szkół, w których niezależnie od zaplecza sportowego zajęcia WF odbywały się na korytarzach.

W związku z wejściem w życie ustawy o opiece nad dziećmi do lat 3 (Dz. U. 2011 r. Nr 45, poz. 235) kontrolą objęto żłobki i kluby dziecięce. Na 488 złożonych łącznie w 2012 r. wniosków o wydanie opinii przez właściwego miejscowo państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, jedynie 4 zostały zaopiniowane negatywnie. Przeważająca większość szkół zapewnia higieniczny rozkład zajęć. Jedynie w 7% placówek stwierdzono nieprawidłowości dotyczące higieny procesu nauczania.

DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE OŚWIATY ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA

1. Profilaktyka nadwagi i otyłości

1. Zahorska – Markiewicz B.,
„Otyłość – epidemia XXI
wieku. Profilaktyka i leczenie
zachowawcze otyłości” [w:]
Postępy nauk medycznych 7,
s.494–497, 2009

Oszacowano, że 1 na 13 zgonów rocznie w krajach Unii Europejskiej jest spowodowany nadmierną masą ciała.¹

W szkołach podstawowych nadwaga i otyłość dotyczy ok. 22% chłopców i 18% dziewczynek, a w gimnazjach: 15% chłopców i 12% dziewczynek.

Odpowiedzialność za zdrowie powinna być kształtowana już u dzieci. Duża rola w tym zakresie przypada rodzicom, szkołom i samorządom terytorialnym.

Główny Inspektorat Sanitarny i Polska Federacja Producentów Żywności Związek Pracodawców realizują, na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego, od 2006 r. **ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”**. Głównym celem programu jest edukacja w zakresie kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki.

Na poziomie wojewódzkim i powiatowym Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje program w szerokiej współpracy środowiskowej m. in. z Urzędami Marszałkowskimi, Urzędami Miast, podmiotami leczniczymi, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami kulturowo-oświatowymi, organizacjami tj.: oddziałami PCK, Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej (PTOZ) i innymi jednostkami. Partnerami programu są: Instytut Medycyny Wsi w Lublinie i Agencja Rynku Rolnego.

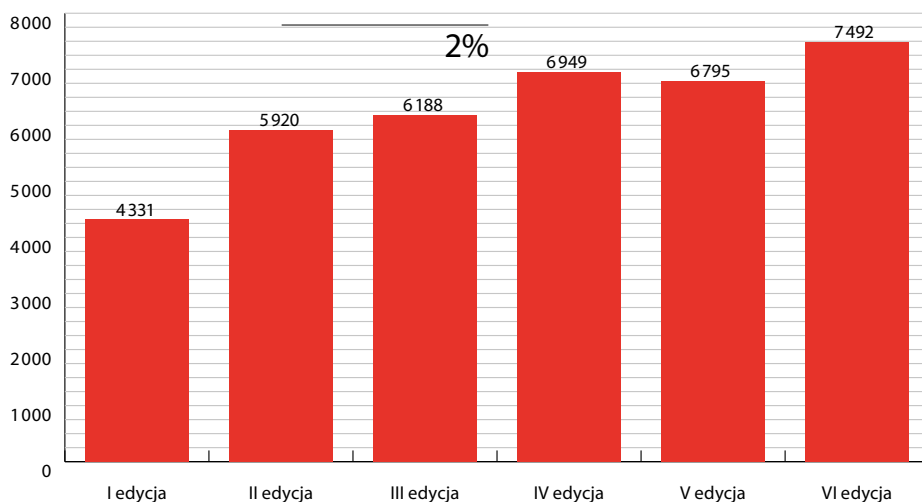
W programie udział biorą uczniowie i nauczyciele gimnazjów, uczniowie ostatnich klas (V i VI) szkół podstawowych oraz rodzice. VI edycja programu w roku szkolnym 2011/2012 realizowana była w 7 492 szkołach w tym: 3 873 gimnazjach i 3 619 szkołach podstawowych. Odbiorcami programu było 732 498 uczniów klas V–VI szkół podstawowych i I–III klas gimnazjów, a także ich rodzice i opiekunowie. Dotychczas program „Trzymaj Formę!” objął swoim zasięgiem ponad 4,5 miliona uczniów. Program jest pozytywnie przyjmowany i wysoko oceniany, zarówno przez nauczycieli jak i uczniów, jako doskonała pomoc w propagowaniu zdrowego stylu życia. Obecnie trwa VII edycja programu.

Program jest realizowany zgodnie z zaleceniami strategii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w zakresie diety, aktywności fizycznej i zdrowia oraz w odpowiedzi na Zieloną Księgę pt. „Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym” (Stanowisko Rządu RP przyjęte w dniu 14 marca 2006 roku) i Białą Księgę pt. „Strategia dla Europy w zakresie zagadnień zdrowia związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością” (Stanowisko Rządu RP przyjęte 13 lipca 2007 roku). Program „Trzymaj Formę!” został wpisany do oficjalnego rejestru działań promujących prozdrowotny styl życia (numer 1113) prowadzonego przez *Europejską Platformę ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia*.

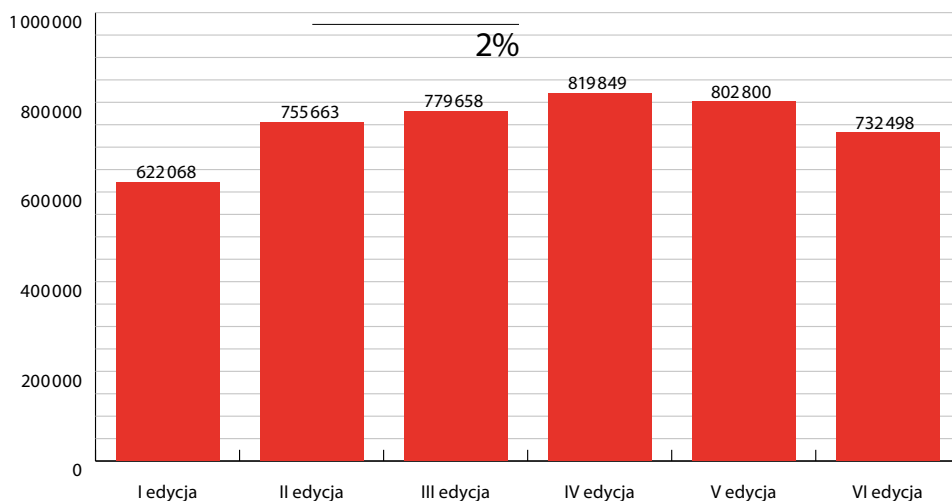


W 2010 r. Dyrektor Generalny Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów DG SANCO Komisji Europejskiej uznał tę inicjatywę za **wzorcowy przykład realizacji programów edukacyjnych** na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego przy szerokim zaangażowaniu strony rządowej, świata nauki oraz sektora prywatnego. Program „Trzymaj Formę!” to pierwsza dotychczas zrealizowana na tak szeroką skalę inicjatywa edukacyjna dotycząca promocji zasad zbilansowanej diety i aktywności fizycznej, skierowana do dzieci i młodzieży.

