

Stan Sanitarny Kraju w 2022 roku



Główny Inspektorat
Sanitarny

© Główny Inspektorat Sanitarny 2023

Wszelkie prawa zastrzeżone

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

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

Raport o stanie sanitarnym kraju zawiera dane na dzień 31 grudnia 2022 r.

Warszawa, lipiec 2023 r.

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

tel.: +48 22 536 13 00

gov.pl/gis
e-mail: inspektorat@sanepid.gov.pl

Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	9
1. Zakres nadzoru sanitarnego.....	10
2. Ogólna ocena stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów	13
3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad zakładami żywienia zbiorowego typu otwartego	17
4. Stan sanitarny środków transportu żywności	18
5. Jakość zdrowotna środków spożywczych	20
5.1. System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF	23
5.2. Znakowanie żywności	36
5.3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety, żywności dla określonych grup oraz żywności obowiązkowo wzbogacanej	41
5.3.1. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety.....	41
5.3.2. Żywność dla określonych grup	43
5.3.3. Żywność obowiązkowo wzbogacana.....	46
5.4. Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO).....	47
5.5. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami	48
6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.....	53
7. Wybrane zagadnienia nadzoru nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego.....	53
7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach.....	54
7.2. Kontrole żywienia dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty	58
8. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad importem z państw trzecich żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.....	62
9. Oceny małej gastronomii i żywienia zbiorowego zamkniętego w okresie letnim za 2022 r.....	66
10. Kampania informacyjna EFSA „Wybieraj bezpieczną żywność” #EUChooseSafeFood.....	68
Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w 2022 r.	71
1. Choroby zakaźne objęte przez Światową Organizację Zdrowia programami eradykacji i eliminacji (odra, różyczka, <i>poliomyelitis</i>)	72
1.1. Odra.....	72
1.2. Różyczka	73
1.3. <i>Poliomyelitis</i> (ostre nagminne porażenie dziecięce).....	74
2. Grypa	74
3. Gruźlica.....	78
4. Choroby przenoszone drogą pokarmową.....	81
4.1. Zakażenia bakteryjne.....	82
4.2. <i>Kampylobakterioza</i> i <i>jersinioza</i>	85
4.3. <i>Czerwonka bakteryjna</i> (<i>szigelozą</i>)	85
4.4. <i>Dur brzuszny</i> i <i>dury rzekome</i> oraz <i>gronkowcowe zatrucia pokarmowe</i>	86
4.5. <i>Listerioza</i>	88
4.6. <i>Włośnica</i>	88
4.7. <i>Zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm)</i>	89
5. Zakażenia wirusowe.....	92
5.1. Zakażenia rotawirusowe.....	92
5.2. Zakażenia norowirusowe.....	93
5.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu A.....	93
6. Choroby krwiopochodne	96
6.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C.....	96
7. Choroby odzwierzęce.....	100
7.1. <i>Borelioza</i>	100
7.2. <i>Kleszczowe zapalenie mózgu</i>	101
7.3. <i>Wścieklizna</i>	102
7.4. <i>Bąblowica</i>	105
8. Ogniska epidemiczne chorób zakaźnych o charakterze międzynarodowym.....	106
8.1. Międzynarodowe ognisko zakażeń jednofazowymi serotypami <i>Salmonella</i> Typhimurium związane ze spożyciem wybranych słodczy czekoladowych	106
8.2. Międzynarodowe ognisko zakażeń wywołanych wirusem ospy matpiej.....	108
8.3. Zapalenia wątroby o nieznannej etiologii u dzieci w krajach europejskich	113
9. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych.....	115
10. Epidemia zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w Polsce	118
11. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie	122
12. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych w 2022 r.....	124
12.1. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych.....	124
12.2. Sposób przekazywania szczepionek prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne – dystrybucja szczepionek	125
12.3. Uchylenie się od obowiązku szczepień ochronnych przez osoby prawnie do tego zobowiązane jako czynnik determinujący możliwy spadek stanu zaszczepienia populacji przeciw chorobom zakaźnym – działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowane w celu egzekwowania obowiązku szczepień	127
13. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.....	131
14. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach – ogniska epidemiczne.....	133
14.1. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce	133
14.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala	134
14.3. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce	139

15. Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) w zakresie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej w 2022 r.....	146
15.1. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych.....	146
15.2. Współpraca Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych w ramach nadzoru sanitarno-epidemiologicznego.....	148
15.3. Działania GSSE na obszarze portów morskich i jednostkach pływających.....	148
15.4. Działania GSSE na obszarze lotniczych przejść granicznych.....	151
15.5. Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) w związku z pandemią SARS-CoV-2.....	151
15.6. Informacja dotycząca izolatorów dostępnych na przejściach granicznych znajdujących się pod nadzorem Państwowego Granicznego Inspektora Sanitarnego.....	152
15.7. Dodatkowe działania Głównego Inspektora Sanitarnego w zakresie wzmocnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego granic.....	155
Jakość wody przeznaczonej do spożycia.....	157
1. Wstęp.....	158
2. Zaopatrzenie ludności w wodę.....	159
2.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej.....	159
2.2. Struktura wodociągów w Polsce.....	161
2.3. Struktura wodociągów w poszczególnych województwach.....	163
2.4. Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia.....	166
3. Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.....	167
3.1. Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi.....	167
3.2. Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych.....	171
3.3. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych - odstępstwa.....	173
3.4. Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi.....	176
3.5. Badania ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju <i>Legionella</i> sp.....	176
3.6. Działania organów PIS w związku z sytuacją śnięcia ryb na rzece Odrze.....	178
4. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.....	179
Pływalnie.....	181
1. Wstęp.....	182
2. Wymagania, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach.....	182
2.1. Parametry mikrobiologiczne i fizykochemiczne.....	183
2.2. <i>Legionella</i>	185
3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.....	185
3.1. Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody.....	186
3.2. Roczna zbiorcza ocena wody na pływalniach.....	188
Kąpieliska i miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpieli.....	191
1. Wstęp.....	192
2. Terminy otwarcia kąpielisk.....	193
3. Stan sanitarny kąpielisk.....	193
4. Stan sanitarny miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli.....	198
5. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach.....	199
6. Serwis kąpieliskowy.....	200
7. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk.....	204
8. Działania organów PIS w związku z sytuacją śnięcia ryb na rzece Odrze.....	204
Zapobiegawczy nadzór sanitarny.....	207
1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny.....	208
1.1. Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.....	208
1.2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.....	208
1.3. Podsumowanie.....	216
Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej.....	219
1. Informacje ogólne.....	220
2. Stan sanitarny wybranych obiektów.....	221
2.1. Domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych, inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej.....	221
2.2. Zakłady przedpogrzebowe.....	221
2.3. Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi.....	223
2.4. Obiekty hotelarskie - hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, kempingi, pola biwakowe i inne obiekty, w których świadczony są usługi hotelarskie.....	226
2.5. Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, stacje metra i środki transportu.....	227
2.6. Zakłady karne i areszty śledcze.....	228
2.7. Inne obiekty użyteczności publicznej.....	228
2.8. Cmentarze.....	229
3. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów Ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w miejscach użyteczności publicznej.....	229
4. Podsumowanie.....	231
Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy.....	233
1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego.....	234
2. Ocena warunków pracy i narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach pogrzebowych.....	238

3. Choroby zawodowe	240
4. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy.....	242
5. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest – na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2022 r.	243
6. Podsumowanie	244
Higiena radiacyjna.....	247
1. Zgody i zezwolenia.....	248
2. Nadzór i kontrola w zakresie przestrzegania warunków ochrony radiologicznej.....	249
3. Nadawanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej	249
4. Podnoszenie kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta.....	251
5. Ochrona przed polem elektromagnetycznym w środowisku pracy.....	252
6. Pomiary skażeń promieniotwórczych	252
7. Kwestie legislacyjne.....	254
8. Radon	254
8.1. Identyfikacja terenów, na których poziom średniorocznego stężenia radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekroczyć poziom odniesienia	254
8.2. Działania informacyjno-edukacyjne	255
8.3. Ocena krajowego planu radonowego w zakresie jego kompletności i aktualności.....	256
8.4. Weryfikacja krajowych planów radonowych przez Komisję Europejską – projekt EU-RAP	257
Higiena procesów nauczania, wychowania oraz wypoczynku i rekreacji dzieci i młodzieży w roku 2022.....	259
1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży.....	260
2. Stan sanitarny budynków lub ich części, w których funkcjonują placówki opieki, wychowania i nauczania dla dzieci i młodzieży	261
3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej.....	262
4. Higiena procesu nauczania.....	264
5. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego.....	266
6. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży.....	268
7. Żłobki i kluby dziecięce	268
8. Nadzór nad placówkami z pobytem całodobowym	268
9. Podsumowanie	269
Stan sanitarny podmiotów prowadzących działalność leczniczą	271
1. Informacje podstawowe.....	272
2. Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze	273
2.1. Działalność lecznicza realizowana przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	273
2.2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	276
2.3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.....	278
2.4. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową	279
3. Postępowanie z odpadami medycznymi.....	280
4. Podsumowanie	281
Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w obszarze chemikaliów	283
1. Produkty biobójcze	284
2. Substancje chemiczne i ich mieszaniny	289
3. Detergenty	294
4. Produkty kosmetyczne	294
5. Prekursory narkotyków kat. 2 i 3.....	299
6. Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne	301
6.1. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych. Działania kontrolne.....	303
6.2. Rejestr zatruć środkami zastępczymi (SZ) lub nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP).....	305
6.3. Prace Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych w ograniczeniu dostępności do środków zastępczych	308
Cyfryzacja Państwowej Inspekcji Sanitarnej	313
Programy edukacyjne	319
1. Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowany do uczniów IV klas szkół podstawowych	320
2. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłoś?”	321
3. Program edukacyjny „Skąd się biorą produkty ekologiczne?”	321
4. Program edukacyjny „Trzymaj Formę”	322
5. Europejski Tydzień Szczepień.....	324
6. Projekt „Zdrowe Życie”	324
Komunikacja społeczna jako promocja zdrowia.....	327
1. Komunikacja społeczna jako promocja zdrowia	328
2. Media społecznościowe jako kanał dotarcia do masowego odbiorcy	329
3. Prosty język – skuteczna komunikacja.....	332
Tabele, wykresy, rysunki.....	335



Szanowni Państwo,

z przyjemnością przekazuję Państwu raport „Stan sanitarny kraju w 2022 roku”. Zawarte w nim treści podsumowują pracę Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ubiegłym roku, który pod wieloma względami był szczególny.

Po dwóch latach pandemii zaczęliśmy stopniowo wracać do przedpandemicznej rzeczywistości. Było to możliwe dzięki szerokiej dostępności szczepień przeciwko COVID-19, zarówno wśród dorosłych, jak i dzieci.

Tak jak w ubiegłych latach, nasz cel – ochrona zdrowia publicznego – pozostał niezmienny. Realizujemy go poprzez nadzór nad bezpieczeństwem żywności, wody pitnej, kąpielisk, środków zastępczych czy kosmetyków. Czuwamy nad higieną środowiska, pracy, radiacyjną, a także sprawdzamy stan sanitarny miejsc, w których realizowane są świadczenia zdrowotne. Istotną rolę w realizowaniu zadań zdrowia publicznego pełnią laboratoria inspekcji. Aby zadania te mogły być realizowane efektywnie, nieustannie pracujemy nad rozwojem infrastruktury, wykorzystywanego sprzętu, a także poszerzaniem wiedzy i umiejętności ich pracowników. Państwowa Inspekcja Sanitarna dba również o zdrowie dzieci i młodzieży, kontroluje miejsca nauki i wypoczynku oraz sprawuje nadzór nad higieną nauczania i wychowania.

Aby skutecznie realizować zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w 2022 r. kontynuowaliśmy proces cyfryzacji. Dzięki korzystaniu z nowoczesnych rozwiązań możemy szybciej i bardziej efektywnie prowadzić sprawy zarówno przedsiębiorstw, jak i obywateli.

Działania inspekcji w zakresie wdrażania innowacyjnych rozwiązań cyfrowych zostały docenione. W czerwcu 2022 r. z ogromną dumą przyjąłem wiadomość o otrzymaniu przez Główny Inspektorat Sanitarny prestiżowej nagrody ONZ – United Nations Public Service Awards. Nagroda ta promuje innowacje i wysokie standardy w usługach publicznych. Udział w konkursie mogą wziąć organizacje publiczne ze wszystkich państw członkowskich Narodów Zjednoczonych. Główny Inspektorat Sanitarny, jako jedyny w Polsce, znalazł się w ubiegłym roku w gronie 10 laureatów nagrody. Nasza instytucja została wyróżniona za wdrożenie Systemu Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPI). Jest to kompleksowy system cyfryzacji działań inspekcji. Program doskonale sprawdził się w czasie walki z pandemią COVID-19 i stopniowo rozszerzamy jego możliwości, tak aby mógł być stosowany we wszystkich obszarach objętych naszym nadzorem.

Rok 2022 zapisał się w naszej pamięci również z powodu wybuchu wojny w Ukrainie. Polska stała się głównym krajem zarówno tranzytowym, jak i docelowym dla osób uciekających przed wojną. W obliczu nagłego napływu uchodźców Państwowa Inspekcja Sanitarna natychmiast podjęła działania niezbędne do utrzymania bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego kraju.

Mam nadzieję, że publikacja „Stan sanitarny kraju w 2022 roku” będzie cennym źródłem wiedzy dla instytucji publicznych, ośrodków naukowych, mediów oraz każdego, kto jest zainteresowany tematem zdrowia publicznego. Głęboko wierzę, że dzięki codziennej pracy pracowników inspekcji, jak i zaangażowaniu mieszkańców naszego kraju, możemy wspólnie wpływać na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego nas wszystkich.

Krzysztof Saczka
Główny Inspektor Sanitarny wz.



Raport o stanie sanitarnym kraju zawiera dane na dzień 31 grudnia 2022 r.



**STAN SANITARNY ZAKŁADÓW ŻYWNOSCI,
ŻYWIENIA, MATERIAŁÓW I WYROBÓW
PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU Z ŻYWNOSCIĄ**

1. Zakres nadzoru sanitarnego

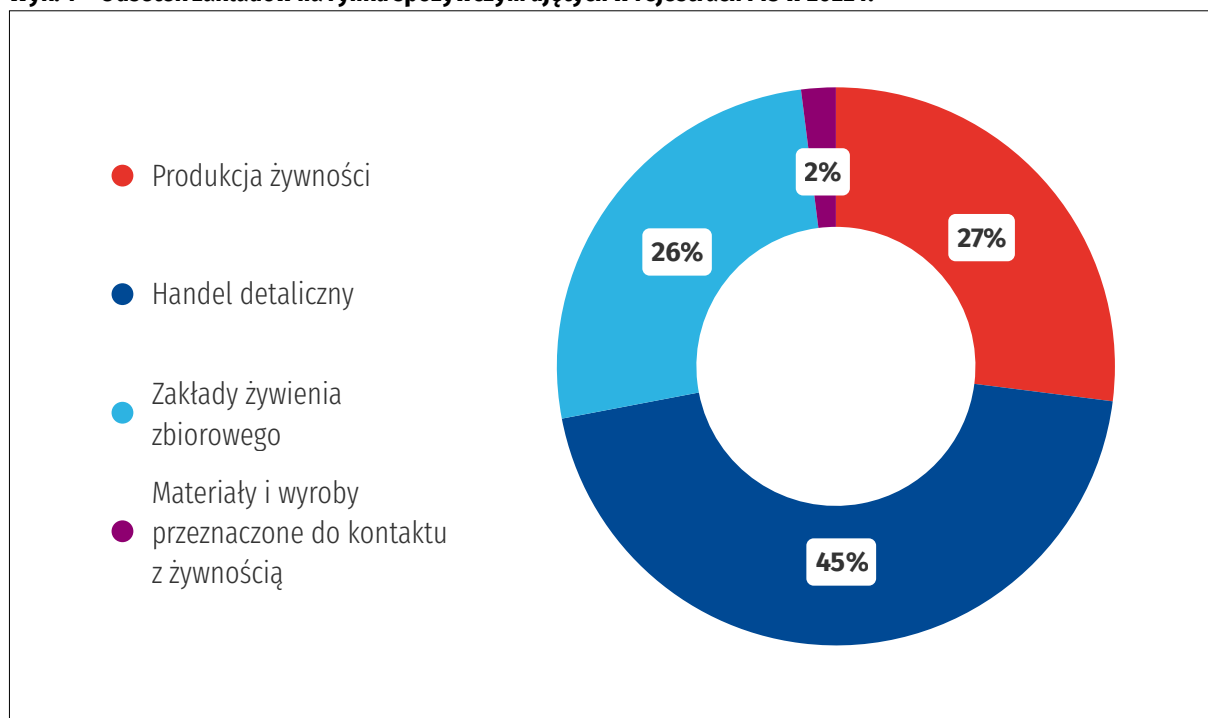
Zakres bieżącego nadzoru sanitarnego sprawowanego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) obejmował kontrolę przestrzegania w zakładach produkcji i obrotu żywnością, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w tym przepisów prawa żywnościowego, dotyczących:

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

W roku 2022 w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 567 404 zakłady żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2021 r. – 550 300), w szczególności:

- ◆ 155 652 – zakłady produkcji żywności (2021 r. – 149 172),
- ◆ 256 160 – zakładów obrotu żywnością (w 2021 r. – 250 385),
- ◆ 146 686 – zakładów żywienia zbiorowego (2021 r. – 142 599),
- ◆ 8906 – wytwórni oraz miejsc obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością (w 2021 r. – 8144).

Wyk. 1 Odsetek zakładów na rynku spożywczym ujętych w rejestrach PIS w 2022 r.



W rejestrach zakładów urzędowej kontroli żywności w 2022 r. w grupie zakładów produkcji znajdowało się m.in.: 4596 piekarni, 3938 ciastkarni, 3354 automaty do lodów, 1478 przetwórnicy owocowo-warzywnych i grzybowych, 1442 wytwórnie lodów, 1064 zakłady garmażeryjne, 474 wytwórnie wyrobów cukierniczych, 436 zakładów przemysłu zbożowo-młynarskiego, 368 wytwórni suplementów diety, 260 browarów i słodowni, 212 wytwórni koncentratów spożywczych, 148 wytwórni tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych, 126 wytwórni napojów bezalkoholowych i rozlewni piwa, 125 wytwórni naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i stołowych, 124 wytwórnie makaronów itp.

Warto podkreślić, że najliczniejszą spośród nadzorowanych grup na rynku wytwórców żywności stanowili producenci rolni. Ogólna liczba nadzorowanych zakładów związanych z produkcją rolniczą, obejmująca producentów pierwotnych, rolniczy handel detaliczny i dostawców bezpośrednich, wyniosła 131 540, co stanowiło ok. 85% wszystkich zakładów produkcji żywności ujętych w 2022 r. w rejestrach Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W grupie związanej z produkcją rolniczą żywności nadzorowanej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dominowali producenci pierwotni – 92 102, stanowiący ok. 70% wszystkich rodzajów działalności związanej z produkcją rolniczą.

W grupie zakładów obrotu żywnością znajdowało się m.in.: 130 131 sklepów spożywczych, 12 092 kioski, 46 311 środków transportu żywności, 12 248 aptek, 12 789 magazynów hurtowych, 14 369 obiektów ruchomych i tymczasowych.

W grupie zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego (ogółem 96 113) znajdowało się m.in. 52 050 zakładów małej gastronomii, z których 38 875 stanowiły zakłady stacjonarne, a 13 175 zakłady tymczasowe lub ruchome.

Natomiast w grupie zakładów/obiektów żywienia zbiorowego typu zamkniętego (ogółem 48 473) znajdowało się m.in.: 1028 bloków żywienia w szpitalach, 95 kuchni niemowlęcych, 4109 stołówek w żłobkach i domach małego dziecka, 12 232 stołówki szkolne, 14 523 stołówki w przedszkolach oraz 4637 innych zakładów żywienia.

Liczba zakładów prowadzących usługi cateringowe wyniosła 2100.

Ponadto w grupie wytwórni oraz miejsc obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością znajdowało się: 997 wytwórni tych produktów oraz 7909 miejsc ich obrotu.

W roku sprawozdawczym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

przeprowadziły 223 935 kontroli sanitarnych zakładów żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2021 r. – 189 133), w tym 25 155 kontroli interwencyjnych (w 2021 r. – 27 204),

- skontrolowały 156 310 zakładów żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2021 r. – 133 967),
- zatwierdziły 31 728 nowych zakładów (2021 r. – 31 911),
- wydały 32 601 decyzji administracyjnych ogółem, w wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, w tym nakazujące poprawę stanu sanitarno-higienicznego zakładu, unieruchamiające, zakazujące produkcji, zakazujące wprowadzenia produktu do obrotu, zatwierdzające warunkowo, odmawiające zatwierdzenia, odmawiające zmiany decyzji lub o stwierdzeniu nieważności (w 2021 r. – 23 504),
- nałożyły 19 979 mandatów karnych na winnych zaniedbań sanitarnych, na łączną kwotę 4 882 300 zł (w 2021 r. – 14 630 mandatów na kwotę 3 312 265 zł),
- skierowały 1 246 wniosków o ukaranie podmiotów odpowiedzialnych za nieprzestrzeganie przepisów prawa (w 2021 r. – 688), w tym: 51 wniosków skierowanych do sądu (w 2021 r. – 39) oraz 1195 wniosków o nałożenie kar pieniężnych przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (w 2021 r. – 649).



2. Ogólna ocena stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów

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 prawa żywnościowego w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych.

Kontrole podmiotów działających na rynku spożywczym były prowadzone z częstotliwością wyznaczoną na podstawie analizy ryzyka zidentyfikowanych zagrożeń dla zdrowia i życia ludzi, obejmującej w szczególności stan faktyczny, klasyfikację obiektów i zakładów do kategorii niskiego, średniego lub wysokiego ryzyka na podstawie kryteriów oceny sanitarnej. W 2022 r. do kategorii wysokiego ryzyka zakwalifikowano 111 095 zakładów, co stanowiło 19,58% wszystkich zakładów znajdujących się w rejestrach organów PIS.

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

Stan sanitarny nadzorowanych obiektów był zróżnicowany. Wynikało to przede wszystkim z faktu, że przedsiębiorstwa działające na rynku spożywczym stanowią obszerną grupę zakładów produkcyjnych, usługowych, handlowych, transportowych, żywienia zbiorowego oraz związanych z funkcjonowaniem obiektów użyteczności publicznej (szpitale, żłobki, przedszkola, szkoły, domy opieki), zróżnicowaną dodatkowo skalą, czasem i etapem poprowadzonej działalności, a także wielkością infrastrukturalną i kadrową. Na rynku działają i są nadzorowane zarówno obiekty nowoczesne, jak i stare (zwłaszcza w dużych miastach o zwartej zabudowie) oraz małe (sklepy w rejonach wiejskich) i bardzo duże (wielkopowierzchniowe obiekty handlowe typu super- i hipermarkety).

Przedmiotowy zakres urzędowej kontroli żywności obejmował przede wszystkim nadzór nad warunkami produkcji, transportu, przechowywania, sprzedaży żywności i jego oznakowaniem oraz warunkami żywienia zbiorowego, nadzór nad jakością zdrowotną żywności oraz warunkami zdrowotnymi produkcji i obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością.

W myśl obowiązujących przepisów prawa żywnościowego obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej i wprowadzanej do obrotu żywności spoczywa na podmiocie prowadzącym przedsiębiorstwo spożywcze, a za przestrzeganie przepisów dotyczących materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością odpowiedzialny jest podmiot działający na rynku tych

produktów w zakładach będących pod jego kontrolą. W związku z powyższym, od ww. podmiotów organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobligowane były egzekwować przestrzeganie wymagań przepisów prawa, zaś kontrole przeprowadzane były z częstotliwością zależną przede wszystkim od oceny ryzyka.

W wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały: 32 601 decyzji administracyjnych (w 2021 r. – 23 504 decyzje) w tym: 608 decyzji w sprawie unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu (w 2021 r. – 560), 821 decyzji zakazujących wprowadzenia produktu do obrotu (w 2021 r. – 610). W 2022 r. państwowi inspektorzy sanitarni skierowali do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 1195 wniosków o ukaranie podmiotów odpowiedzialnych m. in. za:

- ◆ prowadzenie działalności w zakresie produkcji lub obrotu żywnością bez złożenia wniosku o wpis do rejestru zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej inspekcji Sanitarnej (dalej rejestru zakładów), w tym za pośrednictwem Internetu, lub o zatwierdzenie zakładu i wpis do rejestru zakładów,
- ◆ produkowanie lub wprowadzanie do obrotu żywności w zakresie niezgodnym z decyzją o zatwierdzeniu zakładu,
- ◆ nieprzestrzeganie wymagań w zakresie znakowania wprowadzanych do obrotu środków spożywczych, w tym w zakresie prezentacji, reklamy i promocji,
- ◆ wprowadzania do obrotu jako żywność produktów niebędących żywnością,
- ◆ sprzedaż w jednostce systemu oświaty środków spożywczych innych niż objęte grupami środków spożywczych dopuszczonych prawem żywnościowym do sprzedaży dzieciom i młodzieży,
- ◆ utrudnianie lub uniemożliwienie przeprowadzenia urzędowej kontroli żywności.

W tym zakresie w 2022 r. państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni, po rozpatrzeniu wniosków o ukaranie, wymierzili w drodze decyzji administracyjnej podmiotom odpowiedzialnym za stwierdzone naruszenia kary finansowe na kwotę ponad 1,9 mln zł.

Ponadto, na osoby winne naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych w zakładach/obiektach żywności i żywienia, a także w wytwórniach i miejscach obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością nałożono w drodze mandatu karnego 19 979 grzywien na łączną kwotę 4 882 300 zł oraz skierowano 51 wniosków do sądów o ukaranie na podstawie przepisów postępowania w sprawach o wykroczenia. W tym zakresie organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. nałożyły o ponad 5 tys. mandatów karnych więcej niż w 2021 r.

Grzywny w drodze mandatów karnych nałożono m. in. za: niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń, urządzeń lub sprzętu, wprowadzanie do obrotu środków spożywczych po upływie terminu przydatności do spożycia lub daty minimalnej trwałości bez wymaganego oznaczenia, brak aktualnej



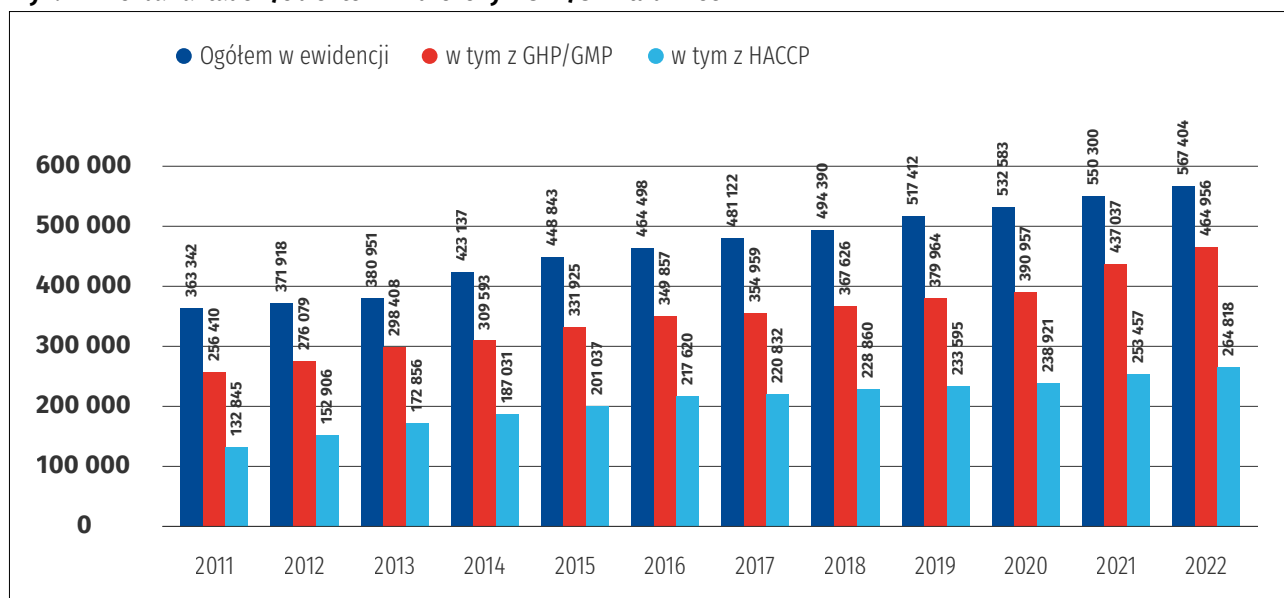
dokumentacji lekarskiej personelu wymaganej do celów sanitarno-epidemiologicznych, brak wdrożenia lub przestrzegania procedur kontroli wewnętrznej w celu zapewnienia bezpieczeństwa żywności, żywienia lub materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Zgodnie z przepisami prawa żywnościowego podmioty działające na rynku spożywczym, odpowiednio do zakresu i rodzaju prowadzonej działalności, powinny stosować zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP), a prowadzące przedsiębiorstwa spożywcze uczestniczące w jakimkolwiek etapie produkcji, przetwarzania i dystrybucji żywności po produkcji podstawowej mają obowiązek opracowania, wykonania i utrzymywania procedur systemu analizy zagrożeń i krytycznych punktów kontroli (HACCP). W wielu zakładach żywności i żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością stan sanitarny systematycznie się poprawia. W skali całego kraju zasady GHP/GMP wdrożono w 464 956 zakładach. Natomiast system HACCP wprowadzono w 264 818 nadzorowanych zakładach. Korzystając z ułatwień przewidzianych przez Komisję Europejską we wdrażaniu procedur HACCP, w których analiza ryzyka nie uzasadnia wdrażania pełnej procedury, w części zakładów spożywczych przestrzeganie zasad GHP i GMP uznano za wystarczające dla kontroli najważniejszych zagrożeń bezpieczeństwa żywności.

Zestawienie liczby obiektów w rejestrach (ewidencji) w odniesieniu do wdrożonych zasad postępowania oraz systemów kontroli wewnętrznej (GHP/GMP, HACCP) przedstawiono na wykresie 2.

W ramach sprawowania bieżącego nadzoru nad jakością zdrowotną produktów (urzędowa kontrola żywności, próbki sanitarne oraz próbki pobrane w przypadku wystąpienia ogniska zatrucia pokarmowego i monitoringu) pobrano do badań laboratoryjnych ogółem 77 384 próbek żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2021 r. – 72 999). Zakwestionowano jakość zdrowotną 2216 próbek (w 2021 r. – 1903), co stanowi ok 2,86% wszystkich pobranych próbek.

Wyk. 2 Liczba zakładów/obiektów z wdrożonym GHP/GMP lub HACCP



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

W 2022 r., podobnie jak w latach ubiegłych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały nadzór nad obiektami żywienia zbiorowego typu otwartego. Należą one do obiektów wyróżniających się szeroką i co do zasady nieograniczoną dostępnością dla konsumentów zewnętrznych, kwalifikując się do obiektów o podwyższonym ryzyku dla zdrowia ludzi. Zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego, z punktu widzenia sposobu przygotowania serwowanych dań oraz formy organizacji lokalu gastronomicznego, obejmują:

1. restauracje, jadłodajnie, gospody, bary, bufety i kawiarnie, gdzie:
 - ◆ dania przygotowuje się w całości lub w większym zakresie produkuje się od podstaw, głównie z surowców pierwotnych (rzadziej z półproduktów i gotowych potraw),
 - ◆ wymagane jest stosowne zaplecze produkcyjne (kuchnia, magazyny, zmywalnie, zaplecze socjalne dla obsługi),
 - ◆ posiłki są serwowane na indywidualne zamówienie, według jadłospisu (w postaci karty dań czy ogólnego wykazu),
 - ◆ oferowane są potrawy i napoje w szerokim i zróżnicowanym lub wyspecjalizowanym asortymencie kuchni regionalnej, narodowej, według konkretnej diety – wegetariańskiej, wegańskiej, mlecznej, bezmlecznej, lub w konkretnych daniach: pizza, pierogi, naleśniki, smażone ryby, wyroby cukiernicze lub lody, gdzie konsumenci spożywają posiłki w specjalnie zorganizowanej przestrzeni z obsługą kelnerską lub miejscu wydawania potraw,
2. małą gastronomię np.: bary szybkiej obsługi, punkty gastronomiczne sieciowe i indywidualne, stacjonarne, tymczasowe lub mobilne, indywidualne lub wchodzące w skład innego obiektu, np. kina, teatru, hali widowiskowej: pawilony, budki, stoiska wolnostojące, pojazdy gastronomiczne (food – trucki), rowery kawowe itp.:
 - ◆ serwujące na wynos przekąski i dania gotowe lub na szybko przyrządzone z półproduktów i gotowych potraw, takie jak: burgery, tortille, hot-dogi, makarony, zapiekanki, sałatki, zupy czy też kanapki, pączki, gofry, lody, napoje ciepłe i zimne, soki itp.,
 - ◆ prowadzące sprzedaż, często na wynos albo na szybko, na miejscu bądź w ogródku gastronomicznym, jeśli towarzyszy jej zorganizowane miejsce do konsumpcji,
 - ◆ ukierunkowane w dużej mierze na konsumentów przebywających na wolnym powietrzu na terenach publicznych, skwerach, w parkach, przy wejściach na plaże, w obrębie obiektów sportowo-rekreacyjnych, trasach i szlakach turystycznych, parkingach ogólnodostępnych,
 - ◆ szczególnie aktywne w sezonie letnim na popularnych turystycznie, wypoczynkowo i wakacyjnie trasach i miejscach pobytu konsumentów w formie zakładów tymczasowych lub ruchomych, często

obiekty bez zaplecza lub z bardzo ograniczonym zapleczem, korzystające z infrastruktury wspólnej dla zespołu lub grupy różnych obiektów.