Poniższe wykresy przedstawiają liczbę szkół realizujących program „Trzymaj Formę!” oraz liczbę uczniów uczestniczących w programie w poszczególnych edycjach.



Wykres 25.
Liczba szkół realizujących Program



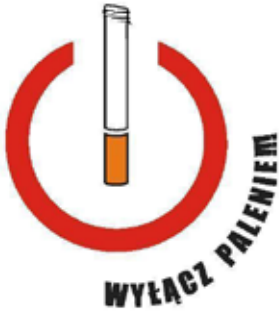
Wykres 26.
Liczba uczniów uczestniczących w Programie

2. Profilaktyka palenia tytoniu

Znaczna część przewlekłych chorób niezakaźnych, takich jak: choroby serca i naczyń krwionośnych, nowotwory układu oddechowego, nienowotworowe choroby układu oddechowego, są bezpośrednio uwarunkowane narażeniem na dym tytoniowy, który inhaluje codziennie w Polsce ponad 9 mln dorosłych osób palących tytoń i ponad 14 mln osób niepalących, a narażonych na dym tytoniowy w środowisku domowym.²

Promocja zdrowego stylu życia jest głównym obszarem potencjału przedłużenia życia Polaków oraz warunkiem poprawy jego jakości, co nabiera szczególnego znaczenia w kontekście możliwości sprostania wyzwaniom cywilizacyjnym związanym z potrzebą zachowania wysokiego poziomu aktywności zawodowej.

2. Dane WHO



3. Czapiński J., Panek T., *Diagnoza Społeczna 2009. CRZL 2009*

Zgodnie z konkluzjami Rady w sprawie zmniejszenia różnic zdrowotnych w UE poprzez zorganizowane działania na rzecz promowania zdrowego stylu życia, państwa członkowskie wezwane są do umacniania i kontynuowania działań wspierających zdrowy styl życia, w tym:

- promocję skutecznego ograniczenia użycia tytoniu,
- wdrażanie skutecznych polityk alkoholowych i programów mających na celu ograniczenie szkód wynikających ze spożycia alkoholu,
- wspieranie jakościowej i ilościowej zmiany składu żywności, tak by zmniejszyć całkowitą zawartość tłuszczu, tłuszczów nasyconych, tłuszczów trans, soli, cukrów lub wartość energetyczną,
- podejmowanie działań zachęcających obywateli do większej aktywności fizycznej

Poprawa zdrowia populacji jest szczególnie istotna w kontekście zjawiska starzenia się społeczeństwa. Jak pokazują prognozy, odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat będzie systematycznie wzrastał. Osoby w wieku 65 lat lub starsze będą w roku 2060 stanowiły prawie 30% ludności Unii Europejskiej (w roku 2010 było to 16%). W roku 2060 na każdą osobę w wieku produkcyjnym mogą przypadać dwie osoby starsze. Starzejące się społeczeństwa Europy stanowią wyzwanie dla rynku pracy, systemu ochrony zdrowia oraz utrzymania standardów i jakości życia po przejściu na emeryturę. Już teraz zły stan zdrowia był jedną z podstawowych przyczyn pozostawania bez pracy w latach 2000–2009.³

W 2010 roku opublikowane zostały wyniki ogólnopolskiego badania gospodarstw domowych pt.: „Globalne badanie dotyczące używania tytoniu przez osoby dorosłe” (Global Adult Tobacco Survey, GATS). Z badań wynika, że codziennie pali tytoń 33,5% dorosłych mężczyzn i 21% dorosłych kobiet. Ogółem obecnie pali – okazjonalnie lub codziennie – 30,3% dorosłych Polaków. To prawie 12 mln obywateli polskich.

Osoby palące najczęściej uzależniają się od nikotyny przed osiągnięciem dorosłości, nie zdając sobie sprawy z realności uzależnienia. Według badań GATS 2009, 47% osób kiedykolwiek palących w wieku 20–34 lat rozpoczęło codzienne palenie w wieku 11–17 lat.⁴

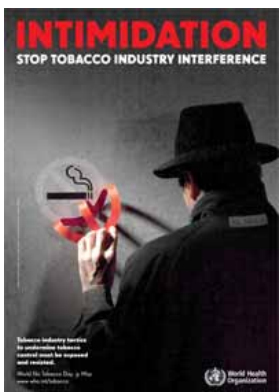
4. *Global Adult Tobacco Survey Polska 2009–2010, Ministerstwo Zdrowia, 2010*

Tak, jak zróżnicowane, wieloczynnikowe są okoliczności rozpoczynania palenia tytoniu i trwania w uzależnieniu, tak wielokierunkowe są działania profilaktyczne i interwencyjne podejmowane w ramach Programu, w których uczestniczą zainteresowane resorty i urzędy, stosownie do swych kompetencji i nadzorowanych obszarów gospodarki narodowej. Rolę koordynującą wśród podmiotów realizujących Program pełni Minister Zdrowia, który powierzył zarządzanie Programem Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

W ramach Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce na lata 2010–2013 Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała zadania z obszaru profilaktyki palenia tytoniu w ramach Światowego Dnia Bez Tytoniu i Światowego Dnia Rzucania Palenia:



Światowy Dzień Bez Tytoniu – hasło obchodów („Ingerencja przemysłu tytoniowego”), które odbyły się 31 maja 2012 roku, przypominało, że interesy przemysłu tytoniowego oraz zdrowia publicznego stoją ze sobą w konflikcie. Śmiałe i agresywne działania przemysłu tytoniowego coraz częściej zagrażają zdrowiu publicznemu, także w Polsce. Przedstawiciele przemysłu tytoniowego promują sprzedaż wyrobów tytoniowych, pomimo iż od lat wiadomo, że zarówno używanie wyrobów tytoniowych, jak i bierne palenie są szkodliwe dla zdrowia ludzi. W ramach przygotowań Państwowej Inspekcji Sanitarnej do obchodów „Światowego Dnia Bez Tytoniu” odbyły się szkolenia i narady dla pracowników powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, przedstawicieli lokalnych władz samorządowych, dyrekcji szkół i przedszkoli. Przygotowano i przekazano do lokalnych mediów, instytucji samorządowych, szkół, podmiotów leczniczych materiały informacyjno-edukacyjne dotyczące kampanii oraz szkodliwości biernego i czynnego palenia tytoniu. We wszystkich województwach pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykorzystali liczne regionalne imprezy masowe (festyny, targi, biegi uliczne) do przekazywania wiedzy o szkodliwości palenia. W mediach opublikowano informacje związane ze Światowym Dniem Bez Tytoniu i profilaktyką palenia tytoniu, udzielano porad oraz przeprowadzono badania profilaktyczne m.in.: poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu, ciśnienia tętniczego krwi w punktach informacyjno-edukacyjnych na terenie całego kraju.



Światowy Dzień Rzucania Palenia – w 2012 roku w ramach obchodów Światowego Dnia Rzucania Palenia, pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej informowali i przypominali o obowiązującym prawie oraz o konieczności przestrzegania zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Zarówno w dniu 15 listopada 2012 roku, jak i w bliskich

terminach od tej daty, zorganizowano wiele punktów informacyjno-edukacyjnych, w których podejmowana była tematyka prozdrowotna, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki palenia tytoniu. Można było także wykonać bezpłatne, podstawowe badania medyczne: pomiar ciśnienia tętniczego krwi, poziomu glukozy, poziomu cholesterolu, pojemności płuc, poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu oraz zmierzyć swoje BMI. Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dystrybuowali materiały edukacyjne. Ponadto w placówkach oświatowo – wychowawczych, które czynnie uczestniczyły w realizacji programów edukacji antytytoniowej, prowadzone były pogadanki, prelekcje, konkursy, quizy, imprezy szkolne, oraz rozdawano materiały oświatowe. Społeczność lokalna chętnie brała udział w organizowanych na terenie województw imprezach. W obchody aktywnie zaangażowały się również lokalne władze rządowe i samorządowe poprzez wsparcie finansowe i rzeczowe podejmowanych przedsięwzięć. Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazali informacje o podjętych działaniach lokalnym mediom. Niezbędne informacje zamieszczono również na stronach internetowych powiatowych i wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Realizację programów edukacyjnych do dzieci i młodzieży:

- 1. Krajowy program edukacyjny dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów pt. „Czyste Powietrze Wokół Nas”** – głównym celem programu jest zwiększenie wiedzy rodziców w zakresie ochrony dzieci przed narażeniem na działanie dymu tytoniowego oraz kształtowanie świadomych, asertywnych postaw wśród dzieci dotyczących ochrony własnego zdrowia w przypadku bezpośredniego kontaktu z osobami palącymi. Zgodnie z założeniami realizacji programu w roku szkolnym 2011/2012 przedstawiono ofertę programową dyrektorom 70% przedszkoli na terenie całego kraju. W IV edycji (rok szkolny 2011/2012) programem edukacyjnym objęto 4204 przedszkoli, co stanowi 47,7% tych placówek w całym kraju. Ponadto w realizacji programu wzięło udział 2 283 oddziałów przedszkolnych, co stanowi 25,2% tych placówek w Polsce oraz 118 innych form wychowania przedszkolnego (7,8%). W IV edycji Programu uczestniczyło 209 526 dzieci i 193 972 rodziców.
- 2. „Nie pal przy mnie, proszę”** – program edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I–III szkół podstawowych – w ramach edukacji antytytoniowej odnosi się do problemu biernego palenia wśród dzieci. Kształtuje u najmłodszych postawy odpowiedzialności za własne zdrowie i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, gdy inni ludzie przy nich palą. Do II edycji programu przystąpiło 4 702 szkoły podstawowe, co stanowi 33,8% wszystkich szkół podstawowych w Polsce, udział wzięło 292 338 uczniów oraz 142 669 rodziców i opiekunów dzieci.
- 3. „Znajdź właściwe rozwiązanie”** – program profilaktyki palenia tytoniu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjów, którego celem jest zwiększanie odpowiedzialności za własne zdrowie wśród uczniów oraz kształtowanie postawy wspierania ludzi, którzy pragną zerwać z nałogiem. Konstrukcja programu uwzględnia zajęcia, podczas których młodzież uczy się asertywności. Do realizacji II edycji programu przystąpiło 2 778 szkół podstawowych (21,1%) oraz 2 577 gimnazjów (34,6%). Łącznie w programie udział wzięło 5 355 szkół, co stanowi 26% szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce. Program objął swoim zasięgiem 329 513 uczniów (21%), w tym 162 862 uczniów szkół podstawowych (14,8%) oraz 155 651 uczniów gimnazjów (26,8%).

Kontrole w zakresie przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej – Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania bieżącego nadzoru w zakresie warunków i wymogów higieniczno-sanitarnych prowadziła systematyczne kontrole w zakresie przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej.

Podstawę prawną przeprowadzania kontroli stanowi § 2 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 roku w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz. U. z 2002 r. Nr 174, poz. 1426, z późn. zm.): „Funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadaje się uprawnienia do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego za wykroczenia określone w art. 13 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 ustawy z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych”. Kontrole prowadzone były w miejscach użyteczności publicznej określonych w art 5. ww. ustawy. W roku 2012 przeprowadzono łącznie 292 554 kontrole, w wyniku których nałożono 190 mandatów na łączną kwotę 33 517 PLN oraz sprawdzano przestrzeganie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Od momentu wejścia w życie nowelizacji rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego zmienionej rozporządzeniem z dnia 30 grudnia 2010 r. (Dz. U. z 2010 r. Nr 259 poz. 1766) nastąpiła znacząca poprawa i spadek częstości nieprzestrzegania przepisów „ustawy antytytoniowej” w kontrolowanych, przez Państwową Inspekcję Sanitarną, obiektach z 4,5% w 2010 r. do 0,21% w 2011 r. oraz 0,09% w 2012 r.

Realizacja ogólnopolskiego projektu „Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities)”



W celu poprawy egzekwowania i wzrostu przestrzegania przepisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55 z późn. zm.), a także zapoznania społeczeństwa ze szkodliwymi skutkami zdrowotnymi dymu tytoniowego dla czynnych i biernych palaczy, Główny Inspektorat Sanitarny wraz z Wojewódzkimi i Powiatowymi Stacjami Sanitarno-Epidemiologicznymi od 1 października 2011 roku do 30 września 2013 roku podjął się realizacji II edycji ogólnokrajowego projektu pn. „Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities)”.

Projekt ten finansowany jest przez Międzynarodową Unię ds. Walki z Gruźlicą i Chorobami Płuc, we współpracy ze Światową Fundacją ds. Walki z Chorobami Płuc (World Lung Foundation). Obie organizacje są zrzeszone w ramach Inicjatywy Bloomburga, założonej przez Michaela Bloomburga, burmistrza Nowego Jorku.