Na obszarze całego kraju w roku sprawozdawczym w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujętych zostało 96 113 zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego (w 2021 r. – 93 247), w tym: 52 050 zakładów małej gastronomii (w 2021 r. – 50 184). W 2022 r.:

- ◆ skontrolowano 37 777 zakładów (w 2021 r. – 31 429), w tym 17 741 zakładów małej gastronomii (w 2021 r. – 14 569),
- ◆ ogółem przeprowadzono 52 377 kontroli (w 2021 r. – 42 290), w tym 3652 kontrole interwencyjne (w 2021 r. – 3448),
- ◆ w zakładach małej gastronomii przeprowadzono 23 500 kontroli (w 2021 r. – 18 684), w tym 1330 kontroli interwencyjnych (w 2021 r. – 1310),
- ◆ zatwierdzono 11 110 nowych zakładów (w 2021 r. – 10 389), w tym 7033 obiekty małej gastronomii (2021 r. – 6372).

Wśród nadzorowanej grupy obiektów małej gastronomii znajdowało się 13 175 zakładów tymczasowych i ruchomych.

W porównaniu z rokiem 2021 r. w roku sprawozdawczym nastąpił wzrost liczby nadzorowanych zakładów/ obiektów żywienia zbiorowego typu otwartego o ponad 2,5 tys.

Ponad 50% zakładów tej kategorii stanowią obiekty małej gastronomii, które są typowe dla obsługi konsumentów w sezonie letnim. Z uwagi na ograniczone warunki działania, opartego w głównej mierze na procedurach kontroli wewnętrznej, obiekty te wymagają intensywnego nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W odniesieniu do zakładów/obiektów żywienia zbiorowego typu otwartego w całym roku sprawozdawczym wydano łącznie 10 017 decyzji administracyjnych, w tym 248 dotyczących unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu oraz 92 dotyczące zakazu wprowadzenia produktu do obrotu. Nałożono 7423 grzywny w drodze mandatu karnego na kwotę łączną 2 008 060 zł. Państwowi inspektorzy sanitarni skierowali do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 356 wniosków o nałożenie kar pieniężnych na podmioty odpowiedzialne za stwierdzone naruszenia bezpieczeństwa żywności.

4. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2022 r. w ewidencji nadzorowanych środków transportu żywności znajdowało się 46 311 środków transportu, w tym 37 975 stosujących zasady GHP oraz 9860 z wdrożonym systemem HACCP. Organy

Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku sprawozdawczym: zatwierdziły 3569 nowych środków transportu żywności, przeprowadziły 6713 kontroli, w tym 27 interwencyjnych, wydały 337 decyzji w wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, nakazujących przywrócenie stanu zgodnego z wymaganiami określonymi w przepisach prawnych.

Zakłady produkujące żywność posiadają na ogół własne środki transportu, zatwierdzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Niektóre zakłady korzystają też z usług specjalistycznych firm transportowych. Do grupy tej należą również samochody należące do firm transportowych, świadczących usługi transportowe krajowe i międzynarodowe, posiadające urządzenia monitorujące nie tylko temperaturę przewozu żywności, ale również czas transportu i postoju (elektroniczne termometry, rejestratory, tachografy).

Podczas kontroli środków transportu sprawdzano przede wszystkim: stan higieniczno-techniczny pojazdów, w tym poziom czystości pojazdów i wyposażenia, karty mycia i dezynfekcji pojazdów, przestrzeganie zasad higieny, w tym higieny osobistej osób odpowiedzialnych za warunki transportu. Zwracano uwagę na zapewnienie odpowiedniego, niezbędnego wyposażenia i sprzętu w celu zachowania ciągłości łańcucha chłodniczego i sposobu monitorowania warunków transportu (nabiału, wędlin i wyrobów garmażeryjnych, mrożonek). W skontrolowanych obiektach prowadzono identyfikację w zakresie dostawców oraz odbiorców oferowanych artykułów spożywczych.



5. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Jakość zdrowotną środków spożywczych w latach 2016-2022 przedstawia Tabela 1.

Tab. 1 Jakość zdrowotna środków spożywczych

Rok	Środki spożywcze razem		W tym					
			krajowe		importowane		UE	
	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %
2016	80 369	2,87	68 671	2,93	5 831	2,08	5 867	2,98
2017	81 655	2,83	69 762	2,84	5 903	2,47	5 990	3,15
2018	81 938	3,03	69 290	3,17	6 143	2,12	6 505	2,38
2019	82 513	2,55	69 810	2,62	6 226	2,22	6 477	2,30
2020	58 883	3,2	50 527	3,36	4 621	1,36	3 685	1,60
2021	74 999	2,13	63 609	2,25	6 271	1,6	5 119	1,29
2022	81 921	2,29	68 805	2,47	7 173	1,56	5 943	1,23

W 2022 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 81 921 próbek środków spożywczych, z których 2,29% nie spełniało obowiązujących wymagań jakości zdrowotnej (w 2021 r. – 2,13%), w tym ze zbadanych 68 805 próbek żywności krajowej 2,47% nie spełniało przepisów prawa (w 2021 r. – 2,25%), z 7173 próbek żywności importowanej – 1,58% (w 2021 r. – 1,6%), a z 5943 zbadanych próbek żywności wyprodukowanej w UE poza Polską – 1,23% nie spełniało przepisów prawa (w 2021 r. – 1,29%).

Jakość zdrowotną środków spożywczych jako odsetek próbek zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 2.

Tab. 2 Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2020-2022 r. według grup żywności

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek											
		Ogółem			w tym:								
					krajowych			UE*			z importu		
		2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	3,12	1,2	1,98	3,17	1,2	2,03	-	0,55	-	-	7,7	-
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	5,22	5,5	5,72	5,33	5,64	5,79	-	-	2,87	-	-	20
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	0,86	0,62	0,55	0,88	0,37	0,66	-	2,3	0,36	1,27	0,5	0,28
4.	Mleko i przetwory mleczne	11,87	5,5	5,74	12,30	5,8	6,11	-	0,2	0,55	-	-	8,33
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	1,68	2,33	2,23	1,80	2,4	2,4	1,46	2,15	0,66	0,45	1,75	1,7
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	1,18	1,48	1,18	1,16	1,48	1,09	1,89	-	4,41	2,2	4,5	4,16
7.	Cukier i inne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	1,61	0,68	1,32	1,77	0,85	0,74	-	-	7,69	-	-	-
9.	Orzechy, w tym arachidy	0,50	2,79	1,87	-	1,63	1,59	-	-	-	0,65	3,21	2,08
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1,48	1,21	1,68	1,60	1,24	1,73	0,37	0,89	0,43	1,19	1,65	4,36
11.	Owoce	0,97	0,7	0,98	0,83	0,33	0,9	1,16	0,9	0,43	1,24	1,69	1,5
12.	Grzyby	1,14	2,8	8,88	0,65	2,82	9	nb	-	-	4,44	2,88	8,82
13.	Drożdże	nb	nb	-	nb	nb	-	nb	nb	-	nb	nb	-
14.	Napoje alkoholowe	2,69	0,26	0,46	0,58	0,44	0,56	-	-	-	18,52	-	-
15.	Ocet	-	-	1,82	-	-	1,96	-	-	-	nb	-	-
16.	Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	2,81	4,01	2,09	2,83	3,9	2,12	-	16	-	-	10	-
17.	Tłuszcze roślinne	1,60	1,43	0,16	1,07	1,4	0,73	4,08	1,7	-	-	-	-
18.	Ziarna roślin oleistych	0,25	0,8	1,95	1,06	-	2,55	-	-	-	0,14	0,95	1,88
19.	Koncentraty spożywcze	1,72	0,41	0,9	1,33	-	0,79	-	-	-	7,14	4,54	0,02
20.	Majonezy, musztardy, sosy	0,52	-	0,92	0,67	-	0,4	-	-	3,45	-	-	2,33
21.	Zioła, przyprawy	2,06	1,68	1,19	0,70	1,36	0,95	5,73	1,52	-	2,50	2,2	1,97
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	0,46	0,56	0,37	0,28	0,4	0,34	1,56	1,17	-	0,43	0,42	0,64
23.	Wyroby garmażeryjne i kulinarne	0,72	0,31	0,92	0,75	0,31	0,97	-	0,36	-	nb	-	-
24.	Żywność dla określonych grup	0,47	0,23	1,2	0,30	0,21	0,97	2,03	0,52	3,77	-	-	-
25.	Nowa żywność	-	-	-	-	-	-	nb	-	-	nb	-	-
26.	Suplementy diety	1,95	2,5	3,04	1,47	2,53	2,85	3,19	2,54	4,54	5,30	2,09	2,36
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	0,72	0,5	0,27	nb	-	-	5,26	-	-	nb	1,72	0,7
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	0,64	1,74	1,12	0,72	1,19	1,25	-	33	-	-	-	-
29.	Inne środki spożywcze	6,25	5,2	0,5	6,35	2,94	-	-	13	2,94	nb	25	3,13
30.	Razem środki spożywcze	3,09	2,12	2,29									
31.	Środki spożywcze krajowe				3,36	2,24	2,46						
32.	Środki spożywcze UE							1,60	1,28	1,2			
33.	Środki spożywcze z importu										1,36	1,59	1,57

Objaśnienia:

nb nie badano

„-” brak przypadków zdyskwalifikowanych próbek

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

- ◆ ryby, owoce morza i ich przetwory,
- ◆ ziarna zbóż i przetwory zbożowo-mączne,
- ◆ wyroby cukiernicze i ciastkarskie,
- ◆ wody mineralne i napoje bezalkoholowe,
- ◆ tłuszcze roślinne,
- ◆ zioła i przyprawy,
- ◆ kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe,
- ◆ substancje dodatkowe pomagające w przetwarzaniu,
- ◆ sól spożywcza i jej zamienniki,
- ◆ inne środki spożywcze.

W niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup: mięso, podroby i przetwory mięsne; wyroby cukiernicze i ciastkarskie; drób, podroby i produkty drobiarskie; jaja i ich przetwory; mleko i przetwory mleczne; miód i produkty pszczelarskie; orzechy, w tym arachidy; warzywa, w tym strączkowe; owoce; grzyby; napoje alkoholowe; ocet; ziarna roślin oleistych; koncentraty spożywcze; majonezy, musztardy, sosy; wyroby garmazeryjne i kulinarne; żywność dla określonych grup; suplementy diety.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Informacje takie są publikowane na stronie internetowej w ogólnodostępnej bazie danych RASFF Window.

Szczegółowe zasady działania systemu RASFF zostały opracowane przez Komisję Europejską w dokumencie pt. „Standardowe procedury operacyjne sieci powiadamiania i współpracy, w tym RASFF, AAC i FFN”, dostępnym na stronie internetowej w wersji angielskiej.

Każdy członek sieci RASFF wyznacza jeden punkt kontaktowy, reprezentujący dany kraj lub organizację międzynarodową. W Polsce zgodnie z art. 85 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia Główny Inspektor Sanitarny kieruje siecią systemu RASFF oraz:

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

Krajowy punkt kontaktowy RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (zwany dalej KPK RASFF w GIS) od momentu wejścia w życie rozporządzenia IMSOC reprezentuje Polskę w sieciach RASFF i AAC jako pojedynczy punkt kontaktowy (ang. single contact point, zwany dalej SCP). Zgodnie z tym rozporządzeniem celem GIS jest zapewnienie właściwej komunikacji w ramach sieci RASFF i AAC pomiędzy Komisją Europejską i krajami członkowskimi obu sieci a organami urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce.

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



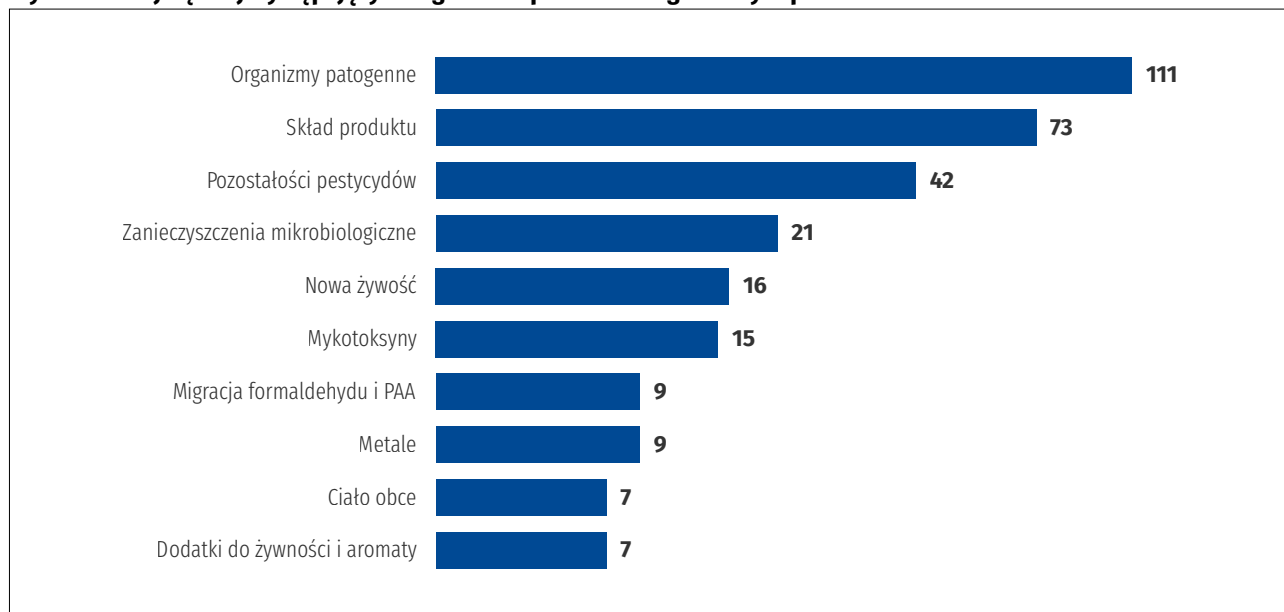
W okresie od 01.01.2022 r. do 31.12.2022 r. SCP w GIS zgłosił 318 powiadomień do systemu RASFF, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	68
informacyjne w celu podjęcia działań	37
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	151
o odrzuceniu na granicy	62
Suma końcowa	318

Z całkowitej liczby 318 powiadomień zgłoszonych do RASFF przez Polskę:

- ◆ 277 powiadomień dotyczyło żywności,
- ◆ 26 powiadomień dotyczyło wyrobów do kontaktu z żywnością,
- ◆ 15 powiadomień dotyczyło pasz.

Wyk. 3 10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez PL w 2022 r.



Najczęstsze przyczyny zgłoszenia powiadomień do RASFF przez Polskę w 2022 r. to obecność w żywności i paszach: organizmów patogennych, w tym przede wszystkim *Salmonella* (111 powiadomień), niewłaściwego składu produktu: zawartość dozwolonego składnika powyżej poziomu dopuszczalnego lub obecność niedozwolonego składnika (73 powiadomienia – w tym 13 powiadomień dot. materiałów do kontaktu z żywnością i 60 powiadomień dot. żywności), pozostałości pestycydów (42 powiadomienia), zanieczyszczeń mikrobiologicznych, np. obecność pleśni (21 powiadomień) oraz stwierdzenie obecności składników niedozwolonych w żywności (16 powiadomień).

Podstawą do zgłoszenia powiadomień w 2022 r. było wykrycie ryzyka:

- ◆ w trakcie kontroli na etapie produkcji lub obrotu prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (169 powiadomień),
- ◆ w trakcie kontroli granicznych podczas importu towarów prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (74 powiadomienia),
- ◆ w trakcie kontroli wewnętrznych prowadzonych przez przedsiębiorstwa branży spożywczej i paszowej (32 powiadomienia),
- ◆ w trakcie kontroli ofert internetowych prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (34 powiadomienia),
- ◆ w wyniku skarg konsumentów (7 powiadomień),
- ◆ w trakcie kontroli produktów znajdujących się w obrocie prowadzonych przez kraj spoza UE (2 powiadomienia).

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

Znaczna liczba zgłoszonych przez Polskę powiadomień o odrzuceniu na granicy była wynikiem właśnie takich kontroli, w tym:

- ◆ 18 powiadomień dotyczących pozostałości pestycydów w: truskawkach, jabłkach, ogórkach, soczewicy, słoneczniku łuskany, sezamie, suszonych morelach, mrożonych truskawkach i mrożonej żurawinie, chili, roślinnym ekstrakcie, herbacie czarnej, gumie ksantanowej, zupce błyskawicznej i rzepaku,
- ◆ 9 powiadomień dotyczących obecności niedozwolonego składnika w herbatkach z Indii i w materiałach do kontaktu z żywnością pochodzących z Chin,
- ◆ 7 powiadomień dot. obecności składnika nowej żywności w suplementach diety,
- ◆ 6 powiadomień dotyczących aflatoksyn w orzechach ziemnych i pistacjach,
- ◆ 4 powiadomienia dotyczące wykrycia pałeczek *Salmonella* w nasionach sezamu i w suszonej natce pietruszki.

Pozostałe zagrożenia najczęściej zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2022 r. to:

- ◆ stwierdzenie wysokiego poziomu zanieczyszczenia mikotoksynami: aflatoksyny B1 oraz sumy aflatoksyn B1+B2+G1+G2 w orzeszkach ziemnych, pistacjach i suszonych figach, ochratoksyny A (OTA) w rodzynkach, makaronie żytnim pełnoziarnistym i mące kukurydzianej oraz fumonizyny w ziarnie kukurydzy przeznaczonym do prażenia (15 powiadomień),

- ◆ przekroczenie najwyższego dopuszczalnego poziomu kadmu: w szpinaku, mrożonej marchewce i kakao oraz cynku i miedzi w mieszance paszowej dla piskląt bażantów (5 powiadomień). Stwierdzenie migracji kadmu i ołowiu z wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością – szklanki oraz talerze ceramiczne (4 powiadomienia),
- ◆ stwierdzenie migracji pierwszorzędowych amin aromatycznych (8 powiadomień) oraz migracji formaldehydu (1 powiadomienie) z wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością,
- ◆ przekroczenie maksymalnego poziomu substancji dodatkowych: sorbinianów w produkcie przetwórstwa rybnego i fosforanów w mrożonych filetach z mintaja, niedozwolonego dodatku: substancji słodzącej – cyklamianów, dwutlenku tytanu oraz krzemianu glinowo-sodowego oraz stwierdzenie obecności niedeklarowanych w wykazie składników: substancji słodzącej – acesulfamu K w produkcie przetwórstwa rybnego oraz substancji konserwującej – siarczynów w morelach suszonych (7 powiadomień),
- ◆ obecność ciała obcego (fragmenty metalowe, plastikowe, szklane, larwy owadów i owady) w herbatce owocowej i soku jabłkowym dla dzieci, w pistacjach, w przekąsce zawierającej orzechy i suszone owoce, w batonikach czekoladowo-bakaliowych, w karmie dla zwierząt (7 powiadomień),
- ◆ przekroczenia maksymalnych limitów pozostałości substancji farmakologicznie czynnych w mięsie drobiowym, wieprzowym oraz ostonkach wieprzowych (5 powiadomień),
- ◆ potencjalne zafałszowanie/oszustwo w związku z nieprawidłowościami w dokumentacji importowanych przesyłek zup błyskawicznych z makaronem i mrożonej makreli (4 powiadomienia),
- ◆ stwierdzenie wysokiego poziomu benzo(a)pirenu i sumy 4 WWA w oleju słonecznikowym i rybach wędzonych w oleju oraz dioksyn w oleju kukurydzianym przeznaczonym do produkcji pasz (3 powiadomienia),
- ◆ brak informacji o obecności alergenów – migdałów w pierniku orzechowym oraz składników mleka w prażonych orzechach i żurawinie w czekoladzie (2 powiadomienia),
- ◆ stwierdzenie wysokiego poziomu zanieczyszczenia: alkaloidami pirolizydynowymi suszonego oregano (2 powiadomienia), akryloamidem herbatników i estrami 3-MCPD mleka początkowego dla dzieci (po 1 powiadomieniu),
- ◆ stwierdzenie obecności DNA przeżuwaczy, DNA wieprzowego i DNA drobiowego w materiale paszowym (2 powiadomienia),
- ◆ dot. stwierdzenia obecności pasożytów w mrożonej rybie – *Micromesistius australis* – błękitek południowy (1 powiadomienie),
- ◆ przerwanie łańcucha chłodniczego lodów (1 powiadomienie).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez Polskę do RASFF w 2022 r., pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów. W zgłoszonych produktach w 318 powiadomieniach stwierdzono 332 zagrożenia – łączna liczba zagrożeń jest większa niż liczba powiadomień, gdyż w kilku przypadkach w jednym powiadomieniu zgłoszono więcej niż jedno zagrożenie.

Tab. 3 Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg zagrożeń

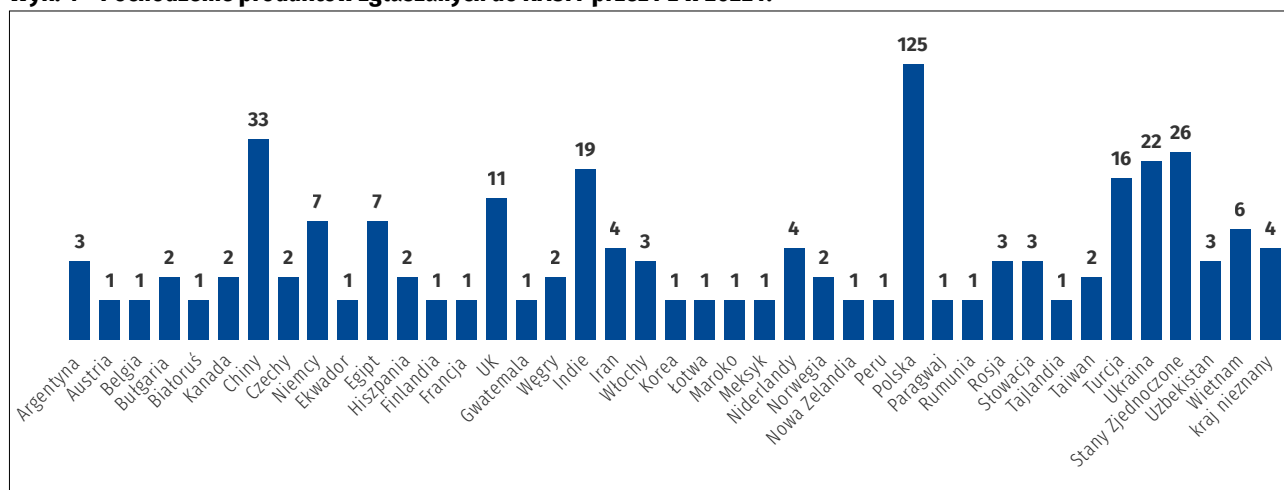
Zagrożenie	Suma
organizmy patogenne	111
skład produktu	73
pozostałości pestycydów	42
zanieczyszczenia mikrobiologiczne	21
nowa żywność	16
mikotoksyny	15
metale	9
migracja formaldehydu i PAA	9
dodatki do żywności i aromaty	7
ciało obce	7
pozostałość substancji farmakologicznie czynnych	5
zafałszowanie i oszustwo	4
zanieczyszczenia środowiskowe	3
składniki alergenne	2
zanieczyszczenia biologiczne	2
zanieczyszczenia produkcyjne	2
TSEs	2
zakażenie pasożytami	1
niewystarczająca kontrola	1
Suma zagrożeń	332

Tab. 4 Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg kategorii produktów

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	98
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	63
owoce i warzywa	37
wyroby do kontaktu z żywnością	26
orzechy, produkty pochodne, nasiona	17
materiał paszowy	11
zioła i przyprawy	10
ryby i produkty pochodne	9
mięso inne niż drobiowe	9
produkty zbożowe i piekarskie	7
kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	7
dania gotowe i przekąski	5
jaja i produkty jajeczne	4
mleko i produkty mleczne	3
żywność dla zwierząt	3
zupy, buliony, sosy i przyprawy	3
inne produkty spożywcze / mieszane	2
tłuszcze i oleje	1
dodatki paszowe	1
substancje dodatkowe i aromaty	1
napoje bezalkoholowe	1
Suma końcowa	318

Większość produktów zgłoszonych do RASFF przez Polskę w 2022 r. pochodziło z Polski oraz z krajów spoza Unii Europejskiej – Chin, Stanów Zjednoczonych, Ukrainy, Indii i Turcji.

Wyk. 4 Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2022 r.

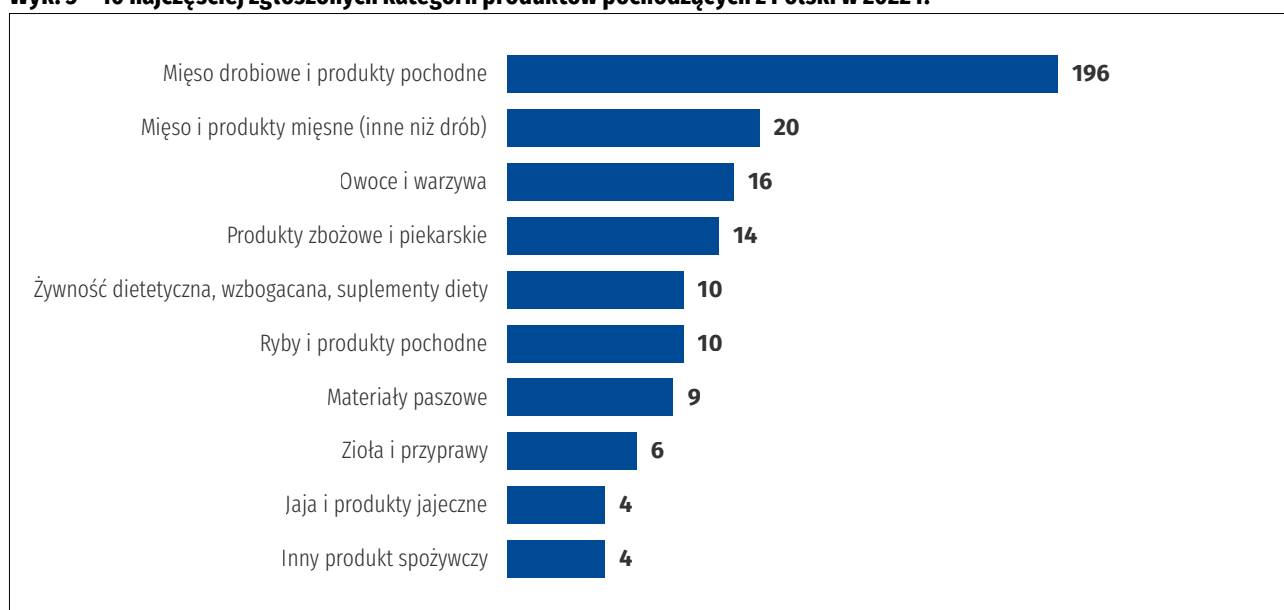


W okresie od 01.01.2022 r. do 31.12.2022 r. wszyscy członkowie sieci RASFF zgłosili do systemu 307 powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	106
informacyjne w celu podjęcia działań	51
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	150
Suma końcowa	307

Z całkowitej liczby 307 powiadomień zgłoszonych do RASFF dotyczących produktów pochodzących z Polski, 292 powiadomienia dotyczyły żywności (95,1%), 14 powiadomień dotyczyło pasz (4,6%) i 1 powiadomienie dotyczyło materiału do kontaktu z żywnością.

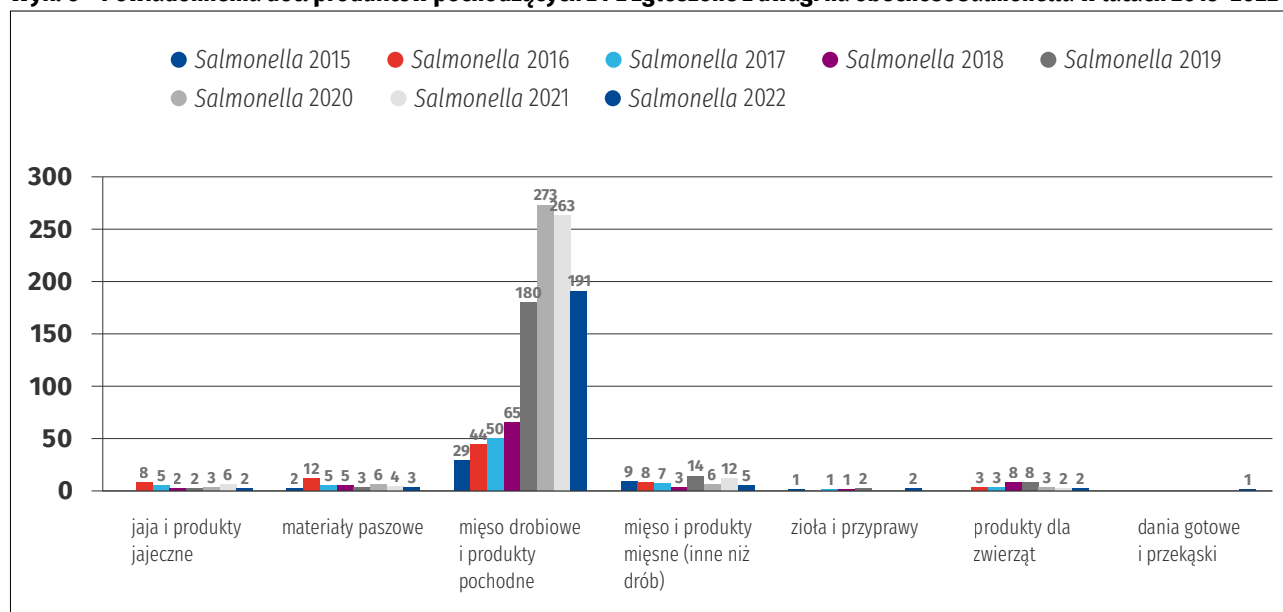
Wyk. 5 10 najczęściej zgłoszonych kategorii produktów pochodzących z Polski w 2022 r.



Najczęściej identyfikowane zagrożenie w roku 2022, będące przyczyną zgłoszenia do RASFF powiadomień dotyczących produktów z Polski, to występowanie niebezpiecznej dla zdrowia bakterii *Salmonella*, przede wszystkim w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (191 powiadomień), w mięsie i produktach mięsnych innych niż drób (5 powiadomień), w jajach świeżych i w proszku jajecznym (2 powiadomienia), w materiale paszowym (3 powiadomienia), w produktach dla zwierząt domowych – gryzakach (2 powiadomienia), w ziołach i przyprawach (2 powiadomienia) i w sałatce owocowej (1 powiadomienie).

Liczba powiadomień dotyczących produktów z Polski kwestionowanych z uwagi na wykrycie w nich pałeczek *Salmonella* wciąż utrzymuje się na wysokim poziomie na przestrzeni ostatnich lat. W 2022 r. zaobserwowano kolejny spadek liczby powiadomień związanych z wykryciem tych bakterii w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (z 273 powiadomień w 2020 r., przez 263 powiadomień w 2021 r., do 191 w roku 2022). Tendencje w poszczególnych kategoriach żywności w tym zakresie w latach 2015-2022 obrazuje poniższy wykres (wykres nie uwzględnia kategorii żywności, które nie występowały w roku 2022).

Wyk. 6 Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność *Salmonella* w latach 2015–2022



Drugim oraz trzecim najczęściej notowanym w RASFF zagrożeniem wykrywanym w produktach pochodzących z Polski było stwierdzenie pozostałości pestycydów (głównie w owocach i warzywach tj. kapusta pekińska, kapusta głowiasta, ogórki, pietruszka korzeń, wiśnie i czereśnie), w produktach zbożowych (kasza gryczana i ryż), w ziołach i przyprawach, herbacie, paszy, dodatkach do żywności i do pasz – łącznie 18 powiadomień) oraz obecności bakterii *Listeria monocytogenes* (w rybach, serach, mięsie i produktach innych niż drobiowe oraz mięsie drobiowym – 16 powiadomień).