W ramach projektu w 2012 roku zorganizowano ogólnopolski cykl szkoleń dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Policji, Straży Miejskich i Gminnych, odpowiedzialnych za egzekucję zapisów ww. ustawy w zakresie przestrzegania zakazu palenia i oznakowania stref bezdymnych (łącznie: 166 szkoleń, 4 257 przeszkolonych funkcjonariuszy). Przygotowano także podręcznik dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawujących bieżący nadzór nad realizacją obowiązków wynikających z ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz broszurę dla partnerów projektu informującą o zapisach ww. ustawy. Nawiązano współpracę z licznymi partnerami (m.in. Policją, Strażą Miejską i Gminną, przedstawicielami lokalnych samorządów, stowarzyszeniami, podmiotami leczniczymi i placówkami oświatowo-wychowawczymi), którzy zobowiązali się dystrybucji materiałów informacyjno-edukacyjnych, współorganizacji imprez i eventów oraz udziału w organizowanych akcjach. W ramach projektu do 2013 roku prowadzona jest również ogólnopolska kampania społeczna i medialna rozpowszechniająca informacje o obowiązujących regulacjach prawnych dotyczących miejsc wolnych od dymu tytoniowego (pn. „Miasta wolne od dymu”) oraz edukacja w zakresie skutków zdrowotnych używania tytoniu, w tym narażenia na środowiskowy dym tytoniowy.

3. Profilaktyka chorób zakaźnych



W 2012 r. **Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania HIV** realizowany był we wszystkich województwach i stanowił kontynuację działań podejmowanych przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w latach ubiegłych. Głównym celem programu jest ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV/AIDS w kraju poprzez m.in. podniesienie poziomu wiedzy w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz promowanie odpowiedzialnych postaw i unikania ryzykownych zachowań seksualnych.

Odbiorcą programu jest ogół społeczeństwa. Działania informacyjno-edukacyjne adresowane są w szczególności do osób aktywnych seksualnie, osób dorosłych, młodzieży szkolnej ponadgimnazjalnej, rodziców, nauczycieli, pacjentów i personelu podmiotów leczniczych oraz kobiet planujących macierzyństwo i oczekujących dziecka.

Liczba odbiorców działań programowych w 2012 r. wynosiła ok. 2 600 000, a swoim zasięgiem Program objął łącznie 8 763 jednostki, w tym m.in. placówki nauczania i wychowania, podmioty lecznicze. W ramach działań realizatorzy programu zorganizowali liczne narady, szkolenia, wykłady, prelekcje, pogadanki oraz imprezy środowiskowe.

Wzmocnieniem działań programowych były coroczne obchody Światowego Dnia Walki z AIDS oraz działania realizowane w zakresie kampanii społecznej „FAIR PLAY” skierowane głównie do kibiców, osób dorosłych podejmujących ryzykowne zachowania seksualne oraz gości przyjeżdżających

z innych krajów. Ponadto wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne kontynuowały działania podjęte w ramach ogólnopolskiej kampanii społecznej „Zrób test na HIV”, która zachęcała do badań w kierunku HIV i wykonywania bezpłatnych, anonimowych testów w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych na terenie całego kraju.

W 2012 roku jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały **kampanię społeczną w zakresie profilaktyki grypy**. Głównym celem działań edukacyjnych prowadzonych na terenie całego kraju było zapobieganie zachorowaniom na grypę sezonową i jej powikłaniom oraz ograniczenie szerzenia się wirusa grypy AH1N1 w społeczeństwie. Ponadto stacje sanitarno-epidemiologiczne prowadziły działania informacyjne dotyczące przestrzegania zasad higieny oraz promujące szczepienia ochronne, jako skuteczną metodę zapobiegania grypie.

Adresatami działań były dzieci, młodzież w wieku szkolnym, rodzice i opiekunowie, dyrektorzy i nauczyciele placówek nauczania i wychowania, pacjenci oraz pracownicy podmiotów leczniczych oraz społeczność lokalna.

Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych w zakresie profilaktyki grypy w okresie poprzedzającym zachorowania na grypę oraz w okresie nasilenia choroby (sezonie epidemicznym) są priorytetowym działaniem z zakresu profilaktyki dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej.



4. Profilaktyka uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych

Od 1 lipca 2012 roku Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytutem Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi oraz Instytutem Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie, w ramach zawiązanego partnerstwa rozpoczął realizację **Projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”** współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Głównym celem pięcioletniego Projektu jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym. W ramach programu zorganizowane zostaną: szkolenia dla kadry medycznej (lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologów, pediatrów, pielęgniarek i położnych) oraz nauczycieli (szkolnych koordynatorów programu edukacyjnego pt. „ARS, jak dbać o miłość?”), program edukacyjny do szkół ponadgimnazjalnych oraz zakładów pracy, przeprowadzenie badania ankietowego wśród kobiet w wieku prokreacyjnym, a także kampania społeczna.

Wszystkie działania wzmocnione zostaną ogólnopolską kampanią społeczną i medialną. Elementem integrującym wszystkie działania w Projekcie jest platforma internetowa – System Elektronicznego Monitorowania i Promocji Zdrowia (SEMPZ), która umożliwi prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, oraz szkoleniowych on-line, oraz e-poradnictwa dla kobiet w ciąży i planujących ciążę (www.zdrowiewciazy.pl).

Całkowity budżet Projektu wynosi 4 045 519 CHF, z czego 3 438 691 (85%) finansowane jest przez stronę szwajcarską, pozostałe 606 828 CHF (15%) stanowi wkład krajowy, finansowany przez Ministra Zdrowia.

To pierwsze tak duże ogólnopolskie przedsięwzięcie, które kompleksowo podchodzi do problematyki uzależnień i obejmie swym zasięgiem ok. 5 mln osób.

W dniach 22–26 października 2012 roku pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili ogólnopolskie badanie ankietowe pt. „**Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży**” realizowane w ramach Projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnienia od alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.



Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w 381 oddziałach położniczo-ginekologicznych. Chęć udziału w badaniu wyraziło 2913 położnic. Zbadano 2833 kobiet z całej Polski, które po porodzie przebywały w szpitalu wraz z noworodkami i wypełniły kwestionariusz ankiety.

Według badań GIS z 2012 roku, 2,2% polskich kobiet w ciąży przyjmuje środki uspokajające lub nasenne, 7% pali papierosy, a aż 10,1% spożywa alkohol. Dodatkowo 22,5% ciężarnych jest codziennie narażonych na wdychanie dymu tytoniowego w domu. O ile 90,2% kobiet, jako wysoki czynnik ryzyka dla rozwijającego się płodu, uznaje aktywne palenie tytoniu, świadomość na temat szkodliwości picia alkoholu jest dużo niższa. Nadal wiele Polek uważa, że picie niewielkich ilości alkoholu w trakcie ciąży nie jest szkodliwe dla płodu (2,5%). Niektóre z nich są zdania, że picie dużych ilości alkoholu nie jest w ogóle ryzykowne.

Niepokojącym jest również fakt, że aż 56,5% kobiet ciężarnych nie uzyskało od lekarza informacji na temat skutków spożywania alkoholu w ciąży. Co gorsza, 1,4% Polek dowiadywało się w gabinecie lekarskim, że picie małej ilości alkoholu w ciąży jest dopuszczalne lub nawet zalecane. W konsekwencji w 2012 roku u 0,5% badanych dzieci z wadami wrodzonymi stwierdzano cechy alkoholowego zespołu płodowego (FAS) w postaci m.in. niedorozwoju płytek paznokciowych, krótkich szpar powiekowych, braku rynienki nosowo-wargowej, zeza, cienkiej górnej wargi i krótkiej szyi.

Celem badania była analiza zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży oraz ich wpływ na zdrowie noworodków, ze szczególnym uwzględnieniem palenia papierosów, picia alkoholu, używania innych substancji psychoaktywnych, odżywiania oraz aktywności fizycznej. Wyniki badania posłużą określeniu skali zjawiska dotyczącego używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży oraz skutków zdrowotnych wynikających z ich używania dla potomstwa.

5. Podsumowanie

Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2012 roku podejmowały działania edukacyjno-informacyjne również w ramach autorskich programów i kampanii w zakresie:

- profilaktyki próchnicy
- profilaktyki nowotworów
- profilaktyki chorób wywołanych przez kleszcze
- profilaktyki zatruc pokarmowych, w tym zatruc grzybami
- profilaktyki niekorzystnych skutków promieniowania ultrafioletowego (UV)
- profilaktyki używania środków zastępczych tzw. „dopalaczy”

a także organizowały obchody **Światowego Dnia Zdrowia**, który w 2012 roku obchodzony był pod hasłem „Więcej Zdrowia – Więcej Życia”. Działania prowadzone w ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia koncentrowały się głównie na zwiększeniu uwagi społeczeństwa, pracowników służby zdrowia, władz rządowych i samorządowych na problem starzenia się społeczeństw, który dotyka wszystkie kraje. Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazali do licznych partnerów i współrealizatorów działań materiały informacyjne opracowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), w których min. przedstawiono priorytety dotyczące zaktywizowania we wszystkich obszarach życia osób starszych.

SANITARNO- EPIDEMIOLOGICZNA OCHRONA GRANIC PAŃSTWA

1. Graniczna Kontrola Sanitarna

Środki spożywcze znajdujące się w obrocie w jednym państwie członkowskim Unii Europejskiej mogą być wprowadzane do obrotu we wszystkich pozostałych państwach członkowskich na zasadach wzajemnego uznawania oraz swobodnego przepływu towarów.

W 2012 roku w ramach urzędowej kontroli żywności obejmującej graniczną kontrolę żywności na przejściach granicznych w całym kraju, przeprowadzono ogółem **35 796 kontroli**.

Graniczne kontrole sanitarne przeprowadzają w przejściach granicznych Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni oraz w miejscu przeznaczenia towarów (w siedzibie importera albo odbiorcy) Państwowi Powiatowi lub Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni.

Żywność pochodzenia niezwierzęcego oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością przywiezione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej **nie podlegają granicznej kontroli sanitarnej** (przedsiębiorca nie ma obowiązku składania wniosku o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej oraz świadectw spełniania przez te towary wymagań zdrowotnych).

Jednakże przedsiębiorca, który importuje środki spożywcze z innego państwa członkowskiego UE, powinien posiadać dokumenty, które potwierdzają, że importowany produkt jest bezpieczny i spełnia wymagania jakości zdrowotnej.

Graniczne kontrole sanitarne środków spożywczych pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, przywożonych z państw trzecich i wprowadzane w Polsce do obrotu, **podlegają granicznej kontroli sanitarnej**.

Sposób i tryb przeprowadzania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej urzędowej kontroli żywności pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, w ramach której prowadzona jest **graniczna kontrola sanitarna**, określa *rozporządzenie (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, Rozdz. 3, t. 45, str. 200)*. Szczegółowe przepisy w ww. zakresie znajdują się w art. 79–84 *ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2010 Nr 136, poz. 914, z późn. zm.)*.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, oprócz prawa unijnego i krajowego, stosują także jednolite procedury kontroli Głównego Inspektora Sanitarnego – PK/NG/01 „*Kontrola jakości zdrowotnej przywożonej z zagranicy żywności, składników żywności, substancji pomagających w przetwarzaniu oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością*”.

Graniczna kontrola sanitarna, zgodnie z art. 16 ww. rozporządzenia (WE) 882/2004, obejmuje: m.in. kontrolę dokumentacji, wrywkową kontrolę identyfikacyjną oraz, w stosownych przypadkach, kontrolę bezpośrednią. Kontrola bezpośrednia oznacza kontrolę żywności, która może obejmować kontrolę środków transportu, opakowania zbiorczego, etykietowania, temperatury oraz pobieranie próbek do analizy i badania laboratoryjne, a także wszelkie inne kontrole niezbędne do sprawdzenia zgodności z prawem żywnościowym.

W wyniku przeprowadzonej kontroli właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydaje **świadcstwo stwierdzające spełnianie wymagań zdrowotnych** przez kontrolowane towary, a na podstawie świadectwa organy celne nadają dopuszczalne przeznaczenie celne.

W zakresie granicznej kontroli sanitarnej obowiązuje *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2007 r. w sprawie wykazu przejść granicznych właściwych dla przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej (Dz. U. Nr 196, poz. 1423) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2008 r. w sprawie współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami celnymi w zakresie granicznych kontroli sanitarnych (Dz. U. Nr 37 poz. 213, z późn. zm.)*

Tabela 27.

Działalność kontrolna granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych

GSSE	Liczba granicznych kontroli sanitarnych
Warszawa	8872
Przemysł	2549
Dorohusk	5701
Hrebenne	2494
Koroszczyn	1060
Suwałki	519
Elbląg	276
Gdynia	13688
Świnoujście / Szczecin	637
Suma	35796

2. Działania w okresie przygotowań i trwania TURNIEJU UEFA EURO 2012

W ramach prowadzenia przygotowań do turnieju Euro 2012 w Głównym Inspektoracie Sanitarnym został powołany – zarządzeniem nr 6/2011 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 01.02.2011 – Zespół do Spraw Organizacji Zabezpieczenia Sanitarno-Epidemiologicznego turnieju UEFA 2012.