Pozostałe zagrożenia najczęściej wykrywane w produktach pochodzących z Polski, które zgłoszono do RASFF w 2022 r., to:

- ◆ stwierdzenie składników niedozwolonych w żywności: kannabidiolu (CBD), 5-hydroksytryptofanu, alfa-glicerylofosforylocholin (alfa-GPC), bylicy rocznej (*Artemisia annua*), alfaketoglutaranu L-argininy, alfaketoglutaranu kreatyny, alfaketoglutaranu L-ornityny, chlorowodorku kreatyny, trójfosforanu adenozy w suplementach diety, ekstraktu chaga (*Inonotur obliquus*) w kawie, kwiatostanów i liści konopnych w herbatce relaksującej, CBD w olejach konopnych dla zwierząt (12 powiadomień),
- ◆ brak informacji o obecności alergenów takich jak: gluten, jaja, białko sojowe, migdały, orzechy laskowe, białko mleka krowiego, seler (9 powiadomień),
- ◆ ciała obce (fragmenty metalowe, plastikowe i szklane, owady) w ciasteczkach i batonikach, w pizzy, w nadziewanej papryce, w buraczkach pasteryzowanych i w pomidorach marynowanych, w mrożonym mięsie dzika i jelenia przeznaczonym na karmę dla zwierząt domowych (9 powiadomień),
- ◆ zanieczyszczenie pleśnią produktów warzywnych, wyrobów zbożowych i cukierniczych (6 powiadomień),
- ◆ przekroczenia maksymalnych limitów pozostałości substancji farmakologicznie czynnych w mięsie drobiowym, wieprzowym i wołowym oraz w jajach (5 powiadomień),
- ◆ przekroczenie najwyższego dopuszczalnego poziomu kadmu w marchewce i grzybach dziko rosnących, ołowiu w pietruszce i w mące żytniej oraz cynku i miedzi w mieszance paszowej (5 powiadomień),
- ◆ zanieczyszczenia biologiczne – histamina w rybach, THC w oleju konopnym i herbatce, sporysz w życie przeznaczonym na cele paszowe (4 powiadomienia), stwierdzenie *Escherichia coli* wytwarzającej toksynę Shiga (STEC) (3 powiadomienia) i zbyt wysokiej liczby bakterii *Enterobacteriaceae* w gryzakach dla psów (1 powiadomienie),
- ◆ mikotoksyny: ochratoksyny A w rodzynekach, w makaronie żytnim ekologicznym, mące kukurydzianej, aflatoksyny B1 oraz sumy aflatoksyn B1+B2+G1+G2 w gryce ekologicznej (4 powiadomienia),
- ◆ niewłaściwy skład produktu: wysoka zawartość kofeiny, piperyny i beta-alaniny oraz obecność hupercyny A (3 powiadomienia),
- ◆ zanieczyszczenia środowiskowe: wysoki poziom benzo(a)pirenu i sumy 4 WWA w kabanosach i dioksyn w oleju kukurydzianym przeznaczonym na cele paszowe (2 powiadomienia),
- ◆ niewystarczająca kontrola dot. identyfikacji przesyłek mrożonych ryb oraz identyfikacji operatora (2 powiadomienia), w sprawie wykrycia: niedozwolonego zastosowania substancji słodzącej – acesulfamu K, uwalniania substancji zdolnych do tworzenia N-nitrozoamin ze smoczków, wysokiego poziomu akryloamidu w herbatnikach (po 1 powiadomieniu),
- ◆ stwierdzenie wykrycia: bakterii *Campylobacter* w mięsie drobiowym, wirusa zapalenia wątroby typu A w próbce mrożonych owoców jagodowych oraz DNA przeżuwaczy, DNA wieprzowego i DNA drobiowego w paszy (po 1 powiadomieniu).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez członków sieci do RASFF w 2022 r. w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski, pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów. W produktach zgłoszonych w 307 powiadomieniach stwierdzono 312 zagrożeń

– łączna liczba zagrożeń jest większa niż liczba powiadomień, gdyż w kilku przypadkach w jednym powiadomieniu zgłoszono więcej niż jedno zagrożenie.

Tab. 5 Powiadomienia dot. produktów z Polski wg zagrożeń

Zagrożenie	Suma
<i>Salmonella</i>	206
pozostałości pestycydów	18
<i>Listeria monocytogenes</i>	16
nowa żywność	12
składniki alergenne	9
ciało obce	9
pleśń	6
pozostałość substancji farmakologicznie czynnej	6
metale	5
zanieczyszczenia biologiczne	4
zanieczyszczenia mikrobiologiczne	4
mikotoksyny	4
skład produktu	3
zanieczyszczenia środowiskowe	2
niewystarczająca kontrola	2
dodatki do żywności i aromaty	1
migracja	1
<i>Campylobacter</i>	1
WZW A	1
zanieczyszczenia produkcyjne	1
TSEs	1
Suma zagrożeń	312

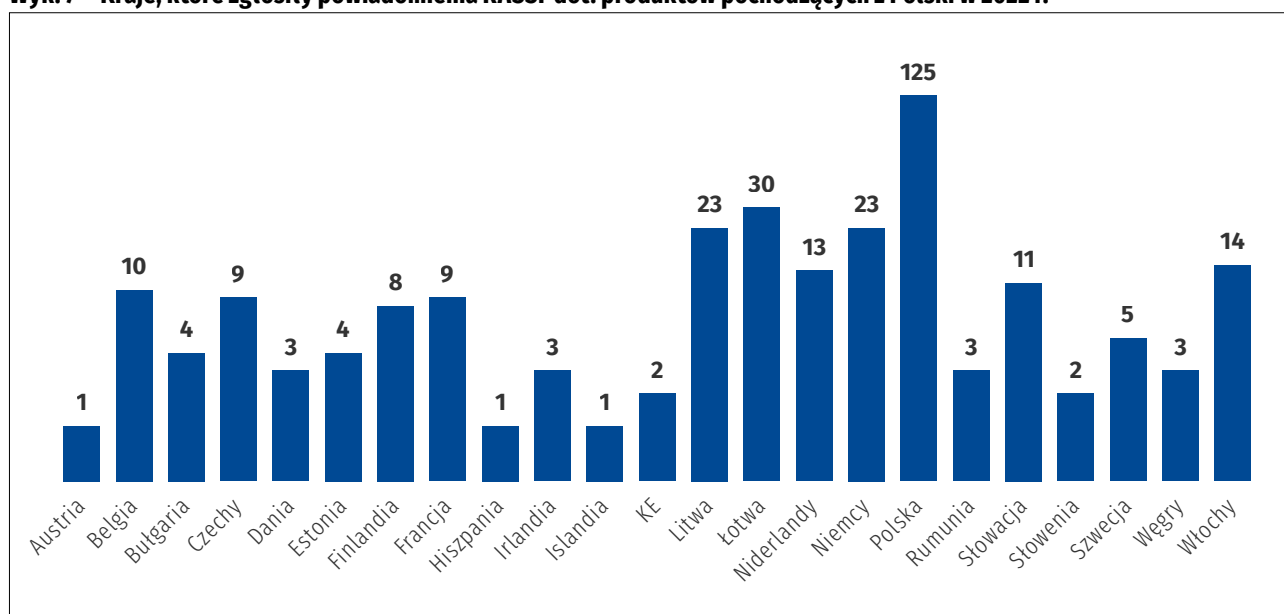
Tab. 6 Powiadomienia dot. produktów z Polski wg kategorii produktów

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	196
mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	20
owoce i warzywa	16
produkty zbożowe i piekarskie	14
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	10
ryby i produkty pochodne	10
materiały paszowe	9
zioła i przyprawy	6
jaja i produkty jajeczne	4
inny produkt spożywczy	4
kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	3
żywność dla zwierząt	3
dania gotowe i przekąski	3
wyroby cukiernicze	2
dodatki paszowe	2
mleko i produkty mleczne	2
substancje dodatkowe i aromaty	1
materiały do kontaktu z żywnością	1
zupy, buliony, sosy i przyprawy	1
Suma końcowa	307



W omawianym okresie najwięcej powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski zostało zgłoszonych przez Polskę (125 powiadomień), Łotwę (30), Niemcy (23), Litwę (23), Włochy (14), Niderlandy (13), Słowację (11), Belgię (10), Czechy (9) i Francję (9). Obowiązek przekazywania właściwych informacji do RASFF, które mogą być istotne z punktu widzenia odpowiednich władz odpowiedzialnych za nadzór urzędowy nad bezpieczeństwem żywności i pasz w Unii Europejskiej, wynika z przepisów prawa Unii Europejskiej, a w szczególności art. 50 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002 r. i jest taki sam dla każdego członka sieci RASFF. Polska lojalnie i otwarcie uczestniczy w systemie RASFF, przekazując odpowiednie informacje o niebezpiecznej żywności i paszach do systemu. Poniższy wykres obrazuje sytuację w tym zakresie.

Wyk. 7 Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z Polski w 2022 r.



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

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

Zgodnie z art. 10 rozporządzenia (WE) nr 178/2002 w sytuacjach, w których istnieją uzasadnione podejrzenia, że żywność może stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi, w zależności od charakteru, powagi i rozmiaru ryzyka, Główny Inspektor Sanitarny informuje opinię publiczną za pośrednictwem tzw. ostrzeżeń publicznych, publikowanych na [stronie internetowej GIS](#) o charakterze ryzyka dla zdrowia,

określając możliwie najdokładniej żywność bądź rodzaj żywności, ryzyko, jakie mogą one stanowić oraz środki podjęte lub planowane w celu zapobieżenia, zmniejszenia lub likwidacji ryzyka. W 2022 r. na stronie internetowej GIS opublikowano 75 ostrzeżeń publicznych dotyczących zarówno żywności, jak i materiałów do kontaktu z żywnością.

5.2. Znakowanie żywności

Podawanie informacji na temat żywności służy ochronie zdrowia konsumentów i umożliwia im dokonywanie świadomych wyborów spośród szerokiego asortymentu produktów znajdujących się na rynku.

Podstawowe wymagania dotyczące znakowania żywności określone są w obowiązującym w całej Unii Europejskiej akcie prawnym – tj. w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności, zmiany Rozporządzeń Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1924/2006 i (WE) nr 1925/2006 oraz uchylecia Dyrektywy Komisji 87/250/EWG, Dyrektywy Rady 90/496/EWG, Dyrektywy Komisji 1999/10/WE, Dyrektywy 2000/13/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, Dyrektyw Komisji 2002/67/WE i 2008/5/WE oraz Rozporządzenia Komisji (WE) nr 608/2004 (Dz. Urz. UE L 304 z 21.11.2011, z późn.zm.).

Również w polskich przepisach krajowych określono wymagania dotyczące znakowania żywności, są nimi:

- ◆ Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2022 r. poz. 2132),
- ◆ Ustawa z dnia 21 grudnia 2000 r. o jakości handlowej artykułów rolno-spożywczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1688, 2185, 2254, z 2023 r. poz. 177, 412.),
- ◆ Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie znakowania poszczególnych rodzajów środków spożywczych (Dz.U. 2015 poz. 29).

Żywność produkowana i wprowadzana do obrotu na terytorium Polski musi być oznakowana w języku polskim. Dodatkowo może być oznakowana również w innych językach. Wymóg znakowania w języku polskim nie dotyczy żywności wywożonej poza terytorium Polski.

Ponadto informacje na temat żywności nie mogą wprowadzać konsumenta w błąd – zakaz ten ma bardzo szerokie zastosowanie, odnosi się m.in. do właściwości środka spożywczego, składu, ilości, trwałości, kraju lub miejsca pochodzenia, metod wytwarzania lub produkcji, przypisywania żywności działania i właściwości, których ona nie posiada. Informacja nt. żywności nie może również sugerować, że posiada ona szczególne właściwości, w sytuacji gdy wszystkie podobne środki spożywcze mają takie właściwości.

Zabronione jest również przypisywanie żywności właściwości zapobiegania chorobom, leczenia lub odwoływanie się do takich właściwości (np.: „zapobiega stanom zapalnym”, „leczy nowotwory”, „zapobiega nowotworom”, „ma działanie przeciwwirusowe”, „działa antyseptycznie, przeciwgorączkowo” itp.).

Informacje muszą być czytelne i łatwo dostępne – w przypadku żywności opakowanej muszą znajdować się bezpośrednio na opakowaniu lub załączonej etykiecie. Nie mogą być zakryte, zasłonięte np. innymi nadrukami czy ilustracjami.

Rozporządzenie (UE) nr 1169/2011 określa, że w oznakowaniu żywności opakowanej obowiązkowe jest podanie następujących informacji:

- ◆ nazwa produktu,
- ◆ wykaz składników (**wraz z substancjami powodującymi alergie i reakcje nietolerancji**),
- ◆ ilość określonych składników lub kategorii składników,
- ◆ termin przydatności do spożycia lub data minimalnej trwałości,
- ◆ dane identyfikujące producenta,
- ◆ masa netto lub liczba sztuk w opakowaniu,
- ◆ warunki przechowywania lub warunki użycia (tam gdzie zasadne),
- ◆ instrukcja użycia (tam gdzie zasadne),
- ◆ kraj lub miejsce pochodzenia (tam gdzie zasadne),
- ◆ w przypadku napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 1,2% – rzeczywista zawartość objętościowa alkoholu,
- ◆ informacja o wartości odżywczej.



Zakres informacji o wartości odżywczej obejmuje następujące elementy:

- ◆ wartość energetyczna,
- ◆ ilość tłuszczu,
- ◆ kwasów tłuszczowych nasyconych,
- ◆ węglowodanów,
- ◆ cukrów,
- ◆ białka,
- ◆ soli.

Obowiązkowe informacje o wartości odżywczej można uzupełnić o informacje nt. ilości jednego lub większej liczby z następujących składników: kwasy tłuszczowe jednonienasycone, kwasy tłuszczowe wielonienasycone, alkohole wielowodorotlenowe, skrobia, błonnik, witaminy lub składniki mineralne.

W określonych w przepisach przypadkach część z wymienionych elementów oznakowania może być pominięta. Rodzaj informacji, który może zostać pominięty, wynika m.in. z kształtu, rodzaju i wielkości opakowania lub ze składu żywności.

Kluczową kwestią w oznakowaniu żywności, mającą bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo konsumenta, jest podawanie informacji o substancjach lub produktach powodujących **alergie lub reakcje nietolerancji**, które zostały użyte przy wytworzeniu lub przygotowywaniu żywności i nadal są obecne w produkcie gotowym (nawet w zmienionej formie).

Informację o zawartych w żywności alergenach producenci żywności muszą przedstawić na opakowaniu lub – w odniesieniu do żywności nieopakowanej, sprzedawanej przez Internet oraz w zakładach żywienia zbiorowego – udostępnić konsumentom w inny sposób. Jest to na tyle ważna informacja, że przepisy prawa żywnościowego nie przewidują w tym przypadku wyjątków.

Wykaz czternastu substancji lub produktów powodujących alergie lub reakcje nietolerancji, które muszą być wyróżnione w informacji na temat żywności, znajduje się w załączniku nr II do rozporządzenia (UE) nr 1169/2011. Należą do nich:

- ◆ zboża zawierające gluten,
- ◆ skorupiaki i produkty pochodne,
- ◆ jaja i produkty pochodne (dotyczy to jaj wszystkich gatunków ptaków fermowych),
- ◆ ryby i produkty pochodne,
- ◆ orzeszki ziemne (arachidowe) i produkty pochodne,
- ◆ soja i produkty pochodne,

- ◆ mleko i produkty pochodne (łącznie z laktozą) – dotyczy to mleka z każdego rodzaju zwierząt gospodarskich oraz produktów wytworzonych z mleka,
- ◆ orzechy, tj. migdały, orzechy laskowe, orzechy włoskie, orzechy nerkowca, orzeszki pekan, orzechy brazylijskie, pistacje oraz orzechy makadamia, a także produkty pochodne,
- ◆ seler i produkty pochodne,
- ◆ gorczyca i produkty pochodne,
- ◆ nasiona sezamu i produkty pochodne,
- ◆ dwutlenek siarki i siarczyny w określonych stężeniach (powyżej 10 mg/kg lub 10 mg/litr),
- ◆ łubin i produkty pochodne,
- ◆ mięczaki i produkty pochodne.

Składniki alergenne należy wyróżnić w wykazie składników (np. za pomocą czcionki, stylu czy też podświetlenia tła) np. „**mleko**”. Jeżeli nazwa składnika składa się z kilku oddzielnych słów, należy podkreślić tylko substancję lub produkt, które powodują alergie lub reakcje nietolerancji – np. „**mleko** w proszku”.

W przypadkach produktów, dla których nie jest konieczne podanie wykazu składników, informację o alergenach należy przedstawić jako dodatkowy komunikat np. „zawiera soję”.

W 2022 r. ocenę oznakowania środków spożywczych przeprowadzano w czasie kontroli w zakładach produkcyjnych i miejscach wprowadzania do obrotu (w tym sprzedawanych przez Internet) oraz zakładach żywienia zbiorowego w odniesieniu do pobranych do badania próbek żywności ogólnego spożycia, jak również suplementów diety, żywności wzbogaconej oraz żywności dla określonych grup.

W 2022 r. oceniono znakowanie 32 872 próbek środków spożywczych (w tym suplementów diety i żywności dla określonych grup), z czego ogółem zdyskwalifikowano 372 próbki środków spożywczych.

Przyczynami kwestionowania znakowania były między innymi:

- ◆ przypisywanie środkom spożywczym właściwości zapobiegania chorobom lub ich leczenia,
- ◆ brak informacji o składnikach alergennych występujących w produktach i serwowanych potrawach lub ich nieprawidłowe wyróżnienie,
- ◆ nieprawidłowe informacje dotyczące wartości odżywczej,
- ◆ nieprawidłowości w nazewnictwie substancji dodatkowych,
- ◆ brak składu składników złożonych.



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

5.3.1. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety

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

Zakres nadzoru sanitarnego

Na terenie Polski funkcjonuje 368 wytwórni oraz 869 hurtowni suplementów diety podlegających nadzorowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i/lub dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) wdrożono w 351 wytwórniach suplementów diety oraz 795 hurtowniach. Wdrożony system HACCP posiadało 330 zakładów produkcyjnych oraz 558 hurtowni suplementów diety.

W 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- ◆ 293 wytwórców, tj. 79,62% wytwórców funkcjonujących na terenie kraju,
- ◆ 283 obiekty obrotu hurtowego, tj. 32,57% ogółu obiektów obrotu hurtowego suplementów diety.

W 2022 r. przeprowadzono łącznie 1571 kontroli w obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety, w tym 277 kontroli interwencyjnych.

W następstwie przeprowadzonych kontroli właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 256 decyzji administracyjnych, w tym 166 decyzji skierowano do wytwórców suplementów diety oraz 90 do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 78 decyzji zakazujących wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2022 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych dokonały analiz laboratoryjnych 3657 suplementów diety, w tym:

- ◆ 2874 produkcji krajowej,
- ◆ 485 z krajów członkowskich UE,
- ◆ 298 produktów z importu.

Kierunki badań oraz liczbę zbadanych próbek suplementów diety przedstawia Tabela nr 7.

Tab. 7 Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2022 r.

Lp.	Kierunek badania próbek	Liczba zbadanych próbek (z czego zdyskwalifikowanych)	W tym:		
			import	UE	krajowe
1	zanieczyszczenia mikrobiologiczne	887	55	110	722
2	metale szkodliwe dla zdrowia	242	30	27	185
3	mikotoksyny	29	0	0	33
4	substancje dodatkowe dozwolone	272(3)*	0	25	247(3)*
5	znakowanie	2 211(94)*	150 (6)*	301 (17)*	1 760 (71)*
6	organoleptycznie	1742	145	179	1418
7	zanieczyszczenia biologiczne	31 (1)*	5	0	26 (1)*
8	inne parametry	1 807(19)*	173 (1)*	248(8)*	1 386 (10)*

* w nawiasie podano liczbę próbek zdyskwalifikowanych, jeżeli takie były.

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania (84,68%). Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 94 przypadkach badanych próbek (71 produktów krajowych, 17 z krajów UE, 6 spoza UE).

Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli 8.

Tab. 8 Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2022 r.

Rok	suplementy diety		W tym					
			krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2022	3 657	3,03%	2 874	2,82%	298	2,35%	485	4,74%

Ponadto w 2022 r. Narodowy Instytut Leków w ramach umowy z Głównym Inspektorem Sanitarnym dokonał analizy 200 próbek suplementów diety pobranych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Badania prowadzone były w kierunku identyfikacji w suplementach diety niedeklarowanych aktywnych farmakologicznie substancji (syldenafilu, tadalafilu, wardenfilu, sybutraminy i ich analogów, winpocetyny, hupercyny, johimbiny), substancji zabronionych z listy Światowej Agencji Antydopingowej (WADA) z 2022 r. Spośród przebadanych próbek w siedmiu próbkach wykryto substancje niedeklarowane w oznakowaniu, tj. w trzech produktach wykryto substancje niedeklarowane – sildenafil, sildenafil w połączeniu z tadalafil, w dwóch stwierdzono obecność johimbiny i w jednej ostaryny.

5.3.2. Żywność dla określonych grup

W katalogu żywności dla określonych grup wyróżniamy:

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

Zakres nadzoru sanitarnego

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór zarówno nad produkcją, jak i obrotem żywności dla określonych grup. Nadzór sanitarny w zakresie bezpieczeństwa żywności dla określonych grup sprawowany był m.in. poprzez kontrole, pobieranie i badanie próbek, współpracę z innymi organami, np.: Państwową Inspekcją Farmaceutyczną.

W 2022 r., rejestrem zakładów podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej objętych było 12 wytwórni żywności dla określonych grup. Wszystkie zostały skontrolowane. We wszystkich 12 wytwórniach żywności dla określonych grup stwierdzono zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej oraz wdrożony system HACCP. Łączna liczba przeprowadzonych w wytwórniach kontroli i rekontroli wyniosła 48, w tym 5 kontroli interwencyjnych. W roku 2022 w odniesieniu do wytwórni żywności dla określonych grup wydano 7 decyzji administracyjnych, natomiast nie nałożono żadnych mandatów i nie wystawiono żadnych wniosków o ukaranie.

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

Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup:

W 2022 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 6320 próbek żywności dla określonych grup. Kierunki badań oraz liczba próbek żywności dla określonych grup zostały przedstawione w Tabeli 9.

Spośród wszystkich przebadanych próbek żywności dla określonych grup największy odsetek (90,2%) stanowiły próbki produktów krajowych – 5705 próbek. Zbadano 560 próbek produktów z Unii Europejskiej (co stanowiło 8,9% wszystkich badanych próbek) oraz 55 próbek produktów z importu spoza UE (0,9% wszystkich zbadanych próbek).

Tab. 9 Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2022 r.

Lp.	Kierunek badania próbek	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import	UE	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	3 598	0	150	3 448
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	595	23	111	461
3	Pozostałości pestycydów	81	1	9	71
4	Mikotoksyny	199	6	25	168
5	Zanieczyszczenia azotanami	274	0	18	256
6	Substancje dodatkowe dozwolone	93	1	39	53
7	Obecność GMO	33	0	5	28
8	Znakowanie	3 506	46	338	3 122
9	Organoleptycznie	3 105	15	220	2 870
10	Zanieczyszczenia biologiczne	63	0	2	61
11	Zanieczyszczenia fizyczne	61	0	2	59
12	Inne parametry	782	12	62	708

Ogółem zdyskwalifikowano 76 próbek żywności dla określonych grup, co stanowi 1,2% wszystkich zbadanych próbek z tej kategorii. Wśród zdyskwalifikowanych próbek żadna nie pochodziła z importu, 21 pochodziły z innych niż Polska państw UE, a 55 było próbkami produktów krajowych.

Odsetek zdyskwalifikowanych próbek żywności dla określonych grup w roku 2022 (1,2%) był wyższy w porównaniu z rokiem 2021, kiedy to zanotowano 0,2% zdyskwalifikowanych próbek w tej kategorii.

Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych wraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli 10.



Tab. 10 Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane w 2022 r.

Rok	żywność dla określonych grup		W tym					
			krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2022	6 320	1,2%	5 705	0,96%	55	0%	560	3,75%

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych w 2022 r. stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania (66%). Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 50 przypadkach badanych próbek (30 produktów krajowych, 20 z krajów UE). Drugi pod względem wielkości odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiły kategorie: zanieczyszczenia mikrobiologiczne oraz „inne parametry” (po 35,5%). Próbkę zdyskwalifikowano także w kategoriach badań: pozostałości pestycydów (2,6%) oraz cechy organoleptyczne (1,3%).

5.3.3. Żywność obligatoryjnie wzbogacana

W ramach planu pobierania próbek żywności do badań laboratoryjnych w zakresie urzędowej kontroli żywności i monitoringu w 2022 r. pobranych zostało 179 próbek z kategorii sól spożywcza i jej zamienniki. Wśród pobranych próbek 160 pochodziło z produkcji krajowej, 7 z innych krajów UE, natomiast 12 z importu.

Kierunki badań oraz liczba próbek soli spożywczej i jej zamienników zbadanych przez laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej zostały przedstawione w poniższej Tabeli 11.

Tab. 11 Zakres badań próbek soli spożywczej i jej zamienników przeprowadzonych w 2022 r.

Lp.	Kierunek badania próbek	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import	UE	krajowe
1.	Znakowanie	128 (2)*	9	3	116 (2)*
2.	Organoleptycznie	90	9	2	79
3.	Zanieczyszczenia biologiczne	2	0	0	2
4.	Inne parametry	128	6	4	118

* w nawiasie podano liczbę próbek zdyskwalifikowanych, jeżeli takie były

Wśród przebadanych próbek soli spożywczej i jej zamienników zdyskwalifikowane zostały 2 próbki, w tym 2 próbki krajowe, co stanowi wartość 1,11% ogółu zbadanych próbek. Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych wraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli 12.

Tab. 12 Jakość zdrowotna soli spożywczej i jej zamienników – próbki zdyskwalifikowane

Rok	sól spożywcza i jej zamienniki		W tym					
			krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2022	179	1,11%	160	1,25%	12	0%	7	0%

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

W 2022 r. w ramach realizacji „Planu pobierania próbek do badania żywności w ramach urzędowej kontroli i monitoringu” zbadano 415 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych, z których zakwestionowano 2 próbki ryżu białego długoziarnistego.

W obu przypadkach próbki zakwestionowano ze względu na oznakowanie niezgodne z wymaganiami Rozporządzenia (WE) nr 1829/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22 września 2003 r. w sprawie genetycznie zmodyfikowanej żywności i paszy.

Do badań w 2022 r., podobnie jak w latach ubiegłych, pobierano próbki z:

- ◆ produktów potencjalnie mogących zawierać GMO, a nieoznakowanych informacją o modyfikacji genetycznej,
- ◆ produktów zawierających w oznakowaniu informację o braku modyfikacji genetycznej (w zakresie sprawdzenia zgodności z przepisami unijnymi, tj. pod kątem obecności nieautoryzowanego GMO oraz właściwego oznakowania),
- ◆ produktów oznakowanych informacją o modyfikacji genetycznej, ale potencjalnie mogące również zawierać inny materiał GM niedopuszczony w UE.

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

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

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

W roku 2022 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały sprawowanie bieżącego nadzoru nad przetwórstwem oraz obrotem grzybami: świeżymi, mrożonymi, suszonymi, uprawnymi oraz rosnącymi w warunkach naturalnych (dziko rosnącymi), krajowymi i importowanymi. Jednocześnie podejmowane były działania w zakresie prewencji zatruc grzybami.

Kontrolowano punkty skupu, hurtownie, punkty obrotu i sprzedaży detalicznej grzybów i ich przetworów, a szczególnie targowiska oraz sklepy ogólnospożywcze i warzywnicze, suszarnie grzybów, zakłady przetwórcze produkcji grzybów mrożonych i przetworów grzybowych, przetwórnice warzywno-grzybowe, zakłady produkcji grzybów uprawnych, a także zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego i zamkniętego oraz inne miejsca produkcji żywności i przetworów z dodatkiem grzybów objętych urzędową kontrolą żywności organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Podczas kontroli sprawdzano przestrzeganie przepisów prawa żywnościowego w zakresie spełnienia warunków skupu, przechowywania, sprzedaży grzybów oraz wymagań technologicznych i warunków przetwarzania grzybów, produkcji przetworów grzybowych oraz środków spożywczych zawierających grzyby. Kontrolowano, czy grzyby oferowane do sprzedaży i stosowane w przygotowywanej żywności są dopuszczone do obrotu i produkcji przetworów grzybowych, posiadają wymagane atesty, opakowanie oraz prawidłowe oznakowanie. Zgodnie z przepisami, każda wprowadzona do obrotu partia grzybów dziko rosnących świeżych i suszonych, powinna być opatrzona odpowiednio atestem na grzyby świeże, wydanym przez klasyfikatora grzybów lub grzyboznawcę oraz atestem na grzyby suszone wydanym wyłącznie przez grzyboznawcę. Ponadto podmioty działające na rynku spożywczym, prowadzące działalność w zakresie skupu grzybów rosnących w warunkach naturalnych, są zobowiązane posiadać atesty na grzyby, a podmioty działające na rynku spożywczym, prowadzące działalność w zakresie przetwórstwa grzybów, poza atestami na grzyby mają obowiązek zapewnić nadzór grzyboznawcy nad procesem technologicznym przetwórstwa grzybów. Zakłady żywienia zbiorowego mogą używać do przygotowywania potraw grzybów dziko rosnących, tylko jeśli posiadają one odpowiedni atest. Ponadto grzyby rosnące w warunkach naturalnych mogą być oferowane do sprzedaży konsumentowi finalnemu wyłącznie w placówkach handlowych lub na targowiskach. Wprowadzanie do obrotu grzybów suszonych pozyskiwanych z dziko rosnących dopuszczone jest tylko w opakowaniu.

Ustalono, że w skontrolowanych obiektach obrót grzybami świeżymi i suszonymi dziko rosnącymi oraz ich przetworami prowadzony był prawidłowo. Pobrano również próbki grzybów i przetworów z ich udziałem do badań laboratoryjnych w ramach urzędowej kontroli oraz monitoringu pod kątem bezpieczeństwa dla zdrowia i oznakowania (pobrano 31 próbek). Pobrane próbki grzybów i ich przetworów przebadano m. in. w kierunku zawartości metali szkodliwych dla zdrowia, oznaczania pozostałości pestycydów, poziomu skażenia promieniotwórczego, napromieniania, obecności szkodników lub ich pozostałości i innych. Nieprawidłowości w pobranych próbkach nie stwierdzono.



Nadawanie i ewidencja uprawnień klasyfikatora grzybów świeżych i grzyboznawcy

Uprawnienia klasyfikatora grzybów świeżych nadaje w drodze decyzji administracyjnej państwowy wojewódzki inspektor sanitarny.

Nadanie uprawnień grzyboznawcy następuje w drodze decyzji administracyjnej Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego działającego z upoważnienia Głównego Inspektora Sanitarnego. Uprawnieni klasyfikatorzy grzybów i grzyboznawcy legitymują się świadectwem odpowiednio klasyfikatora grzybów lub grzyboznawcy. W centralnej ewidencji grzyboznawców w kraju, prowadzonej przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu, na koniec 2022 r. wpisanych było 2139 osób, w tym 741 działających w strukturach Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zestawienie liczby grzyboznawców w 2022 r. w poszczególnych województwach przedstawiono w tabeli 13.

Tab. 13 Liczba uprawnionych grzyboznawców w poszczególnych województwach w 2022 r.

L.p.	Województwo	Liczba grzyboznawców ogółem	Liczba grzyboznawców w strukturach PIS
1.	dolnośląskie	135	89
2.	kujawsko-pomorskie	129	43
3.	lubelskie	102	64
4.	lubuskie	187	45
5.	łódzkie	155	41
6.	małopolskie	121	41
7.	mazowieckie	181	60
8.	opolskie	40	20
9.	podkarpackie	66	32
10.	podlaskie	130	23
11.	pomorskie	124	40
12.	śląskie	131	53
13.	świętokrzyskie	57	27
14.	warmińsko-mazurskie	66	24
15.	wielkopolskie	386	107
16.	zachodniopomorskie	129	37
Razem:		2 139	741

Zatrucia grzybami

W 2022 r. zatrucia grzybami stwierdzono w województwach:

- ◆ dolnośląskie – 3 przypadki,
- ◆ kujawsko-pomorskie – 1 przypadek,
- ◆ lubelskie – 1 przypadek,
- ◆ lubuskie – 1 przypadek,
- ◆ mazowieckie – 2 przypadki,
- ◆ opolskie – 2 przypadki,
- ◆ podlaskie – 1 przypadek,
- ◆ pomorskie – 1 przypadek,
- ◆ śląskie – 1 przypadek,
- ◆ świętokrzyskie – 2 przypadki,
- ◆ warmińsko-mazurskie – 1 przypadek,
- ◆ zachodniopomorskie – 2 przypadki.

Krajowy rejestr zatruc grzybami prowadzony jest przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu. Rejestr obejmuje przypadki zgłoszone przez podmioty lecznicze do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych. W 2022 r. zatruciu w Polsce uległo 18 osób, w tym 17 poddano hospitalizacji. Zgonów nie odnotowano. W województwie opolskim odnotowano 2 zatrucia muchomorem zielonawym (sromotnikowym), w województwie dolnośląskim odnotowano 3 zatrucia muchomorem plamistym, 3 zachorowania dotyczyły zatrucia muchomorem czerwonym. Wszystkie te osoby były hospitalizowane. Zgodnie z zaleceniami żywieniowymi niewskazane jest spożywanie grzybów w stanie surowym, jak również podawanie potraw z grzybów małym dzieciom oraz osobom starszym. Zestawienie zatruc grzybami według grup wiekowych przedstawia tabela 14.

Tab. 14 Zatrucia grzybami w Polsce wg grup wiekowych w 2022 r.