Główne zadania realizowane przez Urząd w ramach przygotowań do Euro 2012:

1. Udział w pracach Zespołu ds. Zabezpieczenia Turnieju UEFA Euro 2012 oraz współpraca ze spółką EURO 2012.PL (z koordynatorem medycznym);
2. Koordynacja wdrażania procedur opracowanych przez graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne w Gdyni, Warszawie oraz na granicy wschodniej;
3. Wdrażanie postanowień zawartych w przepisach międzynarodowych w zakresie ruchu transgranicznego (ze szczególnym uwzględnieniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych);
4. Zakończenie procesu certyfikacji wybranych portów lotniczych i zgłoszenie ich do Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jako punktów wejścia (po spełnieniu minimalnych wymagań określonych w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych);
5. Nawiązanie i utrzymanie współpracy ze służbami nadzoru sanitarnego Ukrainy.

W ramach procesu certyfikacji, przeprowadzonego na podstawie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, do Regionalnego Biura WHO właściwego dla Europy (Kopenhaga) zgłoszono jako punkty wejścia następujące międzynarodowe porty lotnicze:

- Port Lotniczy im. F. Chopina Warszawa – Okęcie
- Port Lotniczy im. Jana Pawła II Kraków – Balice
- Port Lotniczy im. NSZZ Solidarność Szczecin – Goleniów
- Port Lotniczy S.A. Wrocław im. Mikołaja Kopernika
- Port Lotniczy Łódź im. W. Reymonta Sp. z o.o.
- Port Lotniczy im. Lecha Wałęsy Gdańsk
- Port Lotniczy im. H. Wieniawskiego Poznań – Ławica

W trakcie trwania Euro 2012, Główny Inspektorat Sanitarny prowadził szeroką współpracę m.in. z:

- Granicznymi Stacjami Sanitarno-Epidemiologicznymi;
- Rządowym Centrum Bezpieczeństwa;
- Zespołem ds. Zabezpieczenia Turnieju UEFA Euro 2012, spółką PL2012 (z koordynatorem medycznym);
- Ministerstwem Zdrowia, w szczególności z Departamentem Spraw Obronnych, Zarządzenia Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych;
- Światową Organizacją Zdrowia (WHO) w zakresie punktów wejścia;
- Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) w zakresie organizacji konferencji w dniu 9 lutego 2012 r. dot. podsumowania przygotowań Urzędu do Euro 2012 oraz w zakresie zapewnienia stacjonowania w Urzędzie obserwatora ECDC;
- Głównym Inspektorem Sanitarnym Wojska Polskiego oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

TURNIEJ MISTRZOSTW EUROPY W PIŁCE NOŻNEJ UEFA EURO 2012

Turniej Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012, ze względu na swą rangę, liczbę uczestników oraz wzmożone przemieszczanie się ludności, wymagał intensyfikacji ustawowych działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Konieczne było zapewnienie zintegrowanego podejścia do kwestii bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego, obejmującego wspólne działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej na każdym szczeblu, zaangażowanych w proces przygotowania i przeprowadzenia fazy operacyjnej Turnieju.

Państwowa Inspekcja Sanitarna odpowiedzialna w świetle przepisów prawa m.in. za realizację nadzoru epidemiologicznego, obejmującego wszystkie osoby przebywające na terytorium Polski, jako jedyna służba jest właściwa do oceny sytuacji epidemiologicznej na nadzorowanym terenie. Szczególna intensyfikacja działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej nastąpiła w okresie bezpośrednio poprzedzającym rozpoczęcie Turnieju tj. od początku roku 2012.

1. Przygotowania do organizacji zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego Turnieju Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012

W ramach przygotowań Państwowej Inspekcji Sanitarnej do organizacji Turnieju UEFA EURO 2012, zarządzeniem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 1 lutego 2010 r., powołany został Zespół do Spraw Organizacji i Zabezpieczenia Sanitarno-Epidemiologicznego Turnieju UEFA EURO 2012, w pracach którego czynny udział brali przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej – Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Państwowi Wojewódzcy inspektorzy Sanitarni, jak również Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni właściwi dla miejsc wzmożonego ruchu turystycznego związanego z Turniejem, a także Krajowy Konsultant ds. epidemiologii.

Na forum Zespołu dopracowane zostały m.in. zasady wzmożonego nadzoru nad chorobami zakaźnymi i zakażeniami u ludzi, w tym zasady przesyłania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej raportów dotyczących przypadków zachorowań na choroby zakaźne w czasie trwania Turnieju. Jednocześnie określono wykaz powiatów zaangażowanych w organizację Turnieju UEFA EURO 2012, na terenie których znajdowały się miejsca stacjonowania drużyn, pobytu kibiców, wzmożonego przepływu osób w związku z Turniejem.

W przygotowaniach do organizacji zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego Turnieju UEFA EURO 2012 bardzo istotne było wzmocnienie nadzoru sanitarnego nad bezpieczeństwem żywności i żywienia.

W celu przygotowania do Turnieju UEFA EURO 2012, Główny Inspektor Sanitarny wydał organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej polecenie wzmocnienia bieżącego nadzoru sanitarnego nad obiektami żywności i żywienia mającymi istotny wpływ na bezpieczeństwo uczestników EURO 2012.



Od dnia 1 stycznia 2012r. do zakończenia Turnieju, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzały kontrole sanitarne w zakładach usytuowanych w miejscach oficjalnych Turnieju (w strefach kibica, na stadionach lub w ich pobliżu, hotelach UEFA family, centrach pobytowych drużyn), a także na dworcach, w portach lotniczych, na drogowych i kolejowych przejściach granicznych. Ponadto kontrolowano obiekty zlokalizowane na szlakach przemieszczania się turystów oraz restauracje, w tym hotelowe, bary, puby, kluby, zakłady cateringowe, obiekty na polach namiotowych i gastronomii „przydrożnej”.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości prowadzono stosowne działania mające na celu wyegzekwowanie właściwego stanu sanitarnego. Za stwierdzone uchybienia nakładano mandaty karne oraz wydawano decyzje administracyjne mające na celu poprawę stanu sanitarno-technicznego zakładów.

W zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody, w ramach przygotowań do zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego Turnieju, sporządzono bazy teleadresowe podmiotów i osób odpowiedzialnych m.in. za jakość wody w przedsiębiorstwach wodociągowych oraz jej kontrolę wewnętrzną, jak również stan techniczny instalacji wewnętrznej wody zimnej i ciepłej w wytypowanych szpitalach i innych obiektach służby zdrowia, w hotelach obsługujących gości Turnieju, w centrach pobytowo-treningowych drużyn piłkarskich, na stadionach turniejowych, na basenach kąpielowych krytych i odkrytych (w tym parkach wodnych) oraz w miejscach zakwaterowania pododdziałów Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Dodatkowo zobowiązano przedsiębiorstwa wodociągowe do systematycznej kontroli wewnętrznej, zabezpieczenia (monitoringu) stanu sanitarno-technicznego ujęć wody do celów konsumpcyjnych (studnie głębinowe, ujęcia wód powierzchniowych, terenów wodonośnych dla wód infiltracyjnych), a także przygotowano plany awaryjnego zaopatrzenia w wodę.

Od dnia 1 stycznia 2012 r. przeprowadzono kontrole wszystkich basenów i kąpielisk w Miastach – Gospodarzach i basenów w sąsiedztwie tych miast. Kontrole realizowane były przed i w trakcie trwania Turnieju. Wykonano badania laboratoryjne próbek wody z niecek basenowych i kąpielisk przed rozpoczęciem Turnieju i co najmniej jeden raz w czasie jego trwania, wskazano na potrzebę zlecenia wykonania badań w kierunku obecności bakterii z rodzaju Legionella w instalacjach ciepłej wody (natryski).

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, realizując wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego, w związku z zabezpieczeniem sanitarno-epidemiologicznym Turnieju UEFA EURO 2012 w Polsce, sprawowały ponadto wzmocniony bieżący nadzór sanitarny w zakresie oceny stanu sanitarno-higienicznego nad obiektami i urządzeniami użyteczności publicznej oraz w środkach transportu drogowego i kolejowego.

Kontrolami objęto m. in. obiekty hotelarskie i inne obiekty, w których świadczone są usługi hotelarskie, w tym również pensjonaty i campingi, dworce, stacje i przystanki PKP, dworce, stacje i przystanki PKS, ustępy publiczne i ustępy ogólnodostępne, środki transportu publicznego, w tym

autobusy miejskie i międzymiastowe, oraz pociągi, obiekty sportowe (w tym m. in. stadiony, hale sportowe, boiska i baseny).

W okresie poprzedzającym Turniej, i w czasie jego trwania nasilona została częstość kontroli pojazdów komunikacji miejskiej Miast – Gospodarzy oraz komunikacji autobusowej w ruchu lokalnym, międzynarodowym i turystycznym.

Dodatkowo w okresie od 16 do 30 kwietnia 2012 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły kontrole miejsc obsługi pasażerów transportu kolejowego (dworców PKP, stacji PKP, przystanków PKP) oraz taboru kolejowego.

Mając na względzie konieczność uspołnienia działań podejmowanych przez służby sanitarne krajów organizujących Turniej Finałowy Mistrzostw UEFA EURO 2012, nawiązano ścisłą współpracę ze służbami sanitarnymi na Ukrainie.

Równocześnie, Główny Inspektorat Sanitarny podjął działania mające na celu zintensyfikowanie współpracy z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) oraz Światową Organizacją Zdrowia (World Health Organization, WHO).

W ramach przygotowań do Turnieju, przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego brali udział w 2012 r. w szkoleniach, warsztatach i konferencjach.

Przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego współorganizowali również merytorycznie III Międzynarodową Konferencję Naukowo-Szkoleniową dotyczącą zdrowia publicznego i zagrożeń transgranicznych przed EURO 2012, która miała miejsce w Pizzu, w dniach 28–30 maja 2012 r. Podczas konferencji poruszone zostały zagadnienia dotyczące gruźlicy u ludzi, w tym przedstawiono ewentualne możliwości wzmocnienia nadzoru nad gruźlicą w Polsce we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia.

Przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego brali czynny udział w pracach także innych zespołów odpowiedzialnych za proces przygotowania do Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012. W Głównym Inspektoracie Sanitarnym kontynuowano m.in. prace związane z działalnością Zespołu ds. Bezpieczeństwa Medycznego i Ratowniczego Lotnisk UEFA EURO 2012. W dniu 18 kwietnia 2012 r. wzięto udział w spotkaniu Zespołu, podczas którego omówiono etap przygotowania poszczególnych lotnisk do zabezpieczenia przeciwpożarowego i ratowniczego do Turnieju UEFA EURO 2012 oraz wyzwania dla portów lotniczych związane z realizacją Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych.

Dodatkowo podjęto działania mające na celu poszerzenie wiedzy społeczeństwa, kibiców oraz uczestników Turnieju UEFA EURO 2012 z zakresu zasad bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego.

W partnerstwie z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowym Centrum ds. AIDS i Biurem Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, przygotowana została kampania społeczna pt. "Kibicuj Zdrowiu!", adresowana do dorosłych kibiców Turnieju Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej w 2012 r.

Celem kampanii było ograniczenie ryzykownych zachowań zdrowotnych, jakie mogą pojawić się w kontekście organizacji imprez masowych, ze szczególnym naciskiem na ograniczenie zdrowotnych następstw palenia tytoniu, w tym ekspozycji na dym tytoniowy, nadużywania alkoholu oraz używania innych substancji psychoaktywnych (w tym nowych narkotyków), liczby zatruc pokarmowych, zachorowań na choroby zakaźne, w tym choroby związane z niewłaściwą higieną osobistą, jak również ograniczenie skutków ryzykownych zachowań seksualnych, w tym odsetka nowych zakażeń wirusem HIV, oraz zachorowań na inne choroby przenoszone drogą płciową (HCV, HPV, kiła, rzeżączka).

Opracowano także komunikaty i porady dotyczące zagrożeń i sposobu postępowania w zakresie zdarzeń związanych z bezpieczeństwem zdrowotnym wody do picia, jak również materiały informacyjne dotyczące zagrożeń związanych z zażywaniem i handlem środkami zastępczymi. Na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego utworzono zakładkę „UEFA EURO”, w której umieszczano informację dla kibiców na temat zasad bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego oraz zalecanych szczepień.

2. Realizacja założeń organizacji zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012

Celem Głównego Inspektoratu Sanitarnego było zapewnienie wysokich standardów bezpieczeństwa w zakresie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego w czasie Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 na terenie kraju poprzez właściwą koordynację pracy komórek organizacyjnych Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz stosowną, w tym zakresie, współpracę ze wszystkimi organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, administracji państwowej, odpowiednikami służb sanitarnych Ukrainy, przedstawicielami Europejskiego Centrum Prewencji i Kontroli Chorób (ECDC), Światową Organizacją Zdrowia (WHO) oraz innymi podmiotami realizującymi zadania związane z tym wydarzeniem.