Grupa wiekowa	Wiek w latach						
	0-7	8-15	16-20	21-45	46-60	Powyżej 60	RAZEM
Zachorowania	2	3	-	5	5	3	18
Zgony	-	-	-	-	-	-	-

Liczba zatruc odnotowana w 2022 r. jest wyższa niż w przeciągu ostatnich dwóch lat (tabela 15).

Tab. 15 Zestawienie liczby zatruc grzybami w latach 2012-2022

L.p.	Rok	Liczba zatruc	Liczba hospitalizacji	Liczba zgonów
1.	2012	30	30	0
2.	2013	48	47	1
3.	2014	32	22	1
4.	2015	9	9	0
5.	2016	46	46	1
6.	2017	24	24	0
7.	2018	16	15	0
8.	2019	27	25	0
9.	2020	8	5	4
10.	2021	6	6	0
11.	2022	18	17	0

Występowanie przypadków zatruc świadczy o potrzebie kontynuowania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działań na rzecz prewencji zatruc grzybami.

Działania zapobiegające zatruciom grzybami

W sprawach dotyczących zapobiegania zatruciom grzybami, wzorem lat ubiegłych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczebla powiatowego i wojewódzkiego podejmowały różnego rodzaju działania oświatowo-prewencyjne, w tym edukacyjne, mające na celu pogłębianie wiedzy społeczeństwa na temat identyfikacji grzybów dziko rosnących: jadalnych, niejadalnych i trujących, zasad związanych z bezpiecznym zbiorem, przechowywaniem i zakupem grzybów jadalnych. Organizowano ogólnodostępne wystawy grzybów, podczas których prezentowano modele, filmy i fotografie grzybów, rozdawano ulotki, udzielano porad, wygłaszano prelekcje skierowane do osób zbierających i spożywających grzyby na temat podstawowych zasad bezpieczeństwa, w tym zasadach wprowadzania do obrotu handlowego grzybów świeżych i suszonych. Informacje dotyczące zapobiegania zatruciom grzybami przekazywano do mediów (radio, telewizja, prasa) oraz publikowano na stronach internetowych i tablicach informacyjnych poszczególnych stacji sanitarno-epidemiologicznych, a także na targowiskach, gdzie prowadzono sprzedaż grzybów. Podejmowane działania realizowano często we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, przedstawicielami Lasów Państwowych, Ligi Ochrony Przyrody i innymi jednostkami organizacyjnymi. Przed i w okresie wzmożonego wzrostu grzybów społeczeństwo było także informowane o możliwości dokonania oceny zebranych grzybów w ramach prowadzonych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych bezpłatnych porad grzybowych, udzielanych przez grzyboznawców i kwalifikatorów grzybów osobom zbierającym grzyby na własny użytek.



6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością

Nadzór sanitarny nad materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością obejmuje zarówno sanitarno-higieniczne warunki produkcji, jak i bezpieczeństwo zdrowotne tych produktów. W 2022 r. przeprowadzono łącznie 2303 kontrole w wytwórniach i miejscach obrotu tymi produktami (w 2021 r. – 2337). Zwracano uwagę na oznakowanie wyrobu i materiału przeznaczonego do kontaktu z żywnością pod kątem przestrzegania wymagań obowiązujących przepisów dotyczących prawidłowego znakowania tego typu produktów. W celu weryfikacji pobierano próbki materiałów i wyrobów do badań laboratoryjnych. W 2022 r. na 1356 (w 2021 r. – 1178) ocenionych próbek – zakwestionowano 17 (w 2021 r. – 19). W 2022 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 1,25% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2021 r. – 1,6%), w tym produkcji krajowej – 1,2% (w 2021 r. – 1,3%), wyprodukowanych w UE – 1,12% (w 2021 r. – 0,5%) oraz z importu – 1,33% (w 2021 r. – 2,2%).

7. Wybrane zagadnienia nadzoru nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, sprawując nadzór nad warunkami higieny żywności i żywienia, poświęcają dużo uwagi zakładom żywienia zbiorowego typu zamkniętego – z uwagi na ich specyfikę oraz ścisłe powiązanie z czynnikami warunkującymi utrzymanie prawidłowego stanu zdrowia określonych grup konsumentów, w szczególności pacjentów w szpitalach, dzieci w żłobkach i przedszkolach, uczniów w szkołach, wychowanków domów dziecka, pensjonariuszy domów pomocy społecznej.

Żywnienie zbiorowe określonych grup konsumentów jest realizowane przez zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego działające w ramach własnej jednostki (np.: przez bloki żywieniowe w szpitalach, kuchnie i stołówki w jednostkach systemu oświaty, placówkach opieki dla dorosłych i dzieci) lub częściowo bądź całościowo w systemie cateringowym, bazującym na produktach i daniach przygotowywanych lub dostarczanych przez podmioty zewnętrzne świadczące usługi cateringowe, transportowe żywności, a także podmioty przygotowujące żywność na potrzeby własnej działalności świadczące jednocześnie usługi cateringowe dla klientów zewnętrznych.

Podobnie jak w pozostałych obszarach rynku spożywczego warunki higieniczno-sanitarne prowadzenia działalności w zakresie żywienia zbiorowego typu zamkniętego regulują przepisy prawa żywnościowego. Natomiast zasady racjonalnego żywienia oraz zalecane racje pokarmowe dla różnych grup ludności opracowują (zgodnie z kompetencjami i aktualnym stanem wiedzy) oraz publikują jednostki badawczo-rozwojowe podległe i nadzorowane przez Ministra Zdrowia, w tym Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH-PIB). Przy planowaniu i realizacji żywienia zbiorowego w aspekcie prawidłowego żywienia istotną rolę odgrywają modelowe racje pokarmowe, w których podane są ilości poszczególnych grup produktów spożywczych. Dla większości grup konsumentów oraz jednostek realizujących działalność w zakresie żywienia zbiorowego typu

zamkniętego mają one formę zaleceń oraz spełniają rolę edukacyjną w praktycznej realizacji tego rodzaju żywienia. Wyjątkiem są zasady żywienia zbiorowego wraz ze sposobem ich egzekwowania w jednostkach systemu oświaty, które zostały określone w przepisach art. 52 c i art. 103 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1154) – zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie grup środków spożywczych. W odniesieniu do pozostałych zakładów żywienia zbiorowego, dla których nie wprowadzono dotychczas przepisów dotyczących wymagań jakościowych żywienia, w przypadku stwierdzenia podczas oceny sposobu żywienia niezgodności z zasadami żywienia publikowanymi przez NIZP PZH-PIB, do podmiotów odpowiedzialnych kierowane były pisma informacyjne z zaleceniami.

W 2022 r. na 48 473 zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego skontrolowano ogółem 22 763 zakłady, tj. szpitale, domy opieki społecznej, żłobki i domy małego dziecka, stołówki szkolne, bursy i internaty, stołówki na koloniach, półkoloniach lub obozach, przedszkola, domy dziecka, zakłady specjalne i wychowawcze oraz inne nadzorowane zakłady tego typu. Ogółem zatwierdzono 2 439 nowych zakładów, przeprowadzono 27 602 kontrole, w tym 1234 interwencyjne. Wydano 3 285 decyzji administracyjnych, w tym 62 unieruchamiających/przerywających działalność zakładu oraz 19 zakazujących wprowadzenia produktu do obrotu. Ponadto nałożono 1140 mandatów karnych na łączną kwotę 276 170 zł. Skierowano do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 100 wniosków o nałożenie kary finansowej za stwierdzone naruszenia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały w zakładach oceny sposobu żywienia na podstawie jadłospisów oraz zestawień dekadowych, a także badań laboratoryjnych próbek posiłków. Sprawdzano również dostępność jadłospisów dla konsumentów oraz realizację wymagań ujętych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności (...) oraz w Rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie znakowania poszczególnych rodzajów środków spożywczych (Dz.U. z 2015 r. poz. 29, ze zm.).

7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach

W 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach sprawowanego nadzoru nad bezpieczeństwem żywienia w szpitalach prowadziły ocenę żywienia pacjentów. Kontrole urzędowe żywności w szpitalnych blokach żywieniowych obejmowały w szczególności ocenę stanu sanitarno-technicznego obiektu i jego wyposażenia, sposobu przyjęcia i jakości surowców lub gotowych potraw, warunków produkcji i dystrybucji żywności, stanu higieny i stanu zdrowia pracowników mających kontakt z żywnością (na podstawie orzeczeń lekarskich dla celów sanitarno-epidemiologicznych), a także prowadzenia dokumentacji kontroli wewnętrznej. W trakcie kontroli przeprowadzano również ocenę jakościową i laboratoryjną żywienia pacjentów w zakresie diety podstawowej na podstawie jadłospisów, zestawień dekadowych oraz próbek posiłków.



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

- ◆ nieprecyzyjne informacje na temat alergenów, zaplanowanych potraw oraz i ich gramatury,
- ◆ mała różnorodność potraw i napojów, powtarzalność dań w dekadzie, mało urozmaicone śniadania i kolacje, w większości bez dodatku warzyw/owoców,
- ◆ niska wartość energetyczna posiłków w stosunku do zapotrzebowania dziennego dla pacjentów,
- ◆ brak w posiłkach głównych (śniadaniu, obiedzie lub kolacji) pełnowartościowego białka, tj. zwierzęcego lub białka roślin strączkowych,
- ◆ mała podaż warzyw oraz owoców w dziennej racji pokarmowej,
- ◆ zbyt niska podaż produktów zbożowych pełnoziarnistych, kasz i produktów z pełnego przemiału mąki,
- ◆ brak lub podawanie zbyt małej ilości mleka i przetworów mlecznych,
- ◆ brak lub podawanie zbyt małej ilości ryb i/lub przetworów rybnych,
- ◆ nieuwzględnienie w diecie tłuszczów roślinnych bogatych w kwasy jedno – i wielonasycone,
- ◆ podawanie zbyt dużej ilości potraw smażonych (brak zróżnicowania technik przygotowywania potraw w dekadzie), a także słodkich dań i dodatków (dżemu, kremu czekoladowego i miodu),
- ◆ duży udział produktów wysokoprzetworzonych (konserw, pasztetów, mortadeli, mielonki), stosowania koncentratów zup w proszku,
- ◆ obecność w posiłkach (ocena ilościowa) ponadnormatywnej ilości soli lub tłuszczów.

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

- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny pomieszczeń bloku żywienia,
- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny wyposażenia oraz urządzeń,
- ◆ brak dokumentacji lub zapisów w dokumentacji kontroli wewnętrznej: GHP, GMP i HACCP, jak również niedostosowanie tej dokumentacji do stanu faktycznego, nieprzestrzeganie zapisów instrukcji GHP/ GMP (np.: brak lub nieprawidłowe zabezpieczenie obiektu przed szkodnikami, brak terminowego przeglądu i konserwacji maszyn, brak prawidłowego monitoringu ustalonego punktu kontroli, brak aktualnego wyniku badania wody przeznaczonej do spożycia),
- ◆ przechowywanie i stosowanie przeterminowanych środków spożywczych do przygotowania posiłków,
- ◆ nieprawidłowe przechowywanie artykułów spożywczych, m.in.: brak segregacji produktów w urządzeniach chłodniczych (np.: w opakowaniach nieprzeznaczonych do kontaktu z żywnością lub wtórnie wykorzystywanych opakowaniach jednorazowych, przechowywanie gotowych półproduktów z surowcami), niezachowanie łańcucha chłodniczego,
- ◆ niewłaściwe zagospodarowanie odpadów.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących warunków sanitarno-higienicznych w obiektach, w których przygotowywano i wydawano posiłki, organy PIS nakładały mandaty karne, wydawały zalecenia pokontrolne lub decyzje administracyjne obligujące do podjęcia działań mających na celu wymaganą

poprawę stanu w zakładzie. Ustalano terminy usunięcia uchybień. W przypadku stwierdzenia uchybień w zakresie żywienia pacjentów organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kierowały do dyrektorów szpitali pisma z uwagami dotyczącymi stosowania zasad racjonalnego żywienia. Podczas kontroli oraz w wystąpieniach pokontrolnych kierowanych do dyrektorów szpitali, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przedsiębiorców odpowiedzialnych za stwierdzone nieprawidłowości – organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazywały uwagi dotyczące stosowania zasad racjonalnego żywienia pacjentów oraz zobowiązywały do wdrożenia działań naprawczych. Ponadto podkreślały potrzebę dbałości zarówno o bezpieczeństwo produkowanych posiłków, jak i prawidłowe żywienie, które powinno być dostosowane do stanu zdrowia pacjenta oraz wspomagać proces leczenia i rekonwalescencji.

W 2022 r. w rejestrach Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1028 bloków żywienia w szpitalach, z których ponad połowa, tj. 696, działała w systemie cateringowym, w oparciu o posiłki dostarczane przez firmy zewnętrzne. W roku sprawozdawczym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- ◆ skontrolowały ogółem 740 bloków żywienia w szpitalach, w tym 460 bloków w szpitalach korzystających z usług firm cateringowych,
- ◆ przeprowadziły ogółem 1109 kontroli bloków żywienia w szpitalach, w tym 68 kontroli interwencyjnych,
- ◆ przeprowadziły 639 kontroli w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym, w tym 36 kontroli interwencyjnych,
- ◆ w 449 blokach żywienia w szpitalach w zakresie diety podstawowej dokonano oceny żywienia na podstawie 414 jadłospisów, 173 zestawień dekadowych oraz 58 próbek posiłków zbadanych laboratoryjnie. Stwierdzono nieprawidłowości w 102 jadłospisach, 62 zestawieniach dekadowych oraz 47 próbkach zbadanych laboratoryjnie,
- ◆ w 262 próbkach posiłków dostarczanych do szpitali w systemie cateringowym stwierdzono nieprawidłowości w 60 jadłospisach, 24 zestawieniach dekadowych oraz 12 próbkach posiłków zbadanych laboratoryjnie.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nałożyły w drodze mandatu karnego ogółem 22 grzywny na kwotę 5150 zł, w tym 13 mandatów na kwotę 3750 zł w szpitalach prowadzących żywienie w systemie cateringowym oraz wydały ogółem 202 decyzje administracyjne, w tym 79 w szpitalach prowadzących żywienie w systemie cateringowym, z czego 2 nakazujące przerwanie działalności całego lub części zakładu, w tym 1 dotycząca obiektu funkcjonującego w systemie cateringowym.

7.2. Kontrole żywienia dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty

Grupy środków spożywczych dopuszczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży oraz wymagania, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty – przedszkolach, szkołach (z wyłączeniem szkół dla dorosłych), a także w bursach i internatach oraz w zakładach specjalnych i wychowawczych, są określone w przepisach prawnych.

Zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego kontynuowano nadzór nad przestrzeganiem wymagań dotyczących środków spożywczych sprzedawanych i stosowanych w żywieniu zbiorowym dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty. Kontrole te dotyczyły w szczególności przestrzegania wymagań określonych w przepisach Ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia oraz rozporządzenia w sprawie grup środków spożywczych.



Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, poza przeprowadzonymi działaniami nadzorczymi, nakładaniem mandatów karnych i kar finansowych, dodatkowo:

- ◆ przekazywały informacje, udzielały wyjaśnień i instruktaży podmiotom odpowiedzialnym w trakcie i po kontroli, m.in. na temat norm żywieniowych, sposobu powiadamiania konsumentów o składnikach użytych do produkcji potraw, poprawnego eksponowania w jadłospisach składników alergicznych i/lub powodujących reakcje nietolerancji oraz innych dotyczących prowadzenia żywienia zgodnie z wymaganiami rozporządzenia w sprawie grup środków spożywczych,
- ◆ organizowały prelekcje dla uczniów i osób odpowiedzialnych za planowanie i realizację żywienia, wzbogacone materiałami edukacyjnymi,
- ◆ udzielały wyjaśnień rodzicom na pytania dotyczące rozwiązań żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży, jak również warunków serwowania jedzenia dostarczanego przez rodziców w sytuacjach, w których w jednostce systemu oświaty nie można zapewnić diety eliminującej konkretne składniki.

Żywnienie zbiorowe w jednostkach systemu oświaty

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z 28 229 nadzorowanych stołówek w jednostkach systemu oświaty skontrolowały 12 965. W 6976 skontrolowanych stołówkach dokonano oceny żywienia na podstawie 6629 jadłospisów, 2183 zestawień dekadowych oraz 55 próbek posiłków zbadanych laboratoryjnie.

Podczas kontroli organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceniały, weryfikowały i sprawdzały zakłady pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych oraz prawidłowość żywienia dzieci i młodzieży. Kontrola przestrzegania wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie grup środków spożywczych była dokonywana na podstawie: oceny jadłospisów, zestawień dekadowych i wyników badań laboratoryjnych pobieranych próbek posiłków, w aspekcie jakościowym, ilościowym oraz wartości energetycznej i odżywczej posiłków, w porównaniu z normami żywienia opracowanymi dla odpowiednich grup wiekowych dla populacji polskiej.

W roku sprawozdawczym w wyniku naruszeń wymagań higienicznych i zdrowotnych wydano ogółem 1772 decyzje nakazujące poprawę stanu higieniczno-sanitarnego zakładu, warunków bezpieczeństwa żywności, unieruchamiające, zakazujące produkcji, zakazujące wprowadzenia produktu do obrotu itp. Nałożono 434 mandaty karne na kwotę 96 250 zł. Skierowano do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 41 wniosków o nałożenie kar finansowych za nieprzestrzeganie przepisów prawa żywnościowego.

Żywnienie w jednostkach systemu oświaty oceniano przede wszystkim w czasie roku szkolnego 2021/2022. W tym okresie skontrolowano 10 575 zakładów w jednostkach systemu oświaty, w tym 4866 stołówek szkolnych, 5067 stołówek w przedszkolach, 309 stołówek w bursach i internatach, 333 stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych. Przeprowadzono łącznie 11 938 kontroli, w tym 9026 w zakresie zgodności z rozporządzeniem w sprawie grup środków spożywczych.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości w zakresie wymagań higienicznych i zdrowotnych oraz warunków bezpieczeństwa żywności dotyczyły:

- ◆ niewłaściwego stanu technicznego i/lub sanitarnego pomieszczeń i/lub wyposażenia (sprzętu, urządzeń) bloku żywienia zbiorowego, w tym w zakresie porządku i czystości bieżącej pomieszczeń, urządzeń i sprzętu,
- ◆ niewłaściwej jakości wody przeznaczonej do spożycia,
- ◆ braku orzeczeń lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych osób zatrudnionych w kontakcie z żywnością,
- ◆ zaniechania prowadzenia lub systematycznego wypełniania rejestrów/dokumentacji z zakresu kontroli wewnętrznej: GHP/GMP i/lub systemu HACCP,
- ◆ stosowania do przygotowywania posiłków przeterminowanych środków spożywczych,
- ◆ braku opracowanych wykazów z dostępnymi dla konsumentów informacjami dotyczącymi pełnego składu sporządzanych potraw, w tym składników powodujących alergie lub reakcje nietolerancji,
- ◆ braku eksponowania składników alergicznych lub powodujących reakcje nietolerancji w sposób odróżniający od innych składników,
- ◆ nieprawidłowości przy sporządzaniu jadłospisów i zestawień dekadowych.

Do najczęściej powtarzających się uchybień w zakresie podawanych posiłków należały:

- ◆ nieprawidłowo skomponowane jadłospisy,
- ◆ stosowanie do smażenia tłuszczów innych niż oleje roślinne rafinowane o zawartości kwasów jednonasyconych powyżej 50% i zawartości kwasów wielonienasyconych poniżej 40%,
- ◆ serwowanie do spożycia napojów zawierających więcej niż 10 g cukru w 250 ml produktu gotowego do spożycia,
- ◆ brak lub niepełna weryfikacja w zakresie spełnienia poprzez stosowane środki spożywcze odpowiednich dla danej grupy wiekowej wymagań, wynikających z aktualnych norm żywienia dla populacji polskiej,
- ◆ mało urozmaicone posiłki,
- ◆ niezapewnienie w posiłkach (śniadanie, obiad, kolacja) odpowiedniego udziału grup produktów: zbożowych lub ziemniaków, warzyw lub owoców, mleka lub produktów mlecznych, mięsa, ryb, jaj, orzechów, nasion roślin strączkowych i innych nasion oraz tłuszczów lub nasion roślin strączkowych,
- ◆ stosowanie niedopuszczonych przepisami prawa koncentratów spożywczych do sporządzania zup, sosów oraz potraw,
- ◆ podawanie potraw smażonych w ilości większej niż dwie porcje w tygodniu,
- ◆ zbyt duży udział ziemniaków w stosunku do produktów zbożowych,
- ◆ niedotrzymanie wymagania podania jednej porcji ryb co najmniej raz w tygodniu,
- ◆ niespełnienie wymagań w zakresie podawania w ciągu dnia:
 - ✦ co najmniej dwóch porcji mleka lub produktów mlecznych,

- ✦ co najmniej jednej porcji produktów zbożowych w każdym posiłku,
- ✦ warzyw lub owoców w każdym posiłku,
- ✦ co najmniej jednej porcji produktów z grupy: mięso, jaja, orzechy, nasiona roślin strączkowych,
- ◆ brak napoju do obiadu (w celu zbilansowania ilości płynów).

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami organy PIS w roku szkolnym 2021/2022 wydały ogółem: 654 decyzje dotyczące poprawy stanu sanitarnego, 13 decyzji państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego wymierzających kary pieniężne w związku z art. 103 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia na łączną kwotę 19 500 zł oraz nałożyły 269 mandatów karnych na kwotę 57 200 zł.

Sklepiki i kioski w szkołach

W 2022 r. kontynuowano również nadzór nad punktami obrotu żywnością zlokalizowanymi w jednostkach systemu oświaty. Podczas kontroli organy PIS oceniały, weryfikowały i sprawdzały w kioskach i sklepikach szkolnych:

- ◆ warunki higieniczne – stan sanitarno-techniczny pomieszczeń i wyposażenia,
- ◆ rodzaj asortymentu, w szczególności pod kątem spełnienia wymagań stawianych rozporządzeniem w zakresie grup środków spożywczych,
- ◆ warunki obrotu, przechowywania oraz jakość środków spożywczych oferowanych do sprzedaży.

Najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami były:

- ◆ brak opracowanej i wdrożonej dokumentacji GHP oraz systemu HACCP,
- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian, podłóg i sufitów w pomieszczeniach,
- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny wyposażenia zakładu,
- ◆ brak czystości i porządku w pomieszczeniach zakładu,
- ◆ brak znakowania części środków spożywczych,
- ◆ brak zachowanej segregacji asortymentowej przy przechowywaniu środków spożywczych,
- ◆ brak opracowanej i wdrożonej dokumentacji GHP oraz systemu HACCP,
- ◆ oferowanie do sprzedaży środków spożywczych o zawyżonej zawartości tłuszczu, zawartości cukru lub soli w 100 g produktu.

W roku sprawozdawczym 2022 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 843 obiekty. Przeprowadzono 928 kontroli sanitarnych, w tym 668 obejmujących sprawdzenie zgodności oferowanego asortymentu z wymaganiami zawartymi w rozporządzeniu w sprawie grup środków spożywczych. W 123 obiektach stwierdzono uchybienia, w tym w 67 punktach sprzedaży – w zakresie niezgodności asortymentu wprowadzanego do obrotu. Za stwierdzone uchybienia sanitarno-higieniczne nałożono 35 mandatów karnych na łączną kwotę 5450 zł. Ponadto nałożono na właścicieli sklepików szkolnych 35 kar pieniężnych w drodze decyzji

administracyjnej na łączną kwotę 45 800 zł, w tym 30 na kwotę 41 100 zł w związku z wprowadzaniem do obrotu środków spożywczych niezgodnych z przepisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Podobnie, jak w przypadku żywienia zbiorowego w jednostkach systemu oświaty głównym okresem kontroli sklepików i kiosków szkolnych był rok szkolny 2021/2022, w którym skontrolowano 647 obiektów. W roku szkolnym 2021/2022 przeprowadzono 722 kontrole sanitarne sklepików i kiosków. W 87 obiektach stwierdzono uchybienia, w tym w 47 punktach sprzedaży – w zakresie niezgodności dotyczących asortymentu wprowadzanego do obrotu. Za stwierdzone uchybienia sanitarno-higieniczne nałożono 27 mandatów karnych na łączną kwotę 3950 zł. Ponadto nałożono na właścicieli sklepików szkolnych 32 kary pieniężne w drodze decyzji administracyjnej na łączną kwotę 53 450 zł, w tym 29 na kwotę 49 700 zł w związku z wprowadzaniem do obrotu środków spożywczych niezgodnych z przepisami zawartymi w rozporządzeniu w sprawie grup środków spożywczych.

8. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad importem z państw trzecich żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzają graniczną kontrolę sanitarną środków spożywczych pochodzenia roślinnego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością przywożonych z państw trzecich, które są odprawiane ostatecznie w Polsce. Kontrole są prowadzone na podstawie przepisów krajowych i unijnych z uwzględnieniem oceny ryzyka.

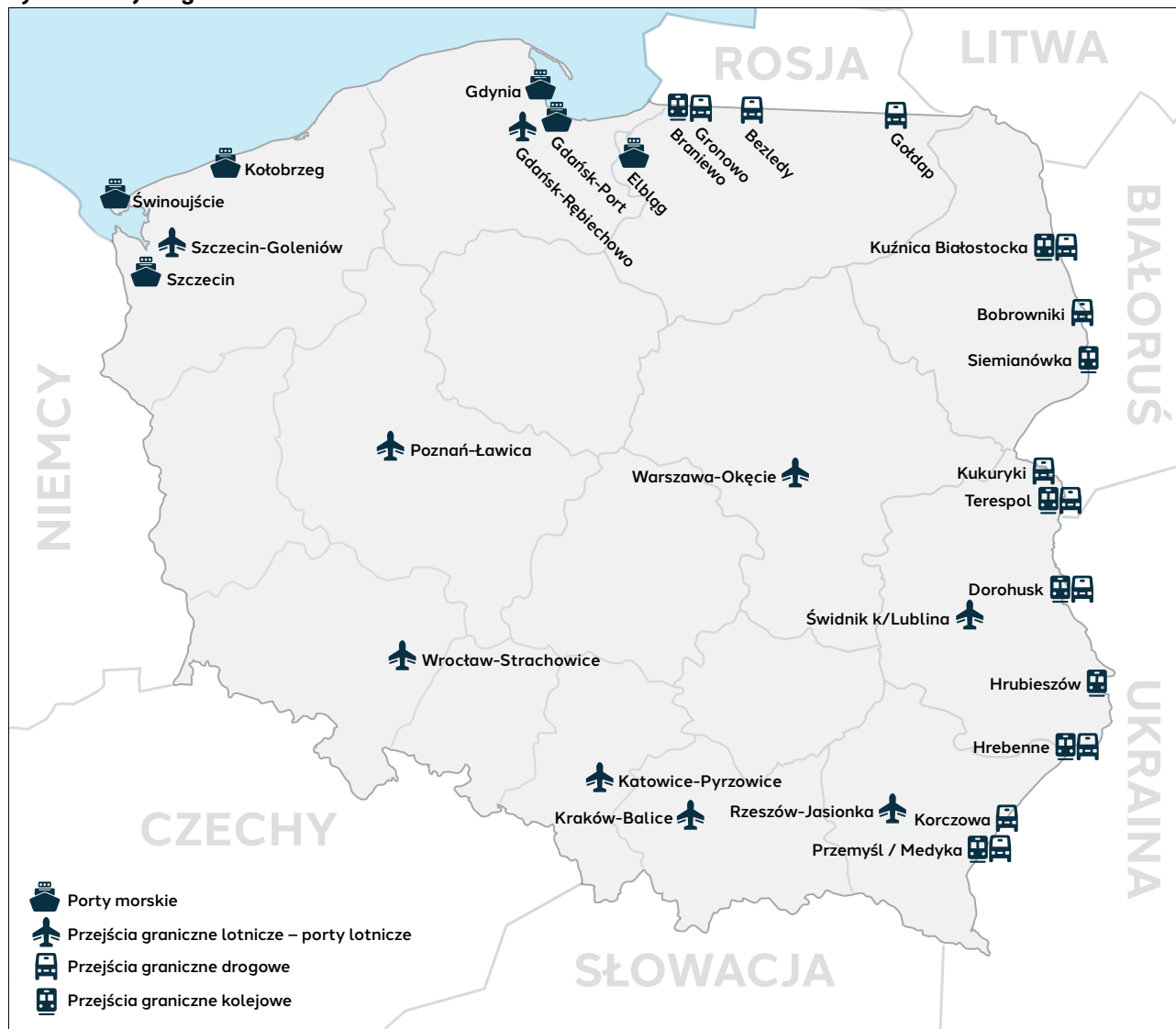
Organy PIS przeprowadzają graniczne kontrole sanitarne w zakresie bezpieczeństwa żywności wyłącznie środków spożywczych pochodzenia roślinnego, przywożonych z państw trzecich i odprawianych w Polsce. Kontrole te dotyczą produktów, które są deklarowane na cele spożywcze i są wprowadzane do obrotu z takim przeznaczeniem.

Graniczne kontrole sanitarne na podstawie przepisów krajowych są przeprowadzane na zasadach określonych w art. 79-84 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia oraz w art. 43-46 i 65-72 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/625 z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie kontroli urzędowych i innych czynności urzędowych przeprowadzanych w celu zapewnienia stosowania praw żywnościowego i paszowego (...) (Dz. Urz. L 95 z 07.04.2017, str. 1), zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie kontroli urzędowych. Kontrola graniczna nie dotyczy towarów, które wwożone są w ilościach wskazujących na ich niehandlowy charakter, m.in. w celu wykonania badań i doświadczeń lub w celach promocji i reklamy.

Graniczne kontrole sanitarne towarów odbywają się rutynowo i są przeprowadzane na przejściach granicznych przez państwowych granicznych inspektorów sanitarnych oraz w miejscach przeznaczenia towarów, siedzibie importera albo odbiorcy towarów przez państwowych powiatowych lub państwowych granicznych inspektorów sanitarnych.

Przejścia graniczne w Polsce:

Rys. 1 Przejścia graniczne w Polsce



Obowiązkowej kontroli podlegają towary wymienione w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie wykazu towarów, które podlegają granicznej kontroli sanitarnej (Dz. U. Nr 272, poz. 1612). Wzór wniosku o przeprowadzenie kontroli określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lutego 2007 r. w sprawie wzorów wniosku o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej oraz świadectwa spełnienia wymagań zdrowotnych (Dz. U. Nr 44, poz. 286).

W trakcie kontroli granicznej organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej rutynowo sprawdzają dokumentację towaru, przeprowadzana jest kontrola identyfikacyjna oraz bezpośrednia, w tym oględziny towaru i pobranie próbek do badań laboratoryjnych. Podczas kontroli dokumentacji sprawdzane są dokumenty potwierdzające bezpieczeństwo importowanych produktów, w tym wyniki badań laboratoryjnych, sprawdzany jest wniosek o dokonanie granicznej kontroli sanitarnej oraz dokumenty handlowe i identyfikujące daną partię towaru. Kontrola identyfikacyjna i bezpośrednia jest przeprowadzana z częstotliwością wynikającą z oceny ryzyka.

W ramach kontroli bezpośredniej próbki do badań laboratoryjnych są typowane na podstawie oceny ryzyka związanego z produktem oraz w każdym przypadku wątpliwości organu dotyczących importowanego towaru.

W wyniku kontroli właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydaje świadectwo stwierdzające spełnianie wymagań zdrowotnych przez kontrolowane towary. Na podstawie świadectwa organy celno-skarbowe nadają dopuszczalne przeznaczenie celne.

W przypadku stwierdzenia, że towar może stanowić zagrożenie dla zdrowia konsumenta, np. zawiera pozostałości pestycydów lub zanieczyszczenia chemiczne w ilościach przekraczających najwyższe dopuszczalne poziomy, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmują odpowiednie działania, zgodnie z ustawowymi kompetencjami, na podstawie art. 65-67 rozporządzenia (UE) 2017/625, aby takie produkty nie zostały dopuszczone do obrotu w Unii Europejskiej. Przesyłki niezgodne są poddawane urzędowemu zatrzymaniu i w zależności od stwierdzonego ryzyka podlegają zniszczeniu, są odsyłane do nadawcy w kraju trzecim, są poddawane szczególnemu traktowaniu w celu zapewnienia zgodności z przepisami lub mogą być przeznaczone na inne cele (np. przemysłowe).

Ponadto dla niektórych środków spożywczych pochodzenia roślinnego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością pochodzących z niektórych państw trzecich przywożonych do Unii Europejskiej obowiązują przepisy unijne, które określają zakres i częstotliwość kontroli granicznej oraz warunki ich przywozu. W tym zakresie obowiązuje m.in. Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/1793 z dnia 22 października 2019 r. w sprawie tymczasowego zwiększenia kontroli urzędowych i środków nadzwyczajnych regulujących wprowadzanie do Unii niektórych towarów z niektórych państw trzecich, wykonujące Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/625 i (WE) 178/2002 oraz uchylające Rozporządzenia Komisji (WE) nr 669/2009, (UE) nr 884/2014, (UE) 2015/175, (UE) 2017/186 i (UE) 2018/1660 (Dz. Urz. UE L 277 z 29.10.2019, str. 89, z późn. zm.).