W trakcie trwania Turnieju Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 podejmowane były działania zgodnie z planowanymi założeniami organizacji pracy i funkcjonowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w systemie zapewniającym prowadzenie wzmożonego nadzoru sanitarno-epidemiologicznego.

Zarówno Główny Inspektorat Sanitarny, jak i stacje sanitarno-epidemiologiczne (wojewódzkie, powiatowe i graniczne) pozostawały w stałej, 24-godzinnej gotowości do działania.

W dniach od 1 czerwca 2012r. do 2 lipca 2012r. w Głównym Inspektoracie Sanitarnym rozwinięty został 24-godzinny dyżur, który w zmianach 12-godzinnych pełnili wyznaczeni pracownicy Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne (w Warszawie, Gdańsku, Poznaniu, Wrocławiu) w okresie trwania Turnieju Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 działały w wydłużonym czasie pracy, zgodnie z założeniami zawartymi w Planach operacyjnych zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego Mistrzostw Europy UEFA EURO 2012 na terenie poszczególnych miast i województw. Dodatkowo, powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne zlokalizowane na terenie powiatów związanych z organizacją mistrzostw (miejsca stacjonowania drużyn, pobytu kibiców, wzmożonego przepływu osób w związku z Turniejem), jak również graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne pozostawały w stanie gotowości i stałym kontakcie z Głównym Inspektoratem Sanitarnym.

W celu zapewnienia wysokich standardów bezpieczeństwa w zakresie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego w czasie Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 sytuacja w kraju w zakresie właściwości Państwowej Inspekcji Sanitarnej monitorowana była na bieżąco m.in. na podstawie raportów otrzymywanych z poziomu lokalnego.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym odpowiedzialne były w szczególności za: gromadzenie i weryfikację danych epidemiologicznych w ramach wzmożonego nadzoru, podejmowanie stosownych decyzji, podejmowanie działań przeciwepidemicznych, utrzymywanie łączności z innymi służbami na terenie miasta i województwa.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, prowadzono stosowne działania mające na celu wyegzekwowanie właściwego stanu sanitarnego. Za stwierdzone uchybienia nakładano mandaty karne oraz wydawano decyzje administracyjne mające na celu poprawę stanu sanitarno-technicznego zakładów.

Dla sprawnej realizacji założeń organizacji zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego istotna była również współpraca międzynarodowa.

W czasie trwania Turnieju na bieżąco współpracowano z oficerami łącznikowymi Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Na bieżąco dokonywano wymiany informacji, wyjaśniano wszelkie wątpliwości dotyczące zdarzeń i prowadzonego nadzoru, jak również analizowano przygotowane przez ECDC materiały dotyczące doniesień medialnych w sprawie zdarzeń wskazujących na wystąpienie lub możliwość wystąpienia zagrożenia dla zdrowia ludności.

Na bieżąco współpracowano również z Biurem Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce oraz Państwową Służbą Sanitarno-Epidemiologiczną Ukrainy. Współpraca ta opierała się na wzajemnej konsultacji oraz codziennej, elektronicznej wymianie informacji dotyczącej sytuacji epidemiologicznej.

Przedstawiciele Głównego Inspektoratu Sanitarnego wzięli ponadto udział w wizycie problemowej w dniu 17 czerwca 2012 r. z Szefem ds. Zabezpieczenia Medycznego Stadionu Emirates w Londynie oraz Menadżerem ds. Planowania Departamentu Zdrowia w Belo Horizonte w Brazylii. Celem spotkania było omówienie działań podjętych w ramach przygotowań Polski do Turnieju Finałowego Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej oraz realizacji założeń organizacyjnych w trakcie trwania Turnieju.

Współpracowano również z podmiotami krajowymi zaangażowanymi w zabezpieczenie Turnieju, z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny w zakresie analizy raportów otrzymywanych z poziomu lokalnego. Współpracowano również z Państwową Inspekcją Sanitarną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w ramach wspólnie prowadzonych przedsięwzięć. Współdziałanie to obejmowało wzajemną, codzienną wymianę informacji dotyczących sytuacji epidemiologicznej w kraju.

Założony cel dotyczący zapewnienia odpowiednio wysokich standardów bezpieczeństwa w zakresie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego w czasie Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 na terenie kraju został osiągnięty.

Dobra współpraca Państwowych Powiatowych i Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych ze służbami Miejskich Sztabów Operacyjnych gwarantowała właściwą i rzetelną wymianę informacji, umożliwiającą dobre zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne wszystkich imprez sportowych i imprez towarzyszących, które miały miejsce w tym czasie w kraju.

W obszarze zdrowia publicznego należy uznać, że sytuacja w zakresie występowania chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi w okresie poprzedzającym Turniej Finałowy Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej UEFA EURO 2012 oraz w jego trakcie pozostawała stabilna. Z terenu powiatów objętych wzmocnionym nadzorem epidemiologicznym nie zgłaszano ognisk epidemicznych chorób przenoszonych drogą pokarmową stwarzających zagrożenie dla kibiców i innych osób uczestniczących w EURO 2012 w liczbie podobnej jak w analogicznym okresie w latach poprzednich. Sytuacja zachorowań na grypę, choroby grypopodobne i ostre zakażenia dróg oddechowych była typowa dla tego okresu roku. Zgłaszano pojedyncze przypadki zachorowań na inne choroby zakaźne i zakażenia, bądź ogniska zachorowań nie powiązanych bezpośrednio z przebiegiem Turnieju UEFA EURO 2012. Nie stwierdzono przypadków zachorowań na choroby wysoce zakaźne lub szczególnie niebezpieczne.

Należy zaznaczyć, że na każdym szczeblu organizacji Państwowej Inspekcji Sanitarnej zadania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa epidemiologicznego Turnieju realizowane były w ramach sił i środków własnych, przy stałej obsadzie etatowej. Dzięki ponad 90-letniemu doświadczeniu Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz dobrej organizacji pracy, zarówno w trakcie przygotowań jak i podczas trwania mistrzostw, nie zaobserwowano sytuacji mogących mieć negatywny wpływ na realizację zadań.

Określenie szczegółowo zadań, a także wskazanie terminu ich realizacji na etapie planowania przyczyniło się do usystematyzowania oraz ujednoczenia prac i niewątpliwie wpłynęło na sprawne przeprowadzenie przygotowań Państwowej Inspekcji Sanitarnej do Turnieju UEFA EURO 2012, a w konsekwencji na jego efektywne i zintegrowane zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne.