Kontrole te są przeprowadzane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej na zasadach określonych w przepisach 47–64 rozporządzenia UE 2017/625 oraz w rozporządzeniach delegowanych i wykonawczych wydanych na jego podstawie. Kontrole na podstawie przepisów unijnych rejestrowane są w systemie TRACES NEW TECHNOLOGY – TRACES-NT. Administratorem systemu jest Komisja Europejska. Korzystanie z systemu wymaga założenia bezpłatnego konta na stronie internetowej Komisji.

W trakcie kontroli granicznej sprawdzany jest w szczególności wspólny zdrowotny dokument wejścia CHED-D, dokumenty handlowe i identyfikujące daną partię towaru oraz inne dokumenty, w tym np. wyniki badań laboratoryjnych. W wyniku przeprowadzonej kontroli właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydaje wypełniony ostatecznie dokument CHED-D, a na podstawie tego dokumentu organy celne nadają dopuszczalne przeznaczenie celne.

Środki spożywcze oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością znajdujące się w obrocie w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej mogą być wprowadzane do obrotu we wszystkich

pozostałych państwach członkowskich na zasadach wzajemnego uznawania oraz swobodnego przepływu towarów. Żywność pochodzenia niezwierzęcego oraz materiały i wyroby wwożone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z innego państwa członkowskiego nie podlega granicznej kontroli sanitarnej. Towar przywieziony z innego państwa członkowskiego UE może zostać skontrolowany w obrocie w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego.

Graniczne kontrole sanitarne przeprowadzone w roku 2022 przez państwowych granicznych inspektorów sanitarnych oraz państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych przedstawia tabela poniżej.

Tab. 16 Liczba granicznych kontroli sanitarnych w 2022 r.

Liczba granicznych kontroli sanitarnych (ogółem)			93 012
Liczba wydanych świadectw	ogółem		89 903
	w tym dla żywności	spełniającej wymagania i dopuszczonej do obrotu	74 500
		niespełniającej wymagań	340
	w tym dla materiałów i wyrobów do kontaktu z żywnością	spełniających wymagania i dopuszczonych do obrotu	12 359
		niespełniających wymagań	3
	Liczba próbek		pobranych
zdyskwalifikowanych			82

Kontrola graniczna przy eksporcie do państw trzecich żywności pochodzenia roślinnego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością nie jest obowiązkowa i jest przeprowadzana na wniosek podmiotu zainteresowanego eksportem. Kontrolę przeprowadza się, w przypadku gdy dane państwo trzecie wymaga przedstawienia dokumentu eksportowego przy przywozie danego towaru.

W przypadku eksportu podmiot ma możliwość skorzystania z procedury kontroli granicznej przeprowadzanej zgodnie z przepisami krajowymi. Wydane w wyniku kontroli świadectwo spełniania wymagań zdrowotnych przedkłada się przy wwozie towaru do państwa trzeciego.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mogą również, na wniosek eksportera, wypełnić i podpisać dokumenty eksportowe, takie jak np. Świadectwo Wolnej Sprzedaży (Free Sale Certificate) czy Świadectwo Zdrowia (Health Certificate). Z reguły państwa trzecie mają własne wzory tego typu dokumentów, które eksporter powinien dostarczyć organowi. W zależności od treści świadectwo może być wydane w oparciu o informacje posiadane przez organ lub po przeprowadzeniu określonych czynności kontrolnych, w szczególności na podstawie kontroli przedłożonej dokumentacji dotyczącej towaru oraz, jeżeli jest to uzasadnione oceną ryzyka, na podstawie kontroli produktu.

9. Oceny małej gastronomii i żywienia zbiorowego zamkniętego w okresie letnim za 2022 r.

Podobnie jak w latach ubiegłych Główny Inspektor Sanitarny polecił organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonania w sezonem letnim 2022 r. (w okresie czerwiec-wrzesień) w miejscowościach turystycznych, w szczególności w okresie wzmożonego ruchu turystycznego, oceny bezpieczeństwa żywienia realizowanego przez zakłady małej gastronomii oraz żywienia zbiorowego typu zamkniętego obsługujące grupy konsumentów korzystających ze zorganizowanego wypoczynku wakacyjnego. We wskazanym okresie kontrolą objęto przede wszystkim zakłady wysokiego ryzyka, wytypowane na podstawie przeprowadzonej analizy zagrożeń i ich wpływu na zdrowie ludzi oraz zgłoszone w ramach interwencji przez konsumentów.

Do najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości w kontrolowanych zakładach/objektach należały:

- ◆ rozpoczęcie działalności bez zgłoszenia organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub niezgodnie z uzyskanym zatwierdzeniem,
- ◆ brak właściwie zorganizowanej i udokumentowanej kontroli wewnętrznej, w tym opracowanych instrukcji i procedur dotyczących GHP/GMP oraz zasad systemu HACCP,
- ◆ brak bieżącej czystości i porządku pomieszczeń, sprzętu i wyposażenia,
- ◆ wykorzystywanie pomieszczeń niezgodnie z przeznaczeniem,
- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny pomieszczeń, sprzętu roboczego, wyposażenia zakładów oraz powierzchni roboczych mających kontakt z żywnością,
- ◆ braku zabezpieczenia zakładu przed dostępem owadów,
- ◆ nieprawidłowe warunki przechowywania środków spożywczych:
 - ✦ w urządzeniach chłodniczych i mroźniczych: brak ciągłości łańcucha chłodniczego,
 - ✦ brak segregacji środków spożywczych,
 - ✦ brak zabezpieczenia surowców i gotowej żywności przed wtórnym zanieczyszczeniem,
 - ✦ przechowywanie żywności niezgodnie z zaleceniami producenta,
 - ✦ brak identyfikowalności przechowywanych środków spożywczych,
- ◆ stosowanie do przygotowywania posiłków przeterminowanych środków spożywczych,
- ◆ brak prawidłowego znakowania żywności, w tym informacji dla konsumentów o składnikach powodujących alergie lub reakcje nietolerancji po spożyciu potrawy,
- ◆ brak aktualnego wyniku badania jakości wody używanej przy produkcji żywności,
- ◆ brak orzeczeń lekarskich dla celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ◆ niewłaściwe postępowanie przy gromadzeniu i usuwaniu odpadów.

W okresie od 20 czerwca do 30 września 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały łącznie 8066 zakładów małej gastronomii tj.: bary, bary z potrawami fast-food, smażalnie ryb, food trucki, automaty do lodów itp., przeprowadzając ogółem 8813 kontroli sanitarnych, w tym 491 kontroli interwencyjnych (np. w wyniku zgłoszeń konsumentów dotyczących dolegliwości żołądkowo-jelitowych po

spożyciu produktów, niewłaściwej jakości żywności, nieprzestrzegania przez obsługę zakładu wymagań higienicznych) oraz 1125 rekontroli sprawdzających wykonanie zaleceń pokontrolnych lub obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi. W zakładach małej gastronomii działających w formie obiektów tymczasowych i ruchomych przeprowadzono 2401 kontroli sanitarnych, w tym 66 kontroli interwencyjnych oraz 105 rekontroli. Nieprawidłowości stwierdzono w 1696 zakładach małej gastronomii, w tym w 244 obiektach tymczasowych i ruchomych. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały działania egzekwujące eliminację naruszeń i wydały 1655 decyzji administracyjnych, w tym 644 decyzje dotyczące poprawy stanu sanitarnego i 42 w sprawie unieruchomienia/przerwania działalności całości lub części zakładu. Nałożyły na osoby odpowiedzialne w drodze mandatu karnego 1077 grzywnien za uchybienia higieniczno-sanitarne na kwotę 283 300 zł. Skierowały do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 44 wnioski o nałożenie kar pieniężnych w drodze decyzji administracyjnej w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości objętych ustawowo sankcjami finansowymi (np.: rozpoczęcie działalności bez złożenia wniosku o zatwierdzenie i wpis do rejestru zakładów, prowadzenie działalności w zakresie niezgodnym z decyzją o zatwierdzeniu zakładu).



W ramach oceny bezpieczeństwa żywienia zbiorowego grup konsumentów korzystających z zorganizowanego wypoczynku wakacyjnego w sezonie letnim organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały ogółem 2913 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym 598 zakładów działających w systemie cateringowym. Przeprowadzono 3261 urzędowych kontroli żywności. Na skutek zgłoszeń konsumentów (np. w sprawie wystąpienia dolegliwości żołądkowo-jelitowych po spożyciu produktów, niewłaściwej jakości żywności, nieprzestrzegania przez obsługę zakładu wymagań higienicznych) dokonano 194 ponadplanowych kontroli interwencyjnych. Ponadto przeprowadzono 263 rekontrole w celu sprawdzenia poziomu wykonania zaleceń pokontrolnych lub obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi.

W wyniku naruszeń stwierdzonych w trakcie kontroli organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 321 decyzji administracyjnych, w tym 155 dotyczących poprawy stanu sanitarnego i 20 w sprawie unieruchomienia/przerwania działalności całości lub części zakładu. Nałożyły na osoby odpowiedzialne w drodze mandatu karnego 232 grzywny na kwotę 57 500 zł za uchybienia higieniczno-sanitarne. Skierowano do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 6 wniosków o nałożenie kar pieniężnych w drodze decyzji administracyjnej za stwierdzone nieprawidłowości objęte ustawowo sankcjami finansowymi.

10. Kampania informacyjna EFSA „Wybieraj bezpieczną żywność” #EUChooseSafeFood

W drugiej połowie 2022 r. Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) we współpracy z instytucjami krajów członkowskich UE, realizował drugą edycję kampanii dotyczącej bezpieczeństwa żywności. W Polsce Główny Inspektorat Sanitarny współpracował z EFSA przy realizacji kampanii „Wybieraj bezpieczną żywność” #EUChooseSafeFood.

Jednym z głównych założeń kampanii była pomoc konsumentom w dokonywaniu świadomych wyborów dotyczących żywności poprzez wyjaśnianie naukowych podstaw bezpieczeństwa żywności. Umożliwiło to konsumentom łatwy dostęp do praktycznych informacji przydatnych podczas kupowania i spożywania żywności – od pomocy przy czytaniu etykiet i informacji na temat suplementów diety do wskazówek na temat przygotowania i przechowywania produktów spożywczych. Działania kampanijne były kierowane do osób w wieku od 25 do 45 lat, które nie są specjalistami w dziedzinie bezpieczeństwa żywności i odżywiania, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet i młodych rodziców.

Tematami kampanii prowadzonej w Polsce w 2022 r. były: suplementy diety, znakowanie żywności (w tym alergeny) oraz higiena żywności.

Polski Punkt koordynacyjny (PPK) EFSA we współpracy z agencją PR, zakontraktowaną przez EFSA, opublikował 11 artykułów natywnych. Nawiązano również współpracę z czterema influencerami, którzy na swoich profilach przekazywali rzetelne informacje dot. bezpieczeństwa żywności w przystępny dla odbiorcy sposób. Łącznie opublikowano:

- ◆ 4 historie na Facebooku,
- ◆ 15 postów na Instagramie,
- ◆ 13 zestawów opowiadań,
- ◆ 3 posty na blogu.

Wszystkie te działania prowadzone przez PPK EFSA były merytorycznie wsparte przez GIS. Działania kampanijne były wspierane również przez eksperta Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-BIP, który wziął udział w programie telewizji śniadaniowej oraz udzielił wywiadu i uczestniczył w nagraniu video podcastu.

Oprócz szeroko komunikowanych w przestrzeni internetowej materiałów kampanijnych, Główny Inspektorat Sanitarny, za pomocą terenowych jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przeprowadził liczne działania edukacyjne. Do realizacji tych działań lokalne jednostki PIS wykorzystywały narzędzia przygotowane przez GIS: 4 nagrane prezentacje dot.: działalności EFSA, znakowania żywności, suplementów diety i higieny żywności oraz drukowane materiały informacyjne w postaci plakatów i ulotek.

W całej Polsce w 2022 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna zrealizowała ponad 2809 działań, tj. wykłady, webinary, szkolenia, punkty informacyjne, wystawy czy konkursy. Za pośrednictwem stron internetowych i mediów społecznościowych Państwowej Inspekcji Sanitarnej opublikowano ponad 5000 postów i artykułów, które objęły zasięgiem ponad 600 tys. odbiorców.





**ZAPOBIEGANIE ORAZ ZWALCZANIE ZAKAŻEŃ
I CHORÓB ZAKAŻNYCH U LUDZI W 2022 R.**

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

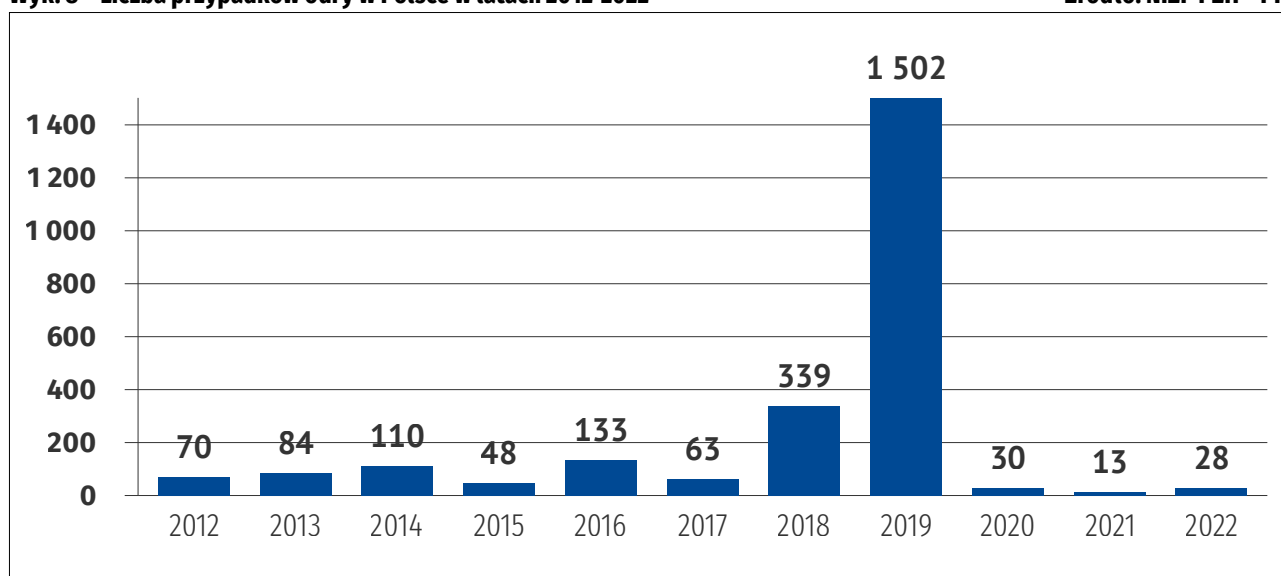
W odniesieniu do tych chorób zakaźnych, które nie mają rezerwuaru zwierzęcego (tzn. występują jedynie u człowieka) i dla których dostępne są szczepionki o wysokim stopniu skuteczności, możliwe jest osiągnięcie celu, jakim jest eliminacja choroby na danym obszarze (rozumiana jako brak zakażeń na terenie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

1.1. Odra

Odra jest ostrą chorobą wirusową przebiegającą z gorączką, kaszlem, zapaleniem spojówek oraz wysypką. Najczęstszym powikłaniem jej przebiegu jest zapalenie płuc oraz zapalenie ucha środkowego. W roku 2022, po okresie epidemii w latach 2018-2019, odnotowano w Polsce 28 przypadków odry, podczas gdy w roku 2021 było ich 13, w 2020 r. – 30, a w 2019 r. – 1502. Liczbę odnotowanych przypadków zachorowań na odrę w Polsce w latach 2012-2022 przedstawia wykres 8.

Wyk. 8 Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2012-2022*

Źródło: NIZP PZH – PIB



* Dane za 2022 r. są danymi wstępnymi, które mogą ulec zmianie.

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

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

1.2. Różyczka

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

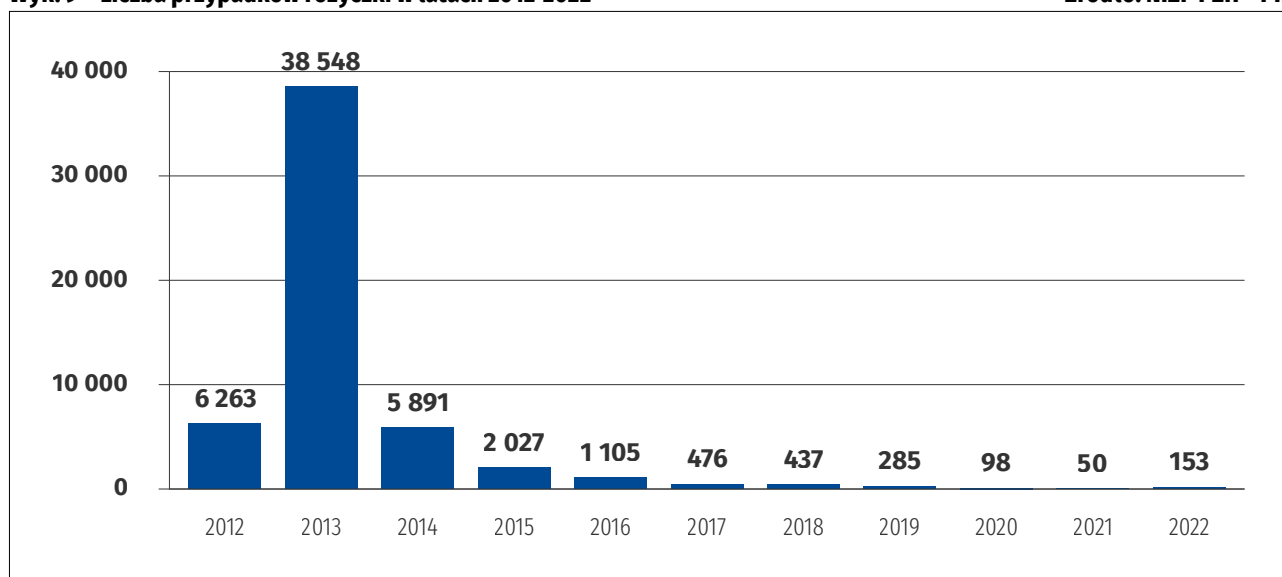
Po okresie wystąpienia wzrostu zachorowań na różyczkę wywołanych epidemią wyrównawczą (ostatnia miała miejsce w 2013 r.) głównie wśród młodych mężczyzn, którzy nie byli objęci obowiązkowymi szczepieniami w latach 90 XX wieku, w kolejnych latach obserwowano spadek liczby zachorowań.

W 2022 r. odnotowano 153 przypadki różyczki, podczas gdy w 2021 r. odnotowano ich 50, w 2020 r. – 98, a w 2019 r. – 285. Liczbę odnotowanych zachorowań na różyczkę w poszczególnych latach przedstawiono na wykresie 9. W 2022 r., podobnie jak w poprzednich latach, nie odnotowano w Polsce przypadków różyczki wrodzonej.

Pomimo obserwowanego od kilku lat spadku liczby zachorowań Polska uznawana jest za kraj, w którym różyczka występuje endemicznie. Większość przypadków różyczki w Polsce jest rozpoznawana wyłącznie na podstawie objawów klinicznych.

Wyk. 9 Liczba przypadków różyczki w latach 2012-2022*

Źródło: NIZP PZH – PIB



* Dane za 2022 r. są danymi wstępnymi, które mogą ulec zmianie.

1.3. *Poliomyelitis* (ostre nagminne porażenie dziecięce)

Poliomyelitis jest ostrą chorobą wirusową przebiegającą najczęściej w postaci bezobjawowego zakażenia lub niecharakterystycznych objawów ze strony przewodu pokarmowego. W przypadku wystąpienia postaci porażennej powoduje trwałe upośledzenie narządu ruchu lub nawet zgon spowodowany porażeniem mięśni oddechowych.

Polska, jak i cały Region Europejski WHO, jest oficjalnie wolna od *poliomyelitis* od 2002 r. Ostatnie dwa przypadki tej choroby w Polsce, spowodowane dzikim wirusem polio, odnotowano w 1982 r. i 1984 r.

Mimo to groźba ponownego wprowadzenia dzikiego wirusa polio do Polski pozostaje realna aż do momentu wyeradykowania tej choroby na świecie. Istnieją 3 szczepy dzikiego wirusa polio (WPV), typ 1, typ 2 i typ 3. WPV 2 i WPV 3 zostały eradykowane odpowiednio w 2015 r. (ostatni przypadek na świecie zanotowano w 1999 r.) i 2019 r. (ostatni przypadek na świecie zanotowano w 2012 r.), podczas gdy WPV 1 nadal występuje endemicznie w dwóch krajach: Afganistanie i Pakistanie. W 2022 r. w krajach tych wykryto łącznie 22 potwierdzone przypadki zakażenia WPV 1: 2 w Afganistanie oraz 20 w Pakistanie, w porównaniu do 5 przypadków w 2021 r.: 4 w Afganistanie i 1 w Pakistanie. W 2022 r. wykryto dodatkowo 8 przypadków zakażenia WPV 1 w Mozambiku, co daje łączną sumę 30 przypadków w roku 2022.

Aby zapobiec szerzeniu się zachorowań w przypadku zawleczenia wirusa na obszar Polski, konieczne jest między innymi utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepienia oraz stałe monitorowanie przypadków ostrych porażeń wiotkich, które są poddawane diagnostyce wirusologicznej dla celów nadzoru epidemiologicznego, w celu wykluczenia wirusa polio jako przyczyny wystąpienia tego zespołu chorobowego. Należy dążyć do osiągnięcia co najmniej 95% poziomu zaszczepienia dzieci w 2. r.ż. pełnym cyklem podstawowym (3 dawki szczepionki). Szczepienie przypominające w Polsce prowadzi się w 6. r.ż., podając jedną dawkę szczepionki. Szczepienia przeciw polio w Polsce realizowane są przy użyciu szczepionki inaktywowanej IPV. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) do czasu całkowitej eradykacji *poliomyelitis* na świecie osoby wyjeżdżające na tereny endemicznego występowania *poliomyelitis* powinny posiadać kompletne zaszczepienie (uodpornienie) przeciwko tej chorobie.

2. Grypa

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



W Polsce nadzór epidemiologiczny nad grypą prowadzony jest w ciągu całego roku, ze szczególnym wzmożeniem nadzoru wirusologicznego w okresie zwiększonej liczby zachorowań, który trwa zwykle od września do kwietnia następnego roku, przy szczycie zachorowań przypadającym między styczniem a marcem. Rejestruje się wtedy od kilkuset do kilku milionów zachorowań na ostre infekcje dróg oddechowych wywoływanych m.in. przez wirusy SARS-CoV-2, wirusa grypy, adenowirusy oraz RSV, spośród których grypa oraz COVID-19 to jedyne choroby, którym można zapobiegać w drodze szczepień. 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.

W ramach monitoringu sytuacji epidemiologicznej według wstępnych danych w 2022 r. zarejestrowano 4 701 874 przypadki grypy i podejrzeń zachorowań na grypę (zapadalność wynosiła 12 320,75/100 000), w tym 29 zgonów.

Tab. 17 Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w latach 2015–2022 Źródło: NIZP PZH – PIB

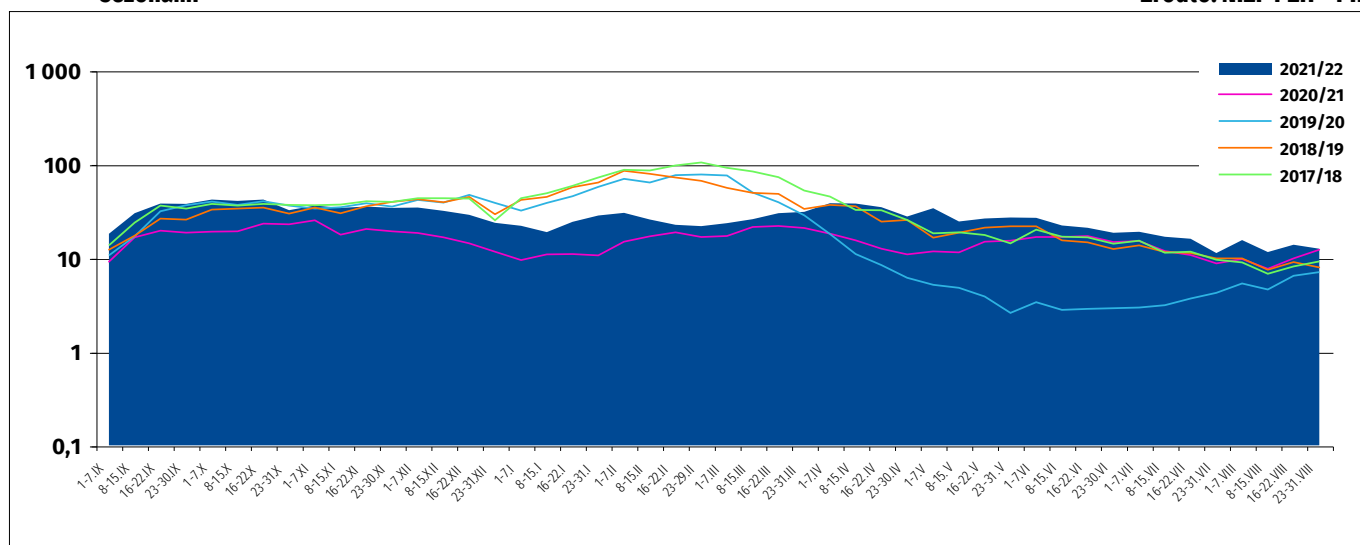
Rok	Liczba przypadków (w tym dzieci do 0-14 lat)	Zapadalność (na 100 tys.)	
		Ogółem	Dzieci w wieku od 0 do 14 lat
2022	4 701 874 (2 235 798)	12 320,75	38 181,20
2021	2 973 793 (1 433 242)	7 792,50	24 475,78
2020	3 160 711 (1 261 001)	8 240,85	21 430,77
2019	4 790 033 (2 176 248)	12 478,44	37 058,42
2018	5 239 293 (2 297 454)	13 639,33	39 305,34
2017	5 043 491 (2 269 154)	13 126,45	39 130,54
2016	4 316 823 (2 038 966)	11 233,88	35 399,86
2015	3 843 438 (1 784 680)	9 994,75	30 995,94

Zapadalność (na 100 000 ludności) na grypę i podejrzenia grypy w sezonie epidemicznym 2021/2022 w porównaniu z poprzednimi sezonami przedstawia Wykres 10.

Liczbę zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w poszczególnych miesiącach sezonów 2020/2021 i 2021/2022 przedstawia Tabela 18.

Szczyt zachorowań w sezonie grypowym 2021/2022 wystąpił w okresie od 8 do 15 października 2021 r. – zachorowało 128 461 osób (zapadalność wynosiła 41,96/100 000). Dla porównania w sezonie grypowym 2020/2021 szczyt zachorowań przypadł na okres od 1 do 7 listopada 2020 r., w którym zachorowało 68 487 osób (zapadalność wynosiła 25,49/100 000).

Wyk. 10 Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2021/2022 w porównaniu z poprzednimi sezonami
Źródło: NIZP PZH – PIB



Tab. 18 Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2020/2021 i 2021/2022
Źródło: NIZP PZH – PIB

Miesiąc	Liczba przypadków	
	sezon 2020/2021	sezon 2021/2022
Wrzesień	191 476	369 338
Październik	262 508	475 233
Listopad	242 841	414 936
Grudzień	185 477	359 400
Styczeń	129 041	288 062
Luty	186 773	278 145
Marzec	249 825	339 755
Kwiecień	168 317	409 627
Maj	164 596	338 825
Czerwiec	188 070	268 096
Lipiec	141 117	188 842
Sierpień	121 303	161 198
RAZEM	2 231 344	3 891 457

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-PIB, pełniący rolę koordynatora. W ramach nadzoru typu sentinel nad grypą lekarze biorący w nim udział przesyłali dane dotyczące zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne, wraz z próbkami do badań wirusologicznych, dla celów nadzoru.

Dominującymi wariantami grypy w Polsce w sezonie 2021/2022 były wirusy grypy typu A. Z danych wspólnotowego nadzoru epidemiologicznego nad grypą wynika, że szczepy wirusa grypy typu A w sezonie 2021/2022 były również dominującymi w Europie. Wirusy grypy typu A wchodziły w skład szczepionek przeciwgrypowych w danym sezonie.

W sezonie 2021/2022 poziom wyszczepialności przeciwko grypie w populacji ogólnej był znacząco większy niż w latach ubiegłych i wynosił 9% vs. 6,03% w sezonie 2020/2021 (4,12% w sezonie 2019/2020, 3,90% w sezonie 2018/2019). Powodem była m.in trwająca epidemia COVID-19 i większe przeświadczenie społeczeństwa o zasadności przyjmowania szczepień przeciwko grypie. Ponadto na ten wzrost miało również wpływ rozszerzenie refundacji szczepionek dla pacjentów oraz zapewnienie finansowania szczepień dla określonych grup zawodowych.

Według aktualnych międzynarodowych zaleceń z profilaktyki przeciwgrypowej powinny skorzystać wszystkie osoby chętne, a przede wszystkim osoby z grup ryzyka, np. chorzy przewlekle, kobiety w ciąży, dzieci i osoby starsze (Program szczepień ochronnych na 2023 rok).

3. Gruźlica

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

W 2022 r. liczba zarejestrowanych przypadków gruźlicy i zapadalność wzrosła w porównaniu z rokiem 2021, co najpewniej świadczy o ustępowaniu niekorzystnego wpływu pandemii COVID-19 na wykrywanie i zgłaszanie nowych zachorowań.

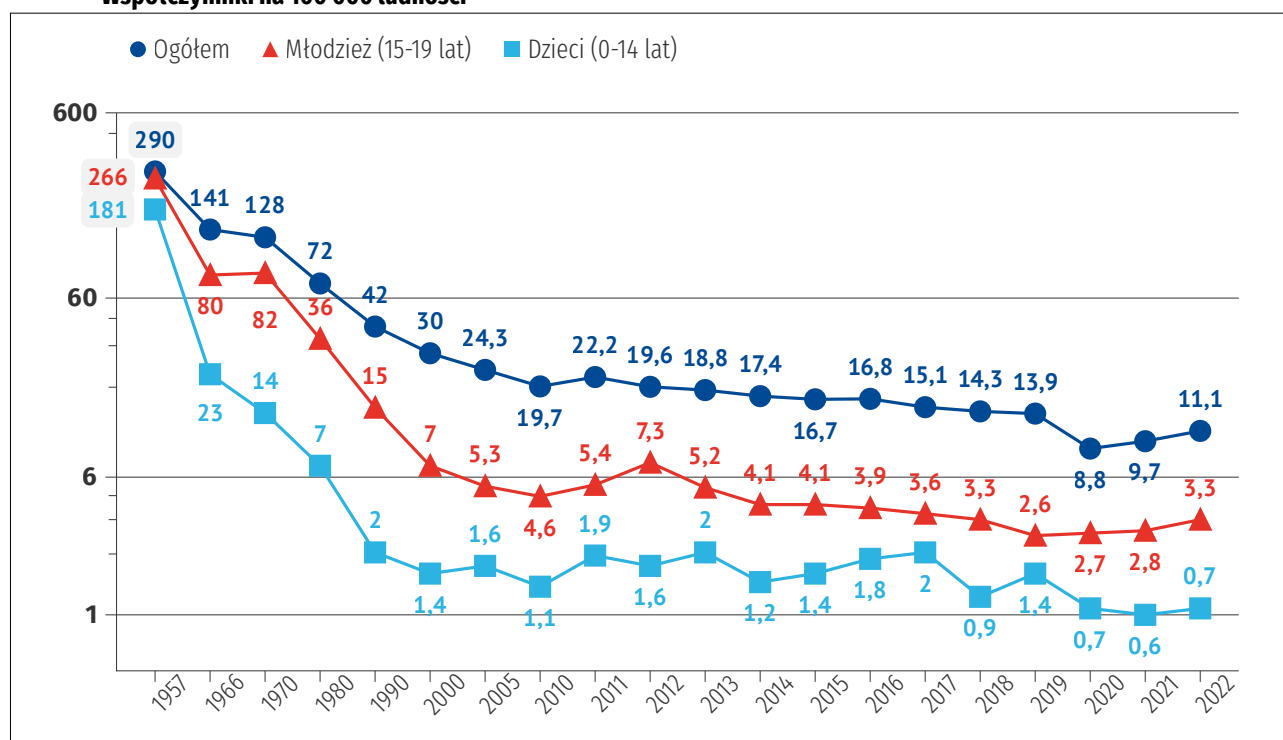
W 2022 r. w Polsce zarejestrowano 4205 zachorowań na gruźlicę (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 11,1), co oznacza 501 przypadków gruźlicy więcej niż w roku poprzednim i 3045 przypadków mniej w porównaniu z rokiem 2013. W 2021 r. zarejestrowano 3704 zachorowania na gruźlicę (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 9,7), w 2020 – 3388 (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 8,8) w 2019 r. – 5321 (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 13,9).

Gruźlicę wywołaną przez prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwpłukowy stwierdzono u 275 osób. Gruźlicę wielolekooporną stwierdzono u 86 osób.

U dzieci do 14. roku życia w 2021 r. zarejestrowano 42 zachorowania (zapadalność na 100 tys. – 0,7) w 2021 r. 37 przypadków (zapadalność na 100 tys. – 0,6).

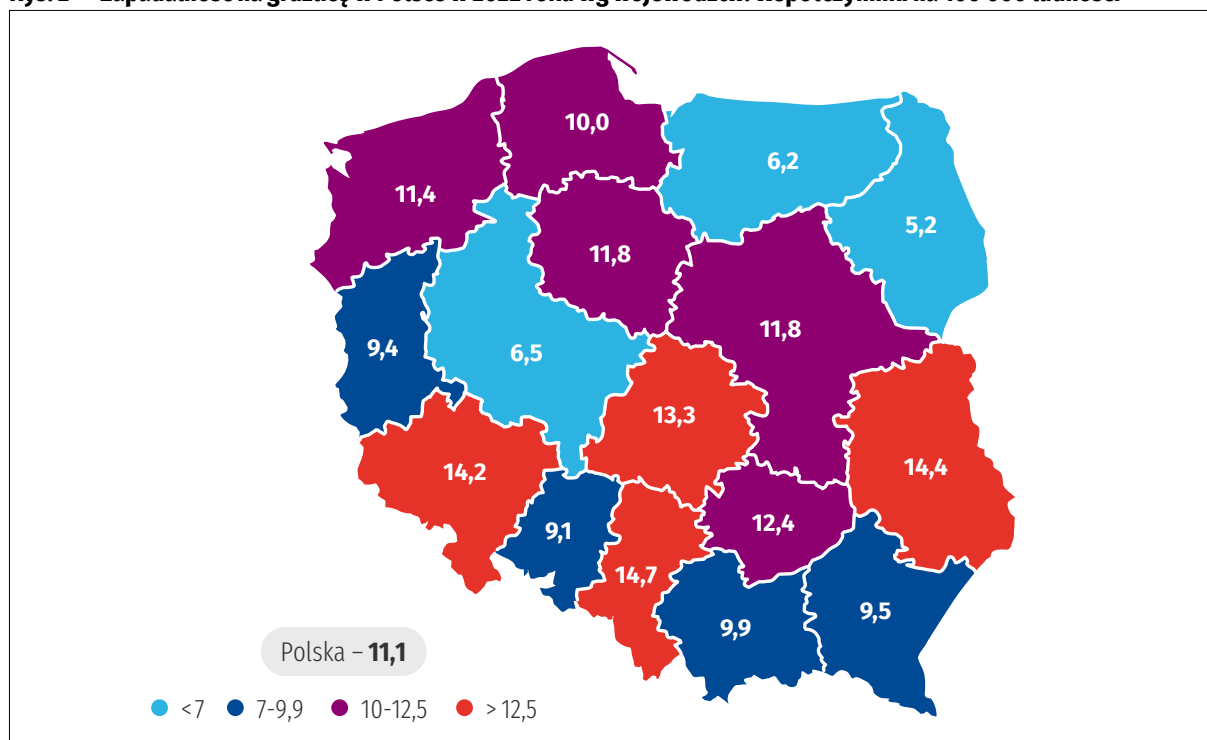
Zmiany w zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957-2022 przedstawia poniższy wykres.

Wyk. 11 Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2022. Współczynniki na 100 000 ludności



Znaczne różnice współczynników zapadalności na gruźlicę między województwami, obserwowane od lat, wystąpiły także w roku 2022. W 2022 r. największą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci zarejestrowano w województwach: śląskim, lubelskim, dolnośląskim, łódzkim. W województwach: podlaskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim współczynniki zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci były najniższe w całym kraju. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2022 r. wg województw przedstawiono na poniższej mapie.

W 2022 r. spadek zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci w porównaniu z rokiem poprzednim wystąpił w następujących województwach: opolskim, mazowieckim i podlaskim. Natomiast współczynnik zapadalności większy niż w roku 2021 stwierdzono w województwach: lubuskim, dolnośląskim, zachodniopomorskim, łódzkim, lubelskim, śląskim, małopolskim, wielkopolskim, świętokrzyskim, kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim, pomorskim, podkarpackim.

Rys. 2 Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2022 roku wg województw. Współczynniki na 100 000 ludności

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

W 2022 r. najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc, która stanowiła 96,1% (w 2021 r – 95,9%) wszystkich zachorowań. W 2022 r. zarejestrowano 4 042 przypadki gruźlicy płuc (w 2021 r. – 3 553). Chorzy tylko na gruźlicę pozapłucną stanowili 3,9% ogółu chorych – 163 przypadków (podobnie było w 2021 r. – 151 przypadków stanowiących 4,1% ogółu chorych).

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

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

Swoistą metodą zapobiegania gruźlicy jest stosowane od 80 lat szczepienie BCG, które zapobiega wystąpieniu u niemowląt ciężkich i śmiertelnych postaci klinicznych gruźlicy, takich jak gruźlicze zapalenie

opon mózgowo-rdzeniowych oraz gruźlica rozsiana (prosówka). Szczepienia te wykonywane są zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego.

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

4. Choroby przenoszone drogą pokarmową

Do chorób przenoszonych drogą pokarmową zalicza się zarówno choroby odzwierzęce przenoszone poprzez żywność, które są najpowszechniejszą przyczyną zakażeń w tej grupie chorób, jak również choroby, które występują wyłącznie u człowieka, takie jak zakażenia rotawirusowe, norowirusowe, a także wirusowe zapalenie wątroby typu A (WZW typu A). Natomiast stanowiący bardzo poważny problem epidemiologiczny po II Wojnie Światowej dur brzuszny obecnie występuje w Polsce sporadycznie i wiąże się najczęściej z powrotem z wyjazdów do krajów endemicznego występowania tej choroby. W przypadku grupy chorób bakteryjnych profilaktyka zachorowań polega przede wszystkim na przestrzeganiu zasad higieny podczas przechowywania i przygotowywania żywności. Przed zachorowaniem na WZW typu A oraz dur brzuszny można skutecznie chronić się poprzez szczepienia.



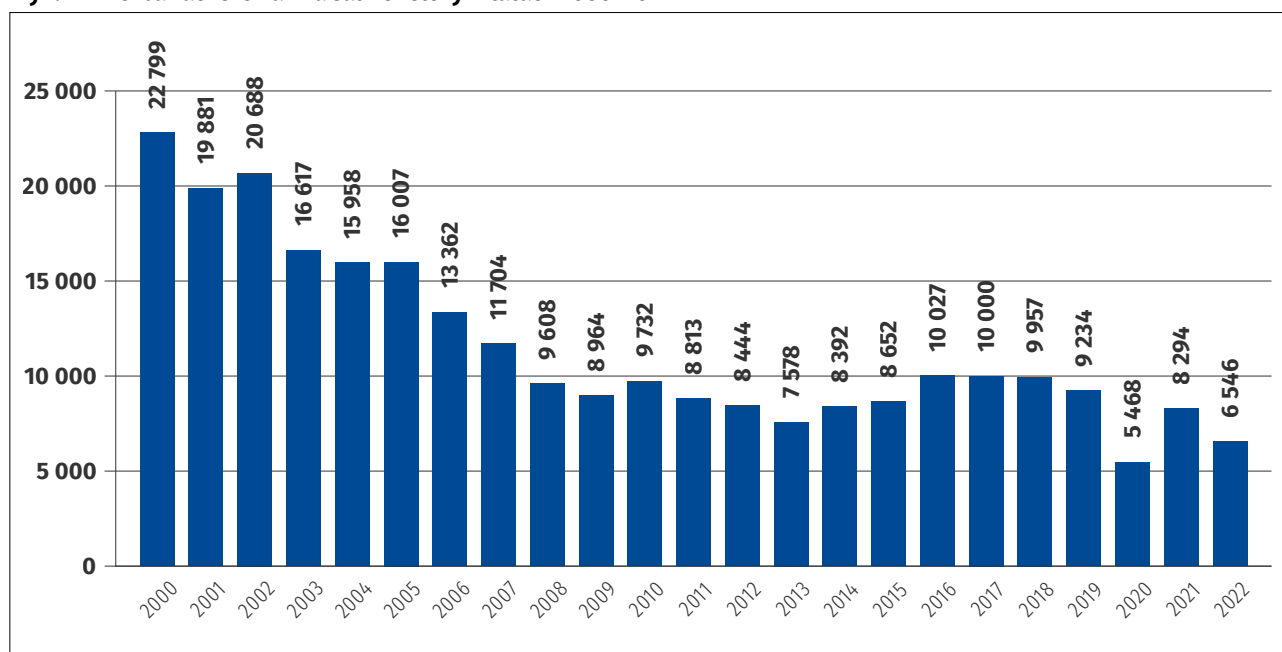
4.1. Zakażenia bakteryjne

W Polsce wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zakażenie wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi *Salmonella*.

W 2022 r. potwierdzono 6546 zachorowań wywołanych tą bakterią (w tym 6221 zatruc pokarmowych). Jest to mniej niż w roku poprzednim, w którym odnotowano 8294 przypadków (w tym 8014 zatruc pokarmowych).

Najczęstszym źródłem ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych są skażone: mleko i inne produkty nabiałowe, gotowe dania (gotowe potrawy/gotowe posiłki), jaja oraz produkty je zawierające, mięso wieprzowe i drobiowe, owoce morza oraz wtórnie zanieczyszczona żywność pochodzenia roślinnego. Chorobotwórcze dla człowieka bakterie powszechnie występują w przewodach pokarmowych zwierząt i w czasie procesu produkcyjnego może dochodzić do zanieczyszczenia mięsa. Nieodpowiednia obróbka termiczna żywności (niewłaściwa temperatura, zbyt krótki czas obróbki), niewłaściwe warunki przechowywania żywności, w tym nieprzestrzeganie warunków chłodzenia, a także zanieczyszczenie krzyżowe podczas przechowywania i przygotowywania potraw może prowadzić do zakażenia na człowieka. Liczbę zachorowań na salmonelozę w latach 2000-2022 przedstawia wykres 12.

Wyk. 12 Liczba zachorowań na salmonelozę w latach 2000-2022



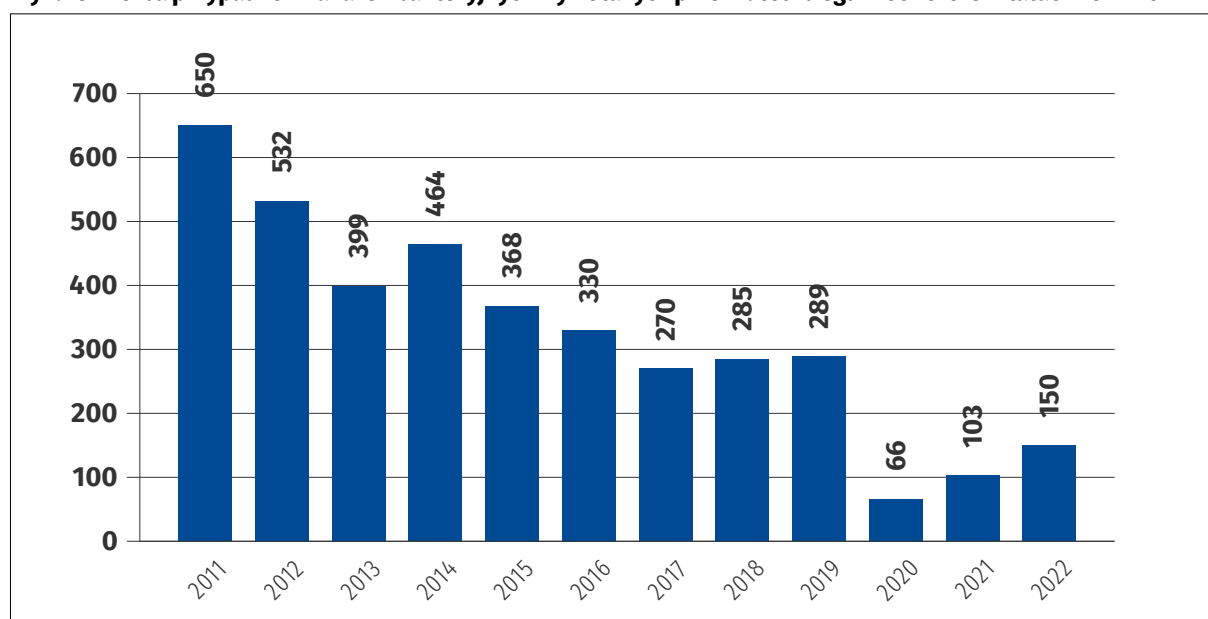
Escherichia coli (pałeczka okrężnicy) jest bakterią wchodzącą w skład fizjologicznej flory jelitowej ludzi i zwierząt. Niektóre szczepy tej bakterii są w stanie wywołać chorobę, zwykle w postaci infekcji przewodu pokarmowego, objawiającą się biegunką, nudnościami i wymiotami. Chorobotwórcza *Escherichia coli* jest też najczęstszym czynnikiem etiologicznym tzw. biegunki podróźnych, będącej skutkiem zetknięcia się za granicą ze szczepami tej bakterii odmiennymi od tych występujących powszechnie w Polsce.

Bakterie te mogą być przenoszone z człowieka na człowieka przy niezachowaniu zasad higieny osobistej i higieny otoczenia. Patogeny te mogą również powodować skażenie żywności podczas jej niewłaściwego przechowywania, przygotowywania lub produkcji.

W latach 2011–2022 zakażenia wywołane przez enterokrwotoczne *E.coli* – EHEC utrzymywały się na poziomie od kilku do kilkudziesięciu przypadków rocznie (2011 r. – 5 przypadków, 2012 r. – 5 przypadków, 2013 r. – 8 przypadków, 2014 r. – 8 przypadków, 2015 r. – 2 przypadki, 2016 r. – 8 przypadków, 2017 r. – 6 przypadków, 2018 r. – 9 przypadków, 2019 r. – 17 przypadków, 2020 r. – 7 przypadków, 2021 r. – 9 przypadków, 2022 r. – 27 przypadków).

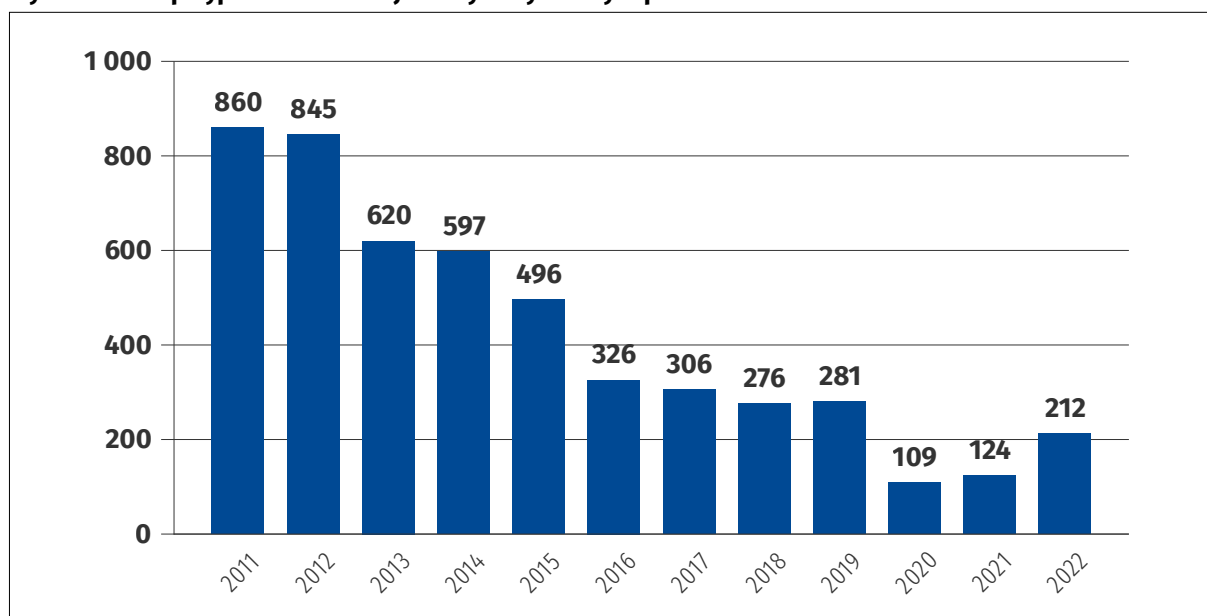
Liczba zakażeń bakteryjnych wywołanych przez *E. coli* biegunkotwórcze wykazuje trend malejący, choć należy pamiętać, iż lata 2020-2021 to lata pandemii, gdzie wprowadzone były ograniczania w podróżowaniu (2011 r. – 650 przypadków, 2012 r. – 532 przypadki, 2013 r. – 399 przypadków, 2014 r. – 464 przypadki, 2015 r. – 368 przypadków, 2016 r. – 330 przypadków, 2017 r. – 270 przypadków, 2018 r. – 285 przypadków, 2019 r. – 289 przypadków, 2020 r. – 66 przypadków, 2021 r. – 103 przypadki, 2022 r. – 150 przypadków).

Wyk. 13 Liczba przypadków zakażeń bakteryjnych wywołanych przez *E. coli* biegunkotwórcze w latach 2011–2022



W 2022 r. liczba zakażeń jelitowych *E.coli* inne i bliżej nieokreślone (212 przypadków) również maleje w porównaniu do 2019 r. (281 przypadków) – to jest czasu sprzed pandemii (2011 r. – 860 przypadków, 2012 r. – 845 przypadków, 2013 r. – 620 przypadków, 2014 r. – 597 przypadków, 2015 r. – 496 przypadków, 2016 r. – 326 przypadków, 2017 r. – 306 przypadków, 2018 r. – 276 przypadków, 2019 r. – 281 przypadków, 2020 r. – 109 przypadków, 2021 r. – 124 przypadki).



Wyk. 14 Liczba przypadków zakażeń jelitowych wywołanych przez inne lub nieokreślone *E. coli* 2011–2022 r.

4.2. Kampylobakterioza i jersinioza

W 2022 r. w Polsce zarejestrowano 629 zachorowań wywołanych przez bakterie *Campylobacter* sp., podobnie jak w 2021 r. (631 przypadków). W poprzednich latach liczba przypadków zakażenia jelitowego wywołanego przez ten drobnoustrój kształtowała się następująco: w 2020 r. – 418 przypadków, w 2019 r. – 720, w 2018 r. – 726, w 2017 r. – 874, w 2016 r. – 787, a w 2015 r. – 653.

Głównym nośnikiem chorobotwórczych dla człowieka bakterii *Campylobacter* sp. są skażone produkty pochodzenia zwierzęcego takie jak: surowy (niedogotowany/niedopieczony) drób lub inne mięso, niepasteryzowane mleko krowie i kozie oraz ich przetwory.

W zakresie zakażeń wywołanych przez pałeczki z rodzaju *Yersinia* na przestrzeni ostatnich lat notowane były następujące liczby zakażeń: 183 przypadki w 2022 r., 142 przypadki w 2021 r., 94 przypadki w 2020 r. (spadek spowodowany pandemią COVID-19), 197 przypadków w roku 2019, 170 przypadków w 2018 r.

4.3. Czerwonka bakteryjna (szigelozja)

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

Wysoka liczba przypadków czerwonki w roku 2018 (284) była spowodowana wystąpieniem dwóch dużych ognisk czerwonki. Jedno z nich wystąpiło na terenie Polski podczas imprezy zbiorowej, drugie zostało zawleczone do Polski z turystycznego wyjazdu za granicę.

W 2019 r. nastąpił powrót do liczby przypadków porównywalnej z 2017 r. (37 przypadków). W latach 2020 r. (12 przypadków) i 2021 r. (18 przypadków) zmniejszenie liczby przypadków spowodowane wystąpieniem pandemii COVID-19. W 2022 r. liczba zarejestrowanych przypadków (41) jest porównywalna do liczby z 2019 r. (37 przypadków), czyli okresu sprzed pandemii, natomiast wzrosła w porównaniu z rokiem 2021 i 2020, co najprawdopodobniej jest wynikiem zniesienia ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii COVID-19, w tym m. in. ograniczeń w zakresie podróżowania.

Liczbę zachorowań na czerwonkę w latach 2013–2022 przedstawia tabela nr 19.

Tab. 19 Liczba zachorowań na czerwonkę w latach 2013–2022*

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Rok	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Liczba przypadków	19	44	18	15	44	284	37	12	18	41

* Wstępne dane, które mogą ulec zmianie

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

4.4. Dur brzuszny i dury rzekome oraz gronkowcowe zatrucia pokarmowe

Zakażenia pałeczkami durowymi od wielu lat występują na niezmiennie niskim poziomie i głównie u osób powracających z regionów, gdzie pałeczki duru nadal powszechnie występują w środowisku. W 2022 r. zarejestrowano 3 przypadki duru brzuszego, przyczyny należy upatrywać w zniesieniu stanu epidemii i ograniczeń w podróżowaniu. W 2021 r. i w 2020 r. nie zarejestrowano zachorowań na dur brzuszny – obowiązywały wówczas ograniczenia, nakazy i zakazy w związku z wystąpieniem stanu epidemii COVID-19 (w 2019 r. – 3 zachorowania, w 2018 r. – 2 zachorowania, w 2017 r. – 7 zachorowań, w 2016 r. – 2 zachorowania, 2015 r. – 4 zachorowania).

W 2022 r. odnotowano 2 zachorowania na dur rzekomy (w 2021 r. – 2 zachorowania, w 2020 r. – 0 zachorowań, w 2019 r. – 2 zachorowania, w 2018 r. – 6 zachorowań, w 2017 r. – 2 zachorowania, w 2016 r. – 2 zachorowania, w 2015 r. – 5 zachorowań).

W 2022 r. odnotowano 125 przypadków gronkowcowych zatruć pokarmowych (w 2021 r. i w 2020 r. – 4 przypadki, w 2019 r. – 13 przypadków, w 2018 r. – 66 przypadków, w 2017 r. – 54 przypadki, w 2016 r. – 37 przypadków, w 2015 r. – 98 przypadków), przyczyny wzrostu w porównaniu do lat ubiegłych (2020, 2021) należy upatrywać w zniesieniu ograniczeń związanych z pandemią COVID-19.

W przypadku tego rodzaju zatrucia za objawy odpowiada enterotoksyna, która jest produkowana przez bakterie znajdujące się w skażonej żywności. Żywnością najczęściej powiązaną z przypadkami zatrucia toksyną gronkowcową są mięso czerwone, mięso drobiowe i jego przetwory, a także ciasta, sałatki i produkty mleczne oraz żywność garmazeryjna, która szczególnie narażona jest na kontaminację enterotoksycznymi szczepami *S. aureus*, ze względu na wielokrotny kontakt z dłońmi pracowników podczas jej przygotowywania i sprzedaży. Charakterystycznymi cechami gronkowcowego zatrucia pokarmowego są krótki okres inkubacji (od 30 minut do 8 godzin) oraz gwałtowny przebieg.

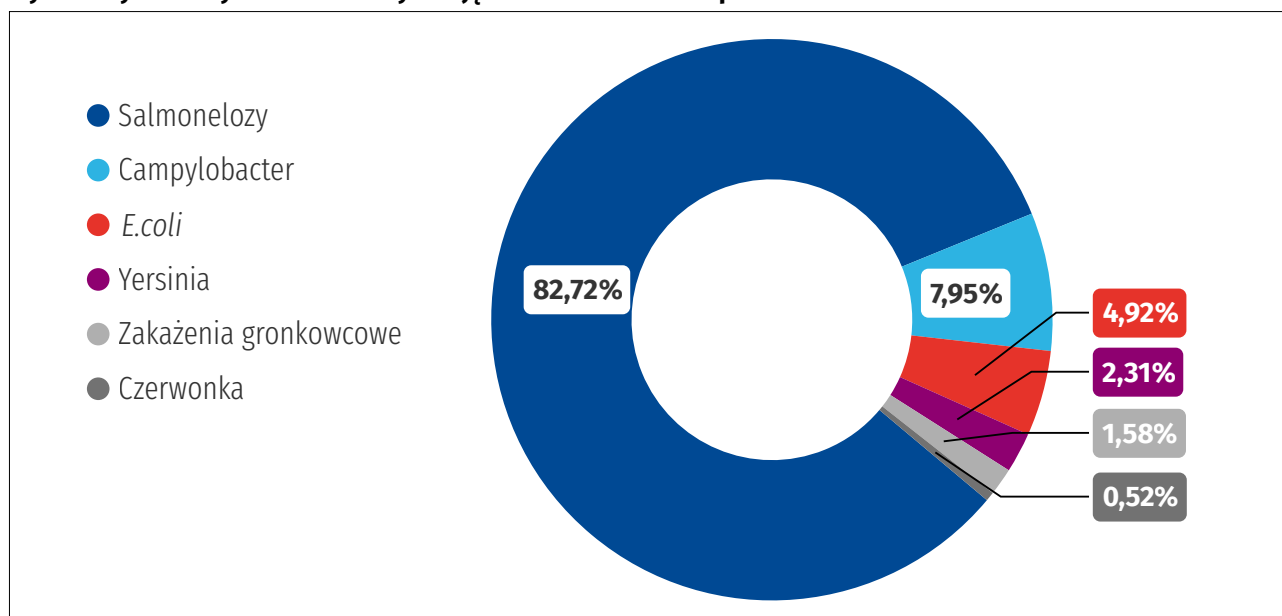


4.5. Listerioza

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

W Polsce w 2022 r. zarejestrowano ogółem 135 przypadków listeriozy, w tym 7 przypadków listeriozy wrodzonej. Dla porównania w 2021 r. zarejestrowano ogółem 120 przypadków listeriozy, w tym 1 przypadek listeriozy wrodzonej, w 2020 r. zarejestrowano ogółem 58 przypadków, w tym 6 przypadków listeriozy wrodzonej, w 2019 r. zarejestrowano ogółem 121 przypadków, w tym 9 przypadków listeriozy wrodzonej, w 2018 r. odnotowano ogółem 128 przypadków, w tym 3 przypadki listeriozy wrodzonej, w 2017 r. odnotowano ogółem 116 przypadków, w tym 6 przypadków listeriozy wrodzonej, w 2016 r. odnotowano ogółem 101 przypadków, w tym 3 przypadki listeriozy wrodzonej, a w 2015 r. – 69 zakażeń pokarmowych wywołanych przez *Listeria monocytogenes*, w tym 1 przypadek listeriozy wrodzonej.

Wyk. 15 Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2022 r.



4.6. Włośnica

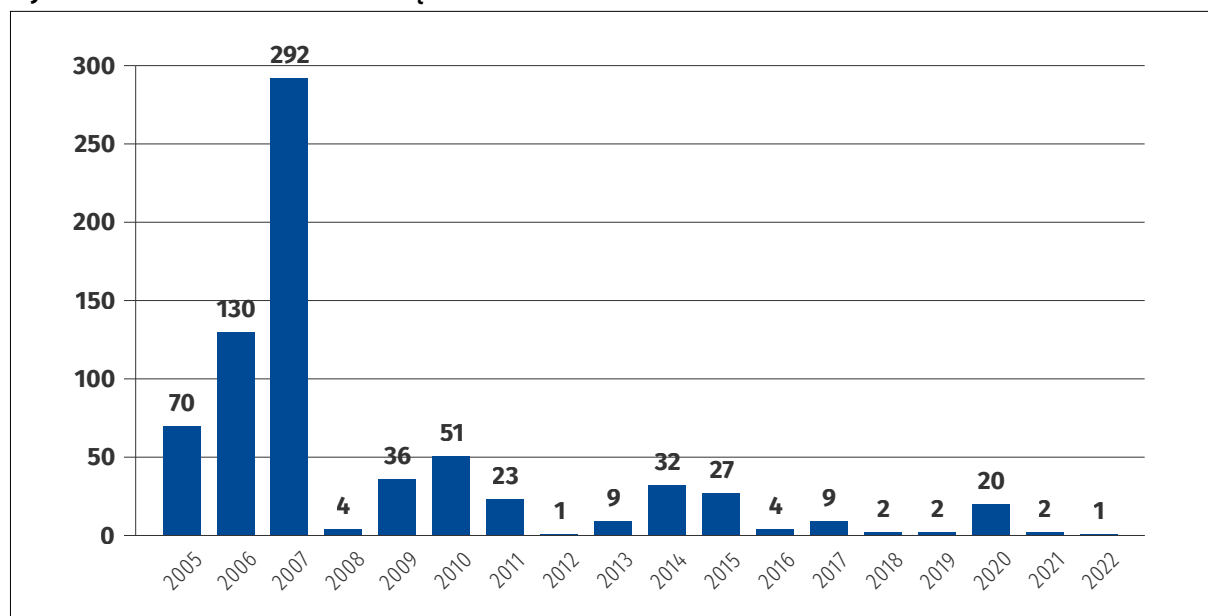
Ze względu na ryzyko wystąpienia ognisk zachorowań szerzących się drogą pokarmową poprzez źródło, jakim jest mięso zwierząt zarażonych larwą pasożyta – włośnica krętego – pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostaje nadal włośnica. Zachorowania na włośnicę u ludzi obecnie zdarzają się

rzadko i wynikają przede wszystkim ze spożycia przygotowanych na własny użytek wędlin i przetworów mięsnych z mięsa zwierząt zarażonych włośnią. Przyczyną zachorowań jest spożycie żywności poddanej niewłaściwej obróbce termicznej lub brak poddania próbek mięsa badaniu weterynaryjnemu w kierunku włośnia, w tym mięsa pochodzącego z nielegalnych źródeł (kłusownictwo). Badanie w kierunku obecności larw włośnia w mięsie określonych gatunków zwierząt przeprowadzają laboratoria Inspekcji Weterynaryjnej.

Wzrost liczby zachorowań na włośnicę na przestrzeni ostatnich lat przyjmował charakter cykliczny z tendencją do tworzenia epidemii. W latach 2005, 2006 i 2007 na terenie Polski miały miejsce duże ogniska epidemiczne włośnicy. W 2014 r. wystąpiły dwa ogniska, a łącznie odnotowano 32 zachorowania. Także w roku 2020 wystąpiło ognisko włośnicy spowodowane spożyciem kiełbasy z mięsa dzika, które nie zostało zbadane pod kątem obecności *Trichinella spp.* W 2022 r. odnotowano 1 przypadek włośnicy u ludzi (2021 r. – 2; 2020 r. – 20; 2019 r. – 2; w 2018 r. – 2; w 2017 r. – 9; w 2016 r. – 4; 2015 r. – 27).

Wyk. 16 Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005–2022

Źródło: NIZP-PZH



4.7. Zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm)

Toksyna jadu kiełbasianego jest jedną z najsilniejszych trucizn występujących naturalnie. Pomimo jej nazwy zatruta toksyną może być każda żywność konserwowana (w tym ryby i warzywa), która została skażona pałeczką *Clostridium botulinum*, a nieskuteczna pasteryzacja w procesie domowego konserwowania żywności nie zapobiegła rozwojowi tej bakterii w sprzyjających jej warunkach beztlenowych.

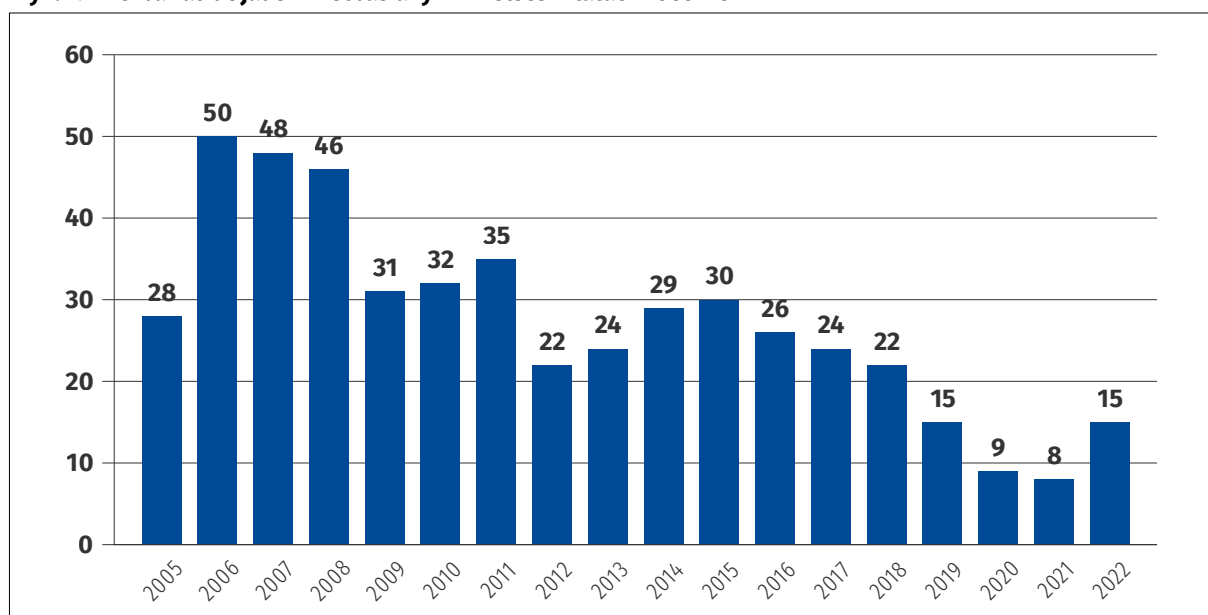
Efektom działania toksyny jest wiotkie, symetryczne porażenie mięśni szkieletowych, w tym mięśni gardła oraz mięśni oddechowych, co stanowi stan bezpośredniego zagrożenia życia wymagający natychmiastowej hospitalizacji i leczenia z podaniem antytoksyny.

Naturalnym i powszechnym miejscem bytowania bakterii *Clostridium botulinum* oraz jej przetrwalników, które potrafią produkować toksynę, są: gleba, osady wodne oraz zwierzęta. Toksyny *Clostridium botulinum* ulegają zniszczeniu w czasie gotowania, jednak zarodniki są odporne na wysoką temperaturę (np. w temperaturze 100 stopni Celsjusza potrafią przetrwać godzinę), w związku z czym ich zniszczenie wymaga bardzo wysokich temperatur i odpowiedniego czasu.

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

Inną postacią choroby jest botulizm przyranny, do którego dochodzi w wyniku zanieczyszczenia ran ziemią zawierającą bakterie *Clostridium botulinum*. Ze względu na beztlenowe warunki panujące w brudnej ranie jest ona odpowiednim miejscem rozwoju bakterii i produkcji toksyny. Do zakażeń przyrannych dochodzi najczęściej w przypadku: głębokich urazów, ran kłutych, otwartych złamań, drogą iniekcji u osób uzależnionych od narkotyków.

Wyk. 17 Liczba zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005–2022





5. Zakażenia wirusowe

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

W 2022 r. zarejestrowano 57 111 wirusowych zakażeń przenoszonych drogą pokarmową (w 2021 r. zgłoszono 23 365 przypadków zakażeń, w 2020 r. – 14 450 przypadków, zaś w 2019 r. – 62 333 przypadki, a w 2018 r. – 48 577 przypadków).

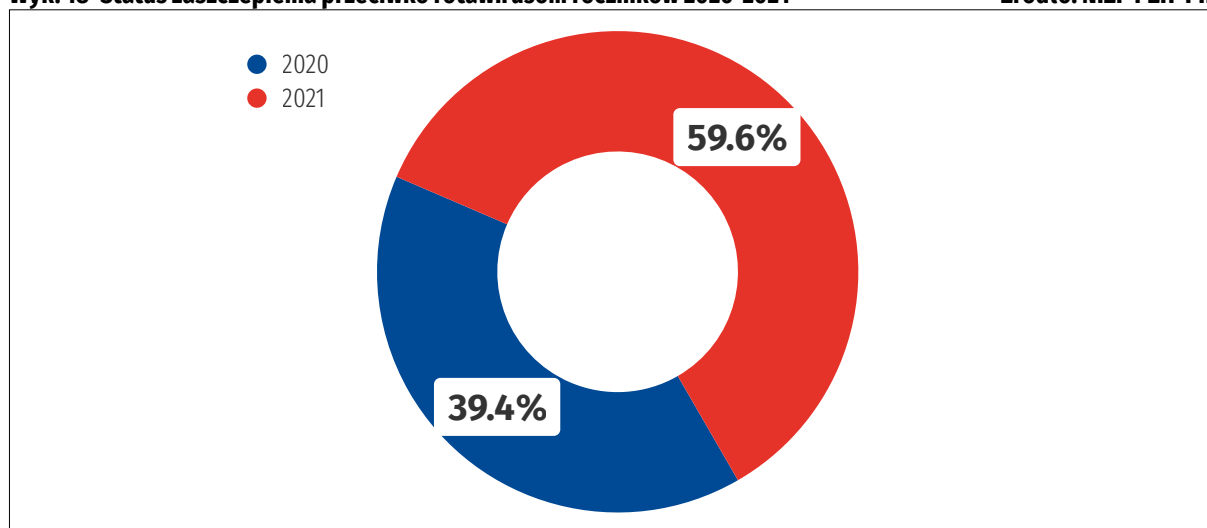
5.1. Zakażenia rotawirusowe

W większości wirusowe zakażenia jelitowe wywołane są przez rotawirusy (2022 r. – wystąpiło 34 027 przypadków, 2021 r. – 7417 przypadków, 2020 r. – 5967 przypadków, w 2019 r. – 34 019 przypadków, w 2018 r. – 23 263 przypadki, w 2017 r. – 32 995 przypadków, w 2016 r. – 21 258 przypadków, w 2015 r. – 33 943 przypadki). Zakażenia rotawirusowe, szerząc się przez kontakt bezpośredni i pośredni, są najczęstszą przyczyną biegunek i zakażeń pokarmowych u dzieci do lat 2.

Z dniem 1 stycznia 2021 r. do Programu Szczepień Ochronnych wprowadzone zostało szczepienie ochronne przeciwko rotawirusom (dla dzieci urodzonych po 31 grudnia 2020 r.). Szczepienie jest bezpłatnym świadczeniem w ramach obowiązkowych szczepień ochronnych wykonywanym w poradniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej i oddziałach neonatologicznych. Pierwsza szczepionka podawana jest dzieciom po ukończeniu 6. tygodnia życia w schemacie dwu- lub trzydawkowym, w zależności od dostępnej szczepionki. Należy zachować nie krótsze niż 4 tygodnie odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami. Stan zaszczepienia dzieci z roczników 2021 (po wprowadzeniu szczepień obowiązkowych przeciwko rotawirusom) oraz 2020 (przed wprowadzeniem szczepień obowiązkowych przeciwko rotawirusom, kiedy były one jedynie zalecane) przedstawia wykres 18.

Wyk. 18 Status zaszczepienia przeciwko rotawirusom roczników 2020-2021

Źródło: NIZP PZH-PIB

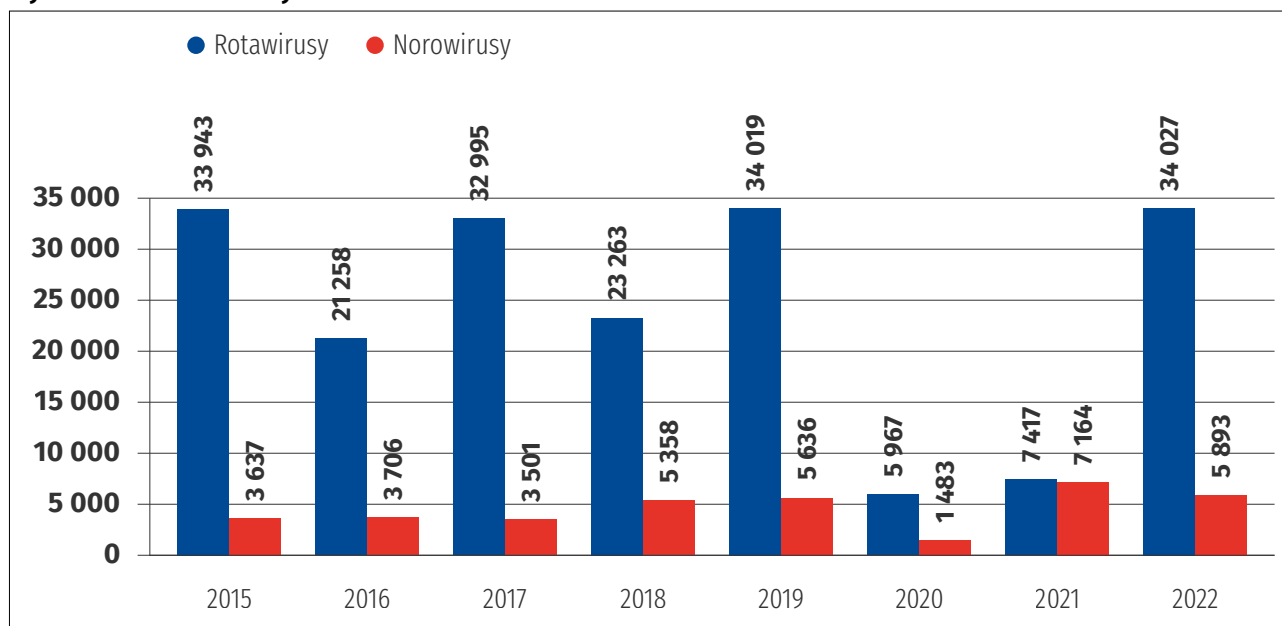


5.2. Zakażenia norowirusowe

Drugą w kolejności najczęstszą przyczyną zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej są zakażenia norowirusowe (2022 r. – 5893 przypadki, 2021 r. – 7164 przypadki, 2020 r. – 1483 przypadki, 2019 r. – 5636 przypadków, 2018 r. – 5358 przypadków, 2017 r. – 3501 przypadków, 2016 r. – 3706 przypadków, 2015 r. – 3637 przypadków).

Wyk. 19 Zestawienie liczby zakażeń rotawirusami i norowirusami w latach 2015-2022

Źródło: NIZP PZH-PIB



5.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu A

Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu A (HAV) jest na całym świecie przyczyną ok. 1,4 mln przypadków ostrego WZW typu A rocznie. Zachorowania występują endemicznie na całym świecie, szczególnie na obszarach o złym stanie sanitarnym. W krajach o niskim statusie sanitarnym do większości zakażeń dochodzi w dzieciństwie i z tego względu przebiegają one bezobjawowo. W krajach europejskich zachorowania występują najczęściej u osób dorosłych, mając przebieg objawowy. Zakażenia są najczęściej wynikiem pojedynczych zawleceń z zagranicy, ale mogą też przybierać postać dużych ognisk. Długi okres wylęgania (od 15 do 50 dni), a przede wszystkim intensywne wydalanie wirusa z układu pokarmowego już w okresie 14-21 dni poprzedzających wystąpienie objawów chorobowych, uniemożliwia szybkie wykrycie osób zakażonych i sprzyja „cichemu” szerzeniu się wirusa w populacji.

Do 1978 r. Polska była krajem o wysokiej zachorowalności (ponad 50 tys. zachorowań rocznie). Stopniowo następowała poprawa sytuacji epidemiologicznej, a po 1997 r. Polskę zaliczono do krajów o niskiej endemiczności WZW typu A. Wiąże się to w dużej mierze z powszechnym dostępem do bieżącej wody, urządzeń sanitarnych, upowszechnieniem kanalizacji oraz prowadzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorem nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Nadzór ten

dotyczy kontroli przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne oraz podmioty dostarczające lub wykorzystujące wodę pochodzącą z indywidualnych ujęć w ramach działalności gospodarczej, w budynkach użyteczności publicznej, budynkach zamieszkania zbiorowego lub w podmiotach działających na rynku spożywczym, wykorzystujących wodę.

W 2017 r. wystąpił wzrost liczby zachorowań na WZW typu A. Zgodnie z danymi NIZP PZH-PIB odnotowano łącznie 3006 przypadków, tj. ponad 80-krotnie więcej w porównaniu z rokiem 2016, kiedy stwierdzono 35 przypadków. Wyraźne narastanie liczby zakażeń obserwowano od marca 2017 r. W roku 2018 zarejestrowano 1455 przypadków WZW typu A, tj. ponad 40-krotnie więcej w porównaniu z rokiem 2016, ale równocześnie ponad dwukrotnie mniej w porównaniu z rokiem 2017. W 2019 r. liczba zgłoszonych przypadków WZW typu A wyniosła 1067, w 2020 r. – 111 przypadków, a w 2021 r. – 92 przypadki. W roku 2022 ponownie zaobserwowano wzrost liczby przypadków, która wyniosła 232.

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



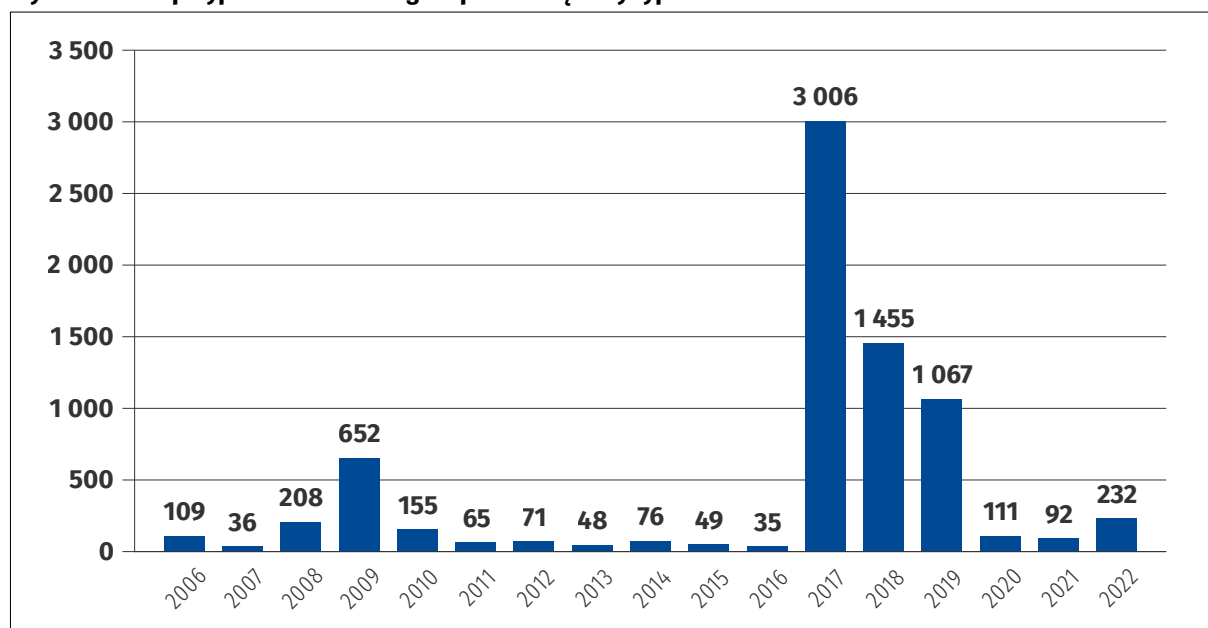
W przypadku WZW A istnieje skuteczna profilaktyka – szczepienia ochronne. Zgodnie z „Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych” szczepienie przeciwko WZW A jest zalecane szczególnie:

- ◆ osobom wyjeżdżającym do krajów o wysokiej i pośredniej endemiczności zachorowań,
- ◆ osobom zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności, usuwaniu odpadów komunalnych i płynnych nieczystości oraz przy konserwacji urządzeń służących temu celowi,
- ◆ dzieciom w wieku przedszkolnym, szkolnym oraz młodzieży, które nie chorowały na WZW A.

W zależności od sytuacji epidemiologicznej szczepienie może być także zaproponowane osobom z grup ryzyka, w których zaobserwuje się zwiększoną liczbę zachorowań bądź pracownikom medycznym, w szczególności oddziałów zakaźnych, gastroenterologicznych, pediatrycznych. Szczepienie przeciw WZW A, jako szczepienie zalecane, nie jest finansowane ze środków publicznych.

Wyk. 20 Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006-2022

Źródło: NIZP PZH-PIB



Aby zapobiegać występowaniu chorób przenoszonych drogą pokarmową, zawsze należy przestrzegać zasad higieny opisanych np. w informacji WHO pn.: **5 kroków do bezpiecznej żywności**, w tym w szczególności:

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

6. Choroby krwiopochodne

6.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że na świecie żyje około 58 milionów osób z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C, a co roku odnotowuje się 1,5 miliona nowych zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Nierozpoznane i nieleczone wirusowe zapalenie wątroby typu C powoduje raka wątroby. Znaczna liczba osób przewlekle zakażonych HCV rozwija marskość lub raka wątroby, co jest nierzadko przyczyną zgonów. Ocenia się, że dziennie umiera ponad 3 tys. osób z powodu nowotworu wątroby wywołanego nierozpoznanym i nieleczonym zakaźnym wirusowym zapaleniem wątroby. Tymczasem dostępne obecnie leki przeciwwirusowe są bardzo skuteczne i mogą wyleczyć ponad 95% osób z zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, zmniejszając tym samym ryzyko zgonu z powodu tych ciężkich i odległych powikłań.

Wg ECDC (Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób) w 2021 r. w Unii Europejskiej odnotowano ponad 14 tys. zakażeń HCV, spośród których 35% było zakażeniami przewlekłymi, a 7% miało status zakażeń ostrych. Najwięcej zakażeń odnotowano w grupie mężczyzn w wieku 35-44 lata oraz młodych kobiet w wieku 25-34 lata. W państwach UE głównymi drogami transmisji HCV jest przyjmowanie środków odurzających oraz kontakty homoseksualne MSM.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C), określane również jako zakażenie wirusem HCV, stanowi jeden z priorytetów zdrowia publicznego na świecie w obszarze chorób zakaźnych, o czym świadczy przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia w 2016 r. Strategia „[Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021](#)”, której głównym celem jest, aby do 2030 r. WZW nie stanowiło istotnego problemu zdrowia publicznego na świecie. Cel ten ma zostać osiągnięty poprzez ograniczenie przenoszenia wirusów WZW, zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu WZW oraz zapewnienie wszystkim równego dostępu do kompleksowej profilaktyki, a dla osób zakażonych rekomendowanej diagnostyki i leczenia. Celem do osiągnięcia w skali globalnej w okresie 2016-2030 jest 90% redukcja zapadalności i 65% redukcja umieralności.

W Polsce, zgodnie z meldunkami o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce, udostępnianymi przez NIZP PZH-PIB, w latach 2009-2012 odnotowywano ok. 2000 zachorowań na WZW C rocznie, natomiast w latach 2013-2019 co roku na terytorium naszego kraju rozpoznawano między 3000 a 4000 zachorowań na WZW C. 95% zachorowań to postaci przewlekłe. W 2019 r. w Polsce zgłoszono 3343 przypadki WZW C, w tym 64 postaci ostre i 3279 przewlekłych. W 2020 r. odnotowano 10 przypadków ostrego WZW C oraz 945 przypadków przewlekłych. Tak niewielka liczba zgłoszonych przypadków za 2020 r. w porównaniu z rokiem 2019 była wynikiem wystąpienia w 2020 r. epidemii zakażeń SARS-CoV-2 i rzadszego zgłaszania się pacjentów do systemu opieki zdrowotnej w celu uzyskania porady medycznej. Z kolei w 2021 r. odnotowano 16 przypadków ostrego WZW C oraz 1228 przypadków przewlekłych. Więcej

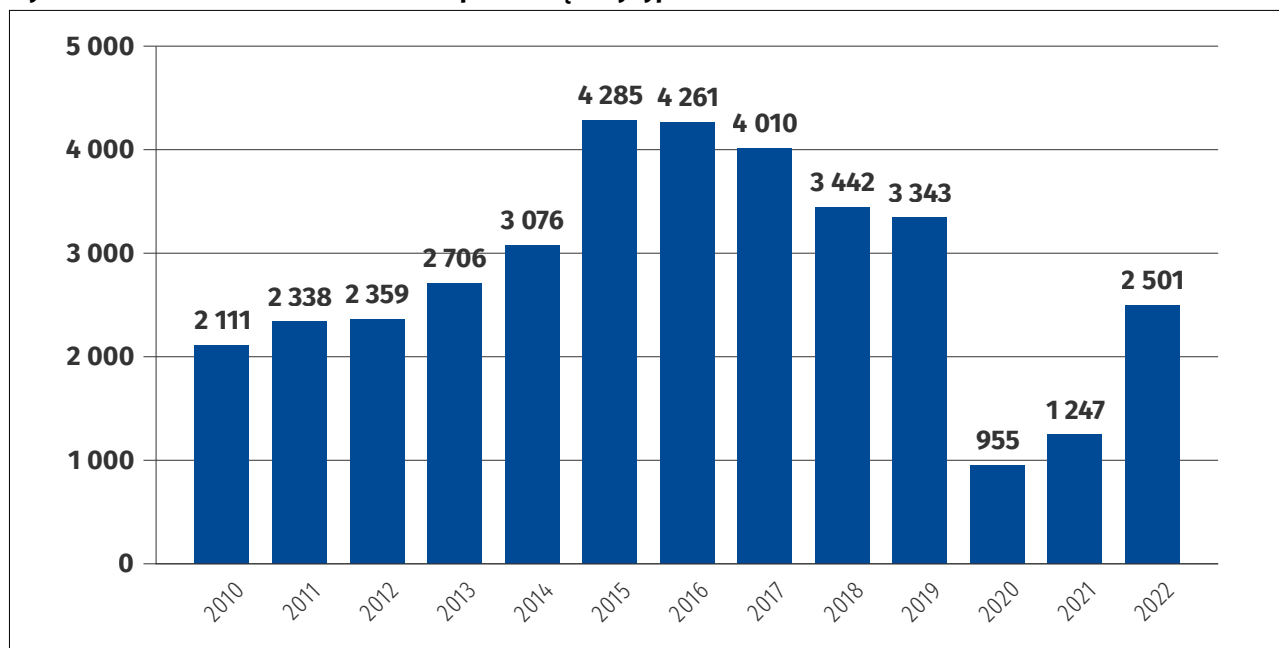


przypadków zarejestrowano wśród mieszkańców miast w porównaniu z ludnością wiejską, częściej zakażenia stwierdzano w grupie mężczyzn, z najwyższą zapadalnością w grupach wiekowych 30-34, 35-39 i 40-44 oraz dość wysoką zapadalnością w grupach wiekowych powyżej 50 i 60 r.ż.

W 2022 r. odnotowano 2492 przypadki przewlekłego WZW C oraz 9 zakażeń ostrych (dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

Wyk. 21 Liczba zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 2010-2022

Źródło: NIZP PZH-PIB



Choć na przestrzeni lat odnotowuje się w Polsce spadek liczby zgonów związanych z WZW C, to liczba zachorowań (pomijając rok 2020 i 2021) utrzymuje się na podobnym poziomie, co może oznaczać, że pomimo dotychczasowych metod testowania osób objawowych i ich leczenia w ramach populacji ogólnej, nadal problemem w zakresie rozpoznania i leczenia pozostają grupy zmarginalizowane (gł. użytkownicy narkotyków), wśród których rozpowszechnienie zakażeń HCV, ale także innych przenoszonych drogą krwiopochodną chorób jest znaczące.

Do zakażenia HCV dochodzi poprzez kontakt z zakażoną krwią (wirus znajduje się w krwi i tkankach nosiciela) lub kontakt z przedmiotami, które zostały nią zanieczyszczone, wyłącznie w przypadku przerwania ciągłości tkanek np. nakłucia, rozcięcia skóry lub błony śluzowej, wówczas gdy w czasie ich wykonywania nie są przestrzegane standardy higieniczno-sanitarne. Zakażenie HCV może wystąpić także w warunkach domowych, gdy członkowie rodziny, najczęściej nieświadomi zakażenia, używają wspólnych przyborów higienicznych (np. maszynek do golenia, cążek do paznokci, szczoteczki do zębów). Zagrożenie ze strony HCV może pojawić się także przy zabiegach poprawiających urodę przebiegających z nakłuwaniem skóry/błony śluzowych ciała i twarzy (np. mikrodermabrazja, usuwanie zmarszczek, botoks), w czasie zabiegów typu tatuaż, piercing oraz w czasie usług kosmetycznych w rodzaju manicure, pedicure.

Jeśli są one przeprowadzone niejałowym sprzętem i niezgodnie z procedurami higienicznymi, niosą istotne ryzyko zakażenia HCV, a także HBV czy HIV. Istotne zagrożenie niesie również stosowanie wielokrotnie i przez wiele osób zanieczyszczonych krwią osoby zakażonej sprzętów do przyjmowania środków odurzających, a także niebezpieczne praktyki seksualne.

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

Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje działania w zakresie uregulowań prawnych, jak i w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie sterylizacji narzędzi i dezynfekcji pomieszczeń oraz urządzeń. W Polsce temat zakażeń HCV jest od co najmniej kilkunastu lat obecny w przestrzeni publicznej dzięki zaangażowaniu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w programy takie jak: „HCV można pokonać” w latach 2005-2006, „STOP! HCV” w latach 2010-2011, oraz Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” w latach 2012-2017, współfinansowany ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i Ministra Zdrowia, a którego okres utrzymania trwał do połowy 2022 r. Dzięki temu intensyfikacji uległy także działania informacyjne i edukacyjne z zakresu profilaktyki HCV, prowadzone na poziomie poszczególnych województw, powiatów i gmin.

Informacje pozwalające zrozumieć problem zdrowotny jakim jest zakażenie HCV, jego przyczyny i możliwości zapobiegania można znaleźć na stronach internetowych: [HCV jestem świadom, Jestem świadom](#), [WHO - Hepatitis](#) oraz [GIS - Światowy Dzień Wirusowego Zapalenia Wątroby \(WZW\)](#).

Dzięki [platformie e-learningowej PZH](#) personel medyczny i personel sektora usług upiększających może poszerzyć wiedzę z zakresu możliwości przeciwdziałania transmisji zakażeń HCV, HBV, HIV w związku ze świadczonymi usługami i zabiegami, z możliwością wygenerowania certyfikatu potwierdzającego zdobytą wiedzę.

7. Choroby odzwierzęce

Nadzór nad chorobami odzwierzęcymi (zoonozami) w Polsce realizuje Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Inspekcją Weterynaryjną. Obowiązujące jest Porozumienie ramowe o współdziałaniu i współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i organów Inspekcji Weterynaryjnej, zawarte pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym a Głównym Lekarzem Weterynarii. Współpraca odbywa się także na podstawie obowiązujących przepisów prawa¹.

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

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

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

W Polsce sytuację epidemiologiczną chorób odzwierzęcych w 2022 r. należy uznać za stabilną. Nie stwierdzono zauważalnych oraz nietypowych wzrostów zachorowań w stosunku do lat poprzednich, a cykliczne zmiany w liczbie stwierdzanych przypadków zoonoz są zgodne z wieloletnimi trendami obserwowanymi wcześniej.

7.1. Borelioza

Borelioza z Lyme jest najczęściej występującą chorobą odkleszczową w Polsce i Europie, wywołaną przez krętki (bakterie) z rodzaju *Borrelia burgdorferi*. Choroba ta jest przenoszona przez kleszcze z rodzaju *Ixodes*, a rezerwuarem dla tego drobnoustroju są dzikie i domowe zwierzęta – gryzonie, drobne ssaki oraz ptaki. Borelioza występuje na całej półkuli północnej, ale także w Australii. Obszar całej Polski uznawany

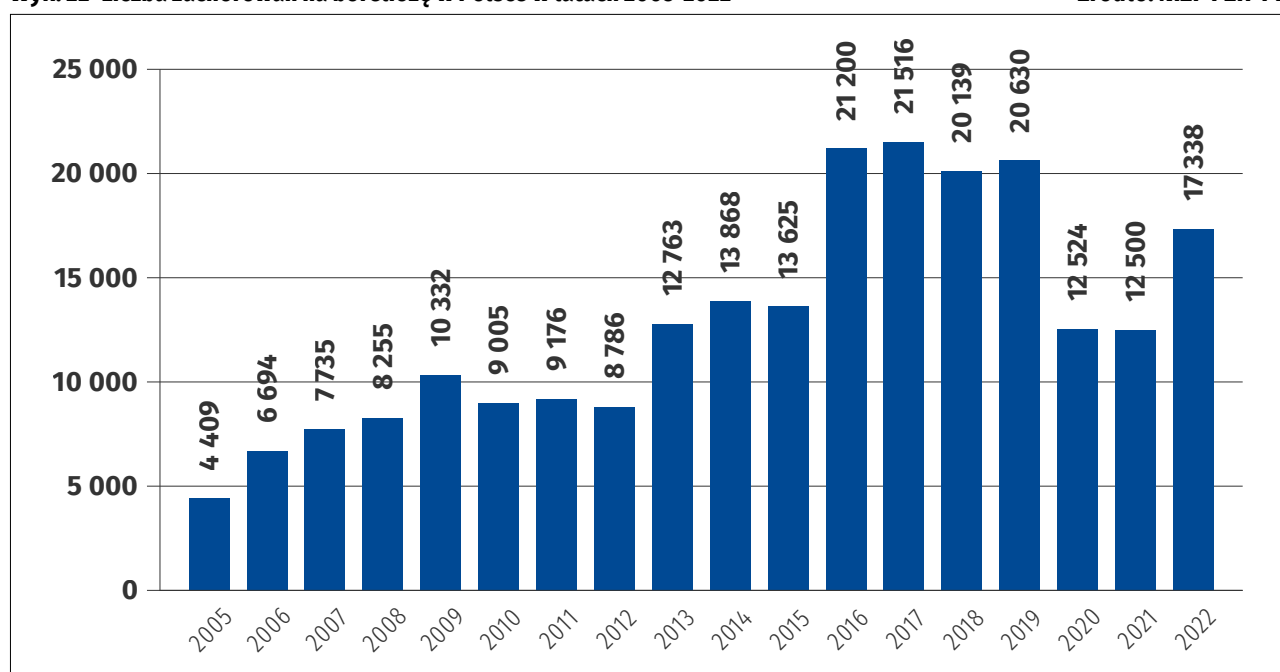
¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi; Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt; Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 listopada 2021 r. w sprawie współpracy organów Inspekcji Weterynaryjnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, Inspekcji Transportu Drogowego, Inspekcji Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych oraz jednostek samorządu terytorialnego przy zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt, w tym chorób odzwierzęcych; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta.

jest za terytorium endemiczne dla tej choroby, co oznacza, że kleszcze będące wektorami krętków z rodzaju *Borrelia* są obecne na terenie całego kraju.

W 2022 r. odnotowano 17 338 zachorowań na boreliozę, podczas gdy w 2021 r. odnotowano 12 500 przypadków boreliozy, podobnie w 2020 r. – 12 524 przypadki, przy zapadalności odpowiednio w 2022 r. na poziomie 54,43/100 tys. mieszkańców, a w 2021 r. 32,75/100 tys. mieszkańców. Dla porównania w 2019 r. w Polsce odnotowano 20 630 przypadków boreliozy, przy zapadalności 53,74/100 tys. mieszkańców. W latach 2018-2016 liczba zgłaszanych przypadków boreliozy utrzymywała się także na podobnym poziomie 20-22 tys. przypadków rocznie. Do roku 2012 liczba zgłoszonych przypadków boreliozy nie przekraczała 10 tys. zachorowań rocznie.

Wyk. 22 Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005-2022

Źródło: NIZP PZH-PIB



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

7.2. Kleszczowe zapalenie mózgu

Kleszczowe zapalenie mózgu to ostra choroba wirusowa, która często wiąże się z powikłaniami neurologicznymi. Do zakażenia dochodzi poprzez ukąszenie zakażonego kleszcza. Przyczyną zakażenia może być również spożycie niepasteryzowanego mleka zakażonego zwierzęcia (zwierzęta nie wykazują objawów chorobowych). W Polsce liczba zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu wahała się na przestrzeni ostatnich lat od 150 do ponad 250 przypadków rocznie. W 2022 r. zarejestrowano 445 przypadków kleszczowego zapalenia mózgu, w 2021 r. zarejestrowano 212 przypadków, a w latach

poprzedzających: w 2020 r. odnotowano 158 zachorowań, w 2019 r. – 265. Najskuteczniejszą formą ochrony przed zakażeniem wirusem kleszczowego zapalenia mózgu jest szczepienie, które jest zalecane w szczególności dla najbardziej narażonych grup zawodowych (leśnicy, rolnicy itp.).

7.3. Wścieklizna

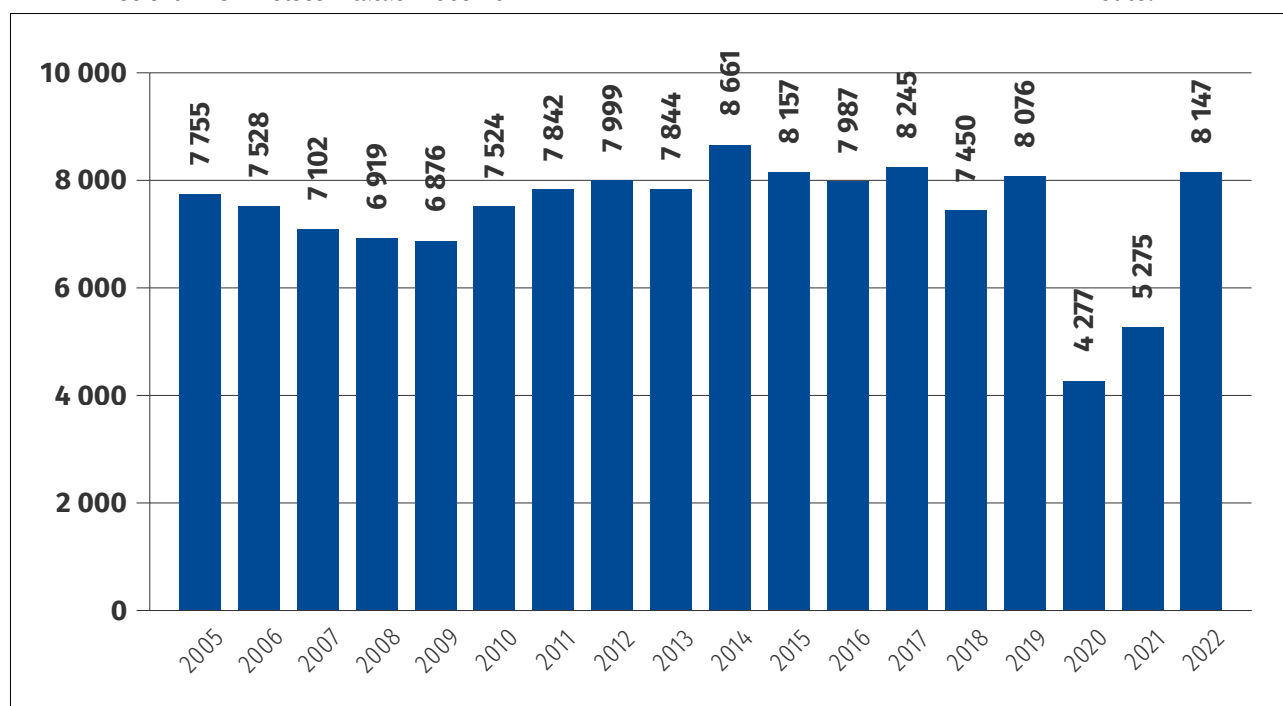
Nadal istotnym problemem jest stała i wysoka liczba osób narażonych rokrocznie na kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o zakażenie wirusem wścieklizny, których przypadki zdarzają się na terenie naszego kraju. W 2022 r. wg danych Głównego Lekarza Weterynarii odnotowano 36 przypadków wścieklizny zwierząt dzikich oraz 3 przypadki wścieklizny zwierząt domowych (31 przypadków dotyczyło województwa mazowieckiego). W porównaniu z 2021 r. (108 przypadków zwierząt dzikich i 10 wśród zwierząt domowych) odnotowano trzykrotny spadek, dzięki zintensyfikowanym od 2021 r. działaniom Inspekcji Weterynaryjnej w zakresie akcji szczepień wśród lisów, kiedy to nastąpił ponowny wzrost liczby przypadków tej choroby zakaźnej wśród lisów stanowiących tradycyjny rezerwuariusz wirusa wścieklizny. Zachorowania na wściekliznę wśród zwierząt w 2022 r. odnotowano przede wszystkim we wschodnich województwach Polski (woj. mazowieckim, podlaskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, lubelskim, oraz wyjątek 1 przypadek w wielkopolskim). Z kolei przed 2020 r. służby weterynaryjne rejestrowały do kilku-kilkunastu przypadków wścieklizny wśród zwierząt dzikich (głównie nietoperzy), a wśród zwierząt domowych zasadniczo wirus ten nie był odnotowywany.



Ostatnie przypadki wścieklizny u człowieka w Polsce (śmiertelne) miały miejsce w 2000 i 2002 r. W roku 2022 r., tak jak w latach poprzednich, nie zarejestrowano na terenie Polski przypadków zachorowań na wściekliznę wśród ludzi.

Niezmiennie jednak na przestrzeni lat w Polsce obserwujemy stały coroczny trend (7-8 tys.) przypadków narażenia na kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o zakażenie wścieklizną. W 2022 r. odnotowano 8147 narażeń na kontakt z zwierzętami podejrzanymi o zakażenie wścieklizną. W 2021 r. zarejestrowano 5275 narażeń, a w 2020 r. 4277. Dane za rok 2020 i 2021 r. bez wątpienia są efektem trwającej epidemii zakażeń SARS-CoV-2, ponieważ wskazują na znaczne zmniejszenie się tego ryzyka, czego należy upatrywać przede wszystkim w znacznym ograniczeniu aktywności ludzi, w tym przebywania poza domem, na łonie natury i obniżeniem częstości ryzyka kontaktów z dzikimi zwierzętami.

Wyk. 23 Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005-2022 Źródło: NIZP PZH-PIB



Rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w nadzorze nad przypadkami/podejrzeniami wścieklizny u ludzi polega na współpracy z organami Inspekcji Weterynaryjnej i objęciu nadzorem epidemiologicznym osób ze stycznością z zwierzęciem poddanym obserwacji z powodu podejrzenia zakażenia wirusem wścieklizny.

Zapobieganie zachorowaniom na wściekliznę u ludzi w Polsce oparte jest również na szczepieniach poekspozycyjnych stosowanych u osób, które zostały pokąsane przez zwierzę podejrzanego o wściekliznę, a także w sytuacjach gdy słuźówka i/lub zraniona skóra miały kontakt ze śliną zwierzęcia podejrzanego o zachorowanie, oraz na szczepieniach profilaktycznych u osób, które z racji wykonywanego zawodu są szczególnie narażone na zetknięcie się z wścieklizną (np. lekarze weterynarii, pracownicy leśni, osoby wyjeżdżające w regiony, gdzie wścieklizna jest chorobą endemiczną).

W 2022 r., w związku z pogorszeniem sytuacji epizootycznej wścieklizny, administracja publiczna terenu województwa mazowieckiego (Wojewoda Mazowiecki, organy Inspekcji Weterynaryjnej oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej) kontynuowała rozpoczęte rok wcześniej działania informacyjne i edukacyjne. Działania te miały przypomnieć posiadaczom psów o konieczności zaszczepienia swoich podopiecznych, zwrócić uwagę na nowy problem zwiększonego ryzyka narażenia na pokąsanie przez zakażone zwierzęta oraz wpłynąć na prawidłowe postawy i zachowania opinii publicznej w kontekście kontaktu z dzikimi zwierzętami, szczególnie w odniesieniu do dzieci i młodzieży.

Aktualny jest obowiązek dla właścicieli psów w zakresie szczepienia psów przeciwko wściekliznie (obowiązek wynikający z Ustawy z dnia z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt, zgodnie z którym posiadacze psów są obowiązani zaszczepić je przeciwko wściekliznie w terminie 30 dni od dnia ukończenia przez psa 3. miesiąca życia, a następnie nie rzadziej niż co 12 miesięcy od dnia ostatniego szczepienia). Ponadto od 31.12.2021 r., zgodnie z rozporządzeniem Wojewody Mazowieckiego, na terenie Mazowsza istnieje podobny obowiązek dla właścicieli kotów, tj. nakaz szczepienia kotów przeciwko wściekliznie, na obszarach zagrożonych wystąpieniem wścieklizny u zwierząt. Zgodnie z tym rozporządzeniem pierwsze szczepienie kota powinno być wykonane w terminie 30 dni od dnia ukończenia przez kota 3. miesiąca życia, a następnie nie rzadziej niż co 12 miesięcy od dnia ostatniego szczepienia.

Rys. 3 Wścieklizna – plakaty informacyjne



Obowiązek ten nie dotyczy kotów domowych na terenie innych województw. Jednak mając na uwadze obecność wirusa wścieklizny w środowisku naturalnym, niski koszt szczepienia i jego niepodważalny wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie człowieka, rekomenduje się także właścicielom kotów zamieszkałym w innych, poza Mazowszem, regionach kraju, regularne szczepienie także tych zwierząt domowych przeciwko wściekliznie.

Więcej informacji nt. wścieklizny zwierząt oraz akcji informacyjnych/edukacyjnych można znaleźć na stronach internetowych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie, Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, Wojewódzkiego Inspektoratu Weterynarii w Siedlcach, Narodowego Instytut Zdrowia Publicznego – PZH PIB².

7.4. Bąblowica

Bąblowica jest chorobą powodowaną przez pasożyta, tj. larwy tasiemca *Echinococcus granulosus* lub *Echinococcus multilocularis*.

Aktualne liczbę przypadków tej choroby jest trudna do oceny, co wynika z faktu, że w wyniku bardzo powolnego rozwoju i braku dolegliwości jej przypadki są diagnozowane przez lekarzy najczęściej dopiero po kilku-kilkunastu latach od zarażenia.

Skażenie środowiska jajami tasiemców wydalanych wraz z kałem przez zarażone lisy, wilki i jenoty jest powszechne, tak więc zachowanie higieny rąk oraz odpowiednie postępowanie z owocami leśnymi pozostaje podstawową formą profilaktyki.

Pies, jeśli nie jest na bieżąco poddawany profilaktyce przeciw pasożytniczej, może być rezerwuarem tasiemców bąblowcowych. Jaja tasiemców dostają się do organizmu człowieka zarówno przez bliski kontakt z tymi zwierzętami (np. głaskanie) i przeniesienie jaj do ust za pośrednictwem brudnych rąk, jak i spożycie skażonej jajami tasiemca żywności (np. niemyte owoce runa leśnego) lub skażonej wody. Zarażenie jest realne w wielu regionach naszego kraju, także na terenach miejskich i podmiejskich, ze względu na pogłębiające się zjawisko powszechnego występowania lisów. W zakresie zapobiegania zachorowaniu na bąblowicę najistotniejsze jest:

- ◆ upowszechnianie wiedzy nt. zasad higieny podczas i po pracy wykonywanej w warunkach polowych czy spędzania czasu wolnego w ogrodzie, lesie,
- ◆ ochrona posesji przed lisami poprzez ogradzanie domostw i zabezpieczanie miejsc gromadzenia odpadów, które jako źródło resztek jedzenia wabią dzikie zwierzęta,

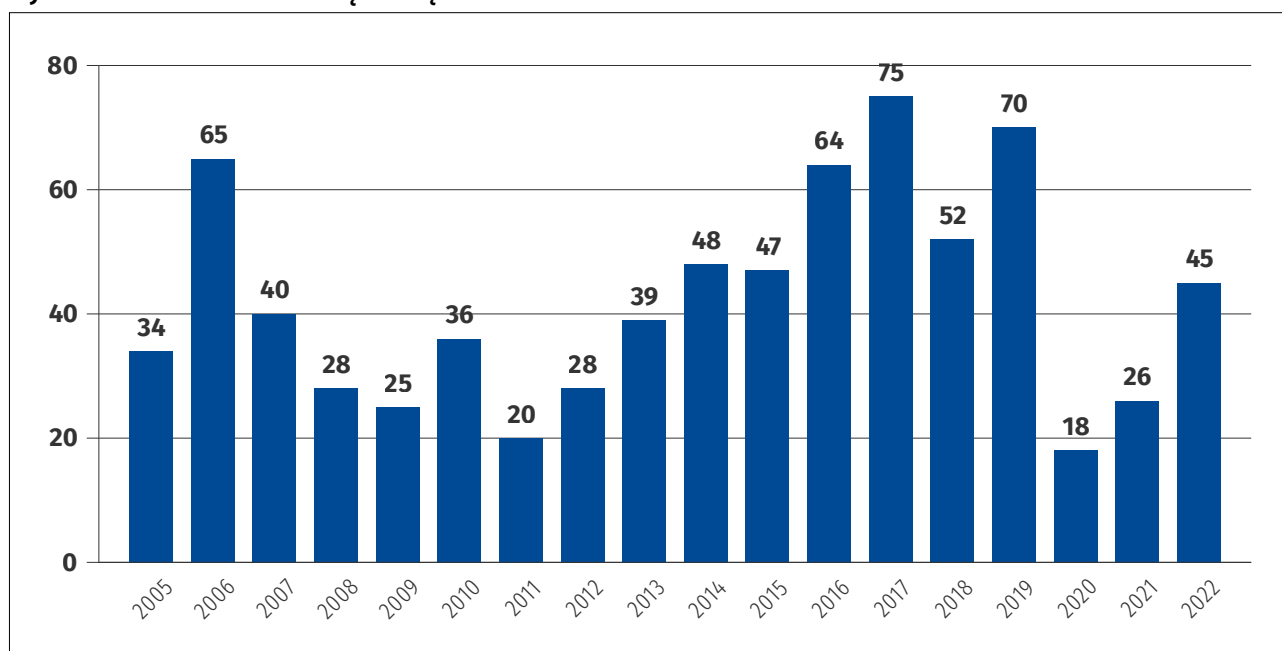
² <https://www.gov.pl/web/wsse-warszawa/obowiazek-szczepienia-kotow-przeciwko-wsciekliznie>;
<https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/kolejne-przypadki-wscieklizny-u-lisow-wolno-zyjacych-na-terenie-województwa-mazowieckiego>;
<https://www.wiw.mazowsze.pl/index.php/component/content/article/7-glowna/80-zaszczep-pupila-to-tylko-chwila>;
<https://www.facebook.com/WeterynariaSiedlce>;
<https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/wscieklizna>;

- ◆ prowadzenie regularnych zabiegów odrobaczania zwierząt domowych preparatami działającymi na tasiemce.

Jak wskazano na wstępie, przewlekły rozwój choroby sięgający 5-15 lat oraz brak objawów w pierwszych kilku latach po zarażeniu utrudnia wykrywanie i uniemożliwia wdrożenie wczesnego leczenia.

Wyk. 24 Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005-2022

Źródło: NIZP PZH-PIB



8. Ogniska epidemiczne chorób zakaźnych o charakterze międzynarodowym

8.1. Międzynarodowe ognisko zakażeń jednofazowymi serotypami *Salmonella* Typhimurium związane ze spożyciem wybranych słodyczy czekoladowych

Pierwsze informacje o odnotowaniu przypadków zakażeń wywołanych jednofazowymi serotypami pałeczek *Salmonella* Typhimurium w wyniku spożycia słodyczy czekoladowych jednego z producentów, pośród osób pochodzących z kilku krajów UE/EOG i Wielkiej Brytanii (głównie dzieci poniżej 10 r.ż.), zostały udostępnione przez ECDC w dniach 6 i 8 kwietnia 2022 r. Pierwszy przypadek zidentyfikowano w Wielkiej Brytanii 7 stycznia 2022 r., a od 17 lutego 2022 r. przypadki wykrywano również w innych częściach Europy.

12 kwietnia 2022 r. ECDC wydało ocenę ryzyka, zgodnie z którą ognisko zachorowań zostało powiązane z jedną z fabryk słodyczy czekoladowych danego producenta w jednym z krajów UE, a analiza bezpieczeństwa została przeprowadzona we wszystkich innych zakładach przetwórczych, w których wytwarzano inne produkty używane do wyrobu słodyczy w fabryce głównej. Słodycze czekoladowe



podejrzane o skażenie chorobotwórczymi szczepami jednofazowych *Salmonella* Typhimurium i pochodzące z głównego zakładu produkcyjnego zostały dość szybko wycofane ze sprzedaży, co przyczyniło się do zmniejszenia ryzyka dalszych infekcji.

W Polsce, w kwietniu 2022 r., organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej również wdrożyły wzmożony nadzór epidemiologiczny w zakresie zakażeń wywołanych jednofazowymi *Salmonella* Typhimurium u ludzi. Nadzór obejmował opracowanie zasad i kryteriów zgłaszania oraz przeprowadzanie pogłębionych wywiadów epidemiologicznych wśród osób, które mogły spełniać kryteria przypadku, a więc przede wszystkim spożywały słodczy czekoladowe określonej marki, a także osoby, które spożywały inne słodczy na bazie czekolady i wystąpiły u nich objawy ze strony układu pokarmowego. Osoby te były poddawane pogłębionym badaniom diagnostycznym, w szczególności próbki poddawano sekwencjonowaniu w celu uzyskania potwierdzenia/wykluczenia określonego serotypu jednofazowego *Salmonella* Typhimurium oraz oceny jego wrażliwości na chemioterapeutyki, co decydowało o przynależności do międzynarodowego ogniska. Prowadzony na terenie kraju wzmożony nadzór od kwietnia do grudnia 2022 r. umożliwił wykonanie 5 sesji sekwencjonowania zebranych próbek z obszaru kraju. Łącznie wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne zgłosiły w 2022 r. 87 przypadków podejrzanych, z których sekwencjonowaniu, po dalszej weryfikacji, poddano 38 próbek. Laboratorium WSSE w Olsztynie, dokonujące sekwencjonowania, wraz z NIZP PZH-PIB oceniły wyniki – dla wszystkich zgłoszonych próbek na terenie naszego kraju wykluczono przynależność do ogniska zakażeń jednofazowymi szczepami *Salmonella* Typhimurium w związku ze spożyciem wyrobów czekoladowych określonej marki.

Także w kwietniu 2022 r., niezwłocznie po otrzymaniu informacji z ECDC, Główny Inspektorat Sanitarny wydał ostrzeżenie publiczne dotyczące zanieczyszczonej żywności i wycofania wskazanych produktów czekoladowych danej marki z rynku.

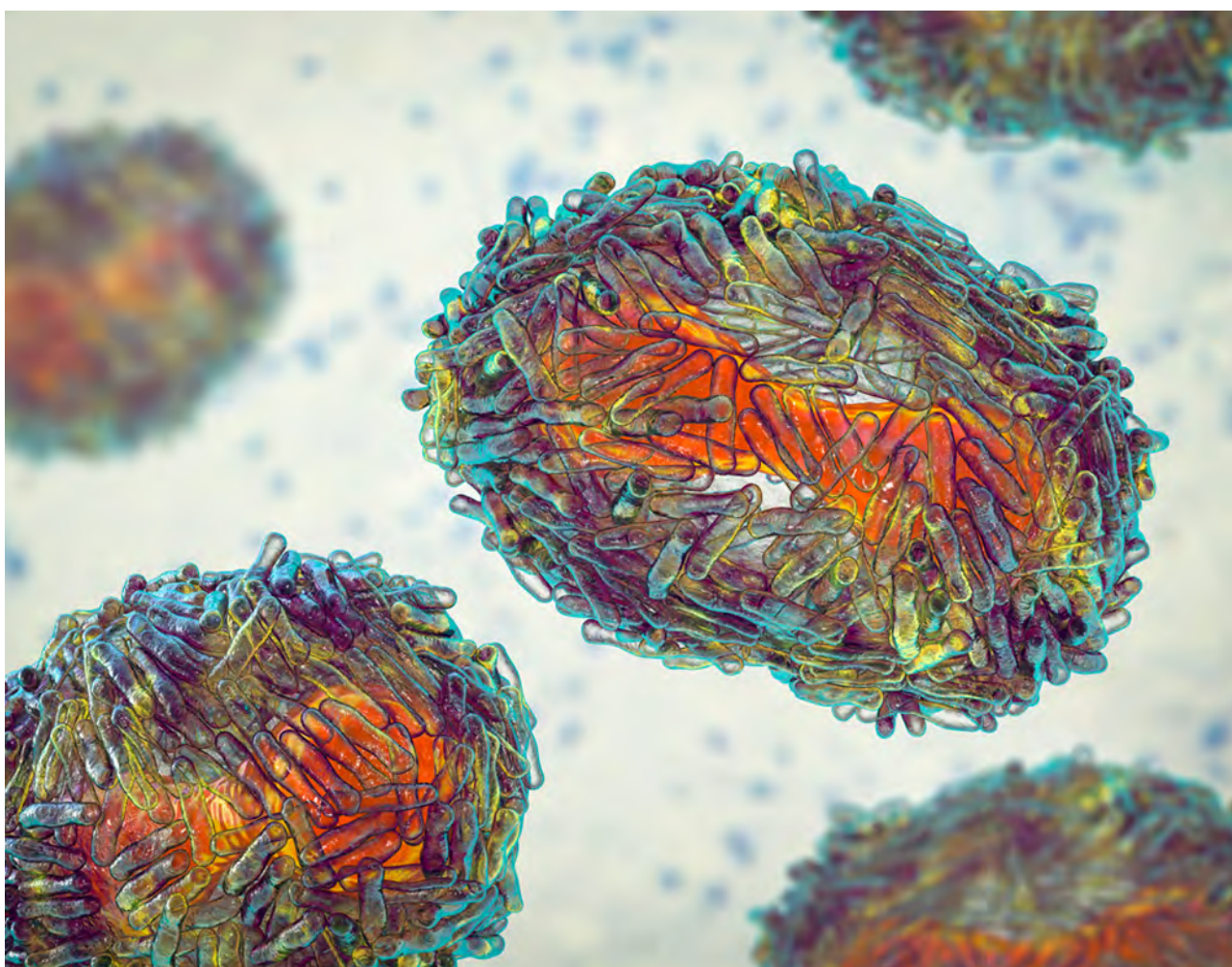
Jednocześnie, zgodnie z ostatnią dostępną nt. ogniska informacją ECDC z lipca 2022 r., do 15 lipca 2022 r. na terenie niektórych państw UE/EOG (Austria, Belgia, Czechy, Dania, Francja, Niemcy, Włochy, Irlandia, Luksemburg, Holandia, Norwegia, Hiszpania, Szwecja i Wielkiej Brytanii) zgłoszono w ramach międzynarodowego ogniska łącznie 401 przypadków, w tym 399 potwierdzonych oraz 2 prawdopodobne. Przypadki odnotowano także w: USA – 1, Kanadzie – 4, Szwajcarii – 49. Łącznie globalnie zgłoszono w ramach ogniska 455 zachorowań wywołanych szczepem jednofazowym *Salmonella* Typhimurium w związku ze spożyciem skażonych słodczy czekoladowych danej marki.

8.2. Międzynarodowe ognisko zakażeń wywołanych wirusem ospy małpiej

Ospa małpia (MPX/mpox, ang. Monkeypox) jest infekcją wirusową wywołaną przez wirus ospy małpiej (MPXV) należący do rodzaju *Orthopoxvirus*. Po raz pierwszy zakażenie wirusem ospy małpiej u człowieka zostało zidentyfikowane w Demokratycznej Republice Konga w 1970 r. We wcześniejszych latach zachorowania u ludzi zdarzały się bardzo rzadko, występując endemicznie wyłącznie w krajach

afrykańskich (Benin, Kamerun, Republika Środkowoafrykańska, Demokratyczna Republika Konga, Gabon, Ghana, Wybrzeże Kości Słoniowej, Liberia, Nigeria, Republika Konga, Sierra Leone i Sudan Południowy), w których występują przenoszące wirusa gryzonie, np. różne gatunki wiewiórek, szczury gambijskie, popielice, a także różne gatunki małp.

Dotychczas poza Afrykę były zawlekane pojedyncze przypadki mpox, które nie stanowiły źródła ognisk nowych zachorowań. W 2022 r. po raz pierwszy zgłoszono zachorowania w UE i na całym świecie (w krajach, gdzie do tej pory choroba nie występowała), które nie były związane z podróżowaniem do Afryki ani kontaktem z dzikimi zwierzętami. W wywiadach epidemiologicznych wskazywano natomiast kontakt z innymi osobami, uprawdopodobniając możliwą drogę rozprzestrzeniania wirusa od człowieka do człowieka. Ocenia się, że wirus został wprowadzony do Europy przez osobę, która została zakażona podczas podróży do Afryki wiosną 2022 r., i znalazł sprzyjające warunki do dalszej transmisji pomiędzy ludźmi. Warto dodać, że wirus ospy małpiej występuje w dwóch odmianach – zachodnioafrykańskiej oraz środkowoafrykańskiej, które różnią się ciężkością przebiegu. Jako źródło ognisk w Europie zidentyfikowano wirus linii zachodnioafrykańskiej wywołujący łagodne objawy chorobowe, choć MPXV może spowodować ciężką chorobę w niektórych grupach osób: małe dzieci, kobiety w ciąży, osoby z obniżoną odpornością.



7 maja 2022 r. Wielka Brytania, jako pierwszy kraj europejski, zgłosiła zawleczony przypadek ospy małej u osoby podróżującej z Nigerii. Do 21 grudnia 2022 r. w Europie zanotowano łącznie prawie 26 tys. zachorowań w 45 krajach, w tym 4 śmiertelne. W krajach UE/EOG odnotowano nieco ponad 21 tys. przypadków w 29 krajach. Najwięcej zachorowań odnotowano w Hiszpanii, Francji, Niemczech, Holandii, Portugalii. Według danych WHO do 27 grudnia 2022 r. globalnie odnotowano blisko 84 tys. zachorowań na ospę małą na terenie 110 krajów, w tym 72 przypadki śmiertelne (przypadki śmiertelne w UE/EOG zgłosiły: Hiszpania (2), Belgia (1), Czechy (1)). Najwyższy poziom tygodniowej liczby zgłaszanych przez kraje UE przypadków mpox osiągnięto w lipcu 2022 r. i od tego czasu do końca 2022 r. obserwowano stały trend spadkowy.

W krajach UE/EOG większość przypadków dotyczyła mężczyzn (98%) w wieku od 31 do 40 lat (39%). Spośród zakażonych mężczyzn o znanej orientacji seksualnej 96% samoidentyfikowało się jako MSM, a wśród przypadków o znanym statusie HIV – 38% było współzakażonych wirusem HIV. W większości przypadków opisanych w krajach UE (96%), również w Polsce, wystąpiła wysypka i objawy ogólnoustrojowe, takie jak gorączka, zmęczenie, bóle mięśni, dreszcze lub ból głowy (68%). W 2022 r. odnotowano 5 przypadków narażenia zawodowego – w 4 przypadkach pracownicy służby zdrowia nosili zalecane środki ochrony osobistej, ale podczas pobierania próbek byli narażeni na kontakt z płynami ustrojowymi, zaś piąty przypadek nie miał na sobie osobistego wyposażenia ochronnego. Jak dotąd potwierdzono 1 przypadek zakażenia psa od chorego właściciela we Francji oraz 1 przypadek psa w Brazylii.

Ospa mała jest chorobą odzwierzęcą, która w sprzyjających warunkach może się przenosić z człowieka na człowieka. Transmisja wirusa następuje przede wszystkim poprzez bliski kontakt z materiałem zakaźnym ze zmian skórnych zakażonej osoby, ale również przez kontakt z innymi płynami ustrojowymi osoby zakażonej, w tym drogą kontaktów seksualnych, a także drogą kropelkową w przypadku bezpośredniego i długotrwałego kontaktu twarzą w twarz. Wirus może przenosić się także przez skażone przedmioty, np. pościel, ręczniki, przedmioty używane przez zakażonego, w tym odzież.

ECDC oraz WHO oceniły ryzyko szerzenia się wirusa w populacji ogólnej jako niskie/bardzo niskie, a wśród osób posiadających wielu partnerów seksualnych jako umiarkowane do wysokiego. Z uwagi na fakt, że w Afryce wirus ma swój rezerwuuar zwierzęcy, oceniony został także potencjał enzootyczny wirusa MPXV w warunkach europejskich. Oszacowane ryzyko wystąpienia cyklu enzootycznego w krajach UE/EOG (przeniesienie się zakażenia mpox z człowieka na zwierzęta oraz utrzymanie się transmisji człowiek-zwierzę-człowiek na terenie EU/EOG) jest niewielkie.

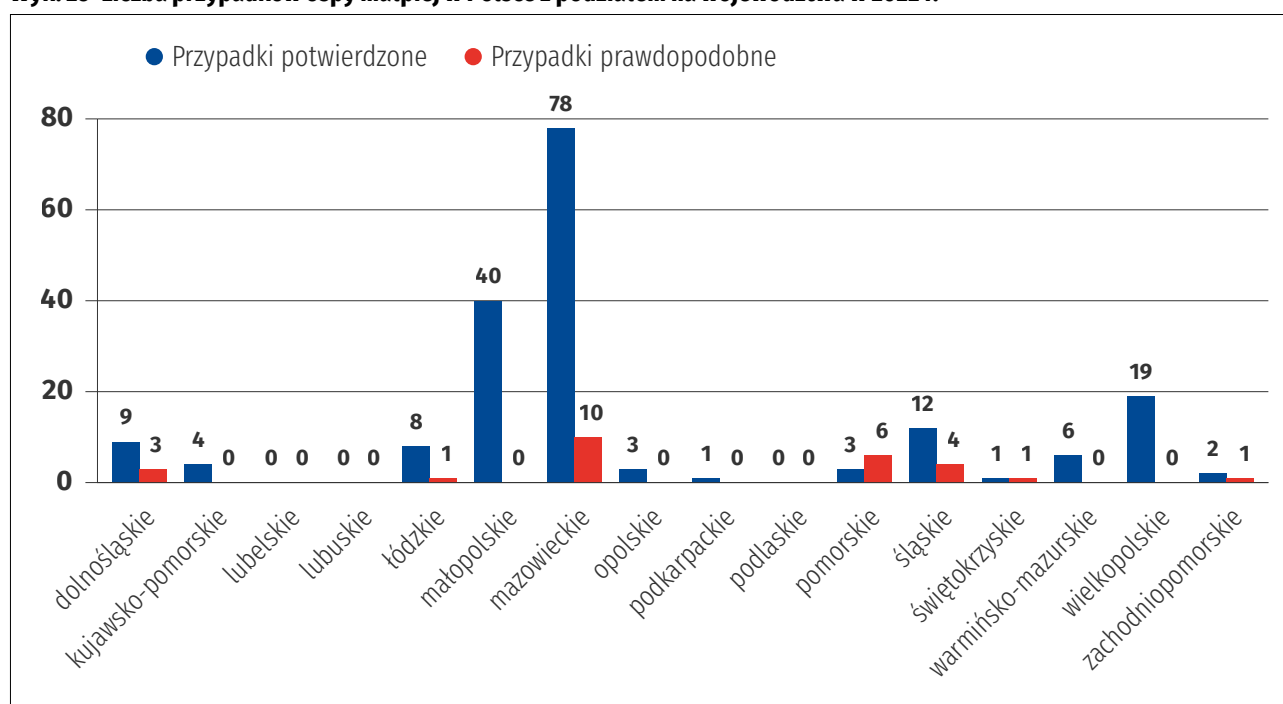
21 lipca 2022 r., podczas drugiego posiedzenia Nadzwyczajnego Komitetu ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (2005) w sprawie ogniska ospy małej, Dyrektor Generalny WHO ogłosił, reagując na intensywnie rosnącą liczbę przypadków w miesiącach wakacyjnych, że obserwowane obecnie ognisko stanowi zagrożenie zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym PHEIC (Public Health Emergency of International Concern). Do końca 2022 r. stan PHEIC został utrzymany.

W Polsce pierwszy przypadek mpox został zgłoszony 31 maja 2022 r. Od tego czasu do 31 grudnia 2022 r. do Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono łącznie 335 przypadków podejrzeń zakażenia wirusem ospy małpiej, z których:

- ◆ 186 przypadków zostało potwierdzonych laboratoryjnie,
- ◆ 26 przypadków uznano za prawdopodobne,
- ◆ 123 przypadków zostało wykluczonych.

Osoby zidentyfikowane jako kontakty z osobami zakażonymi obejmowane były nadzorem epidemiologicznym lub obowiązkiem odbycia kwarantanny.

Wyk. 25 Liczba przypadków ospy małpiej w Polsce z podziałem na województwa w 2022 r.



W związku z obserwowanym od 2022 r. międzynarodowym ogniskiem mpox dostępne są szczepienia, także w Polsce, zarówno przedekspozycyjne, jak i poekspozycyjne w grupie osób narażonych, tj. u osób z bliskiego kontaktu, personelu medycznego i pracowników laboratorium. Szczepienia są dobrowolne, a decyzja o szczepieniu podejmowana jest indywidualnie po ocenie korzyści i ryzyka z uwzględnieniem rodzaju kontaktu i czasu, jaki upłynął od ekspozycji, wieku oraz danych z wywiadu dotyczących statusu immunologicznego i czynników zwiększających ryzyko ciężkiego przebiegu choroby. Zalecenia Ministra Zdrowia i Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych, dotyczące realizacji szczepień przeciw ospie małpiej w grupie osób narażonych wydane zostały 23 września 2022 r., i są dostępne [na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia](#).

Działania wynikające z przepisów prawnych rozpoczęto 27 maja 2022 r., kiedy napływało coraz więcej informacji o przypadkach zakażenia wirusem MPXV u ludzi, wydając trzy rozporządzenia:

- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (Dz. U. poz. 1141), w którym dodano ospę małą do wykazu chorób objętych obowiązkiem hospitalizacji, a w odniesieniu do osób narażonych na zakażenie uwzględniono obowiązek kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego obejmujący okres 21 dni. W toku obserwacji rozwoju sytuacji epidemiologicznej zarówno w Polsce, jak i globalnie, w późniejszym okresie zweryfikowano zapisy. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (Dz. U. poz. 1654) uchylono bowiem obowiązkową hospitalizację osób chorych na mpox, pozostawiając do decyzji lekarza konieczność skierowania do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej. Jednocześnie wprowadzono obowiązek izolacji w warunkach domowych, gdyby takiego skierowania nie wystawiono,
- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu (Dz. U. poz. 1142) dodające chorobę ospę małą do wykazu w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w części I: „Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia każdorazowo telefonicznie oraz potwierdza w postaci papierowej lub elektronicznej”,
- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2022 r. w sprawie ospy małej oraz zakażeń wirusem ospy małej (Dz. U. poz. 1143) obejmujące ospę małą przepisami o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Równocześnie rozpoczęto działania informacyjne, przygotowując w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia materiał informacyjny na temat ospy małej oraz zalecenia dla podmiotów leczniczych w związku z przypadkami ospy małej w Europie, dostępne odpowiednio pod linkami:

- ◆ [Mała oспа – najważniejsze informacje.](#)
- ◆ [Informacja dla podmiotów leczniczych w związku z przypadkami ospy małej w Europie.](#)

Od momentu zarejestrowania pierwszego potwierdzonego przypadku ospy małej na kontynencie europejskim (maj 2022 r., Wielka Brytania), zarówno w przestrzeni internetowej, jak i poza nią zaczęły intensywnie szerzyć się treści o charakterze stygmatyzującym w kontekście nazwy choroby w zestawieniu z dominującą liczbą przypadków wśród mężczyzn identyfikujących się jako MSM. Widząc narastającą skalę problemu, WHO, po konsultacjach z wieloma światowymi ekspertami, 28 listopada 2022 r. opublikowała [komunikat prasowy](#), zalecający stosowanie nowego terminu „mpox” jako synonimu na określenie choroby znanej dotychczas pod wskazywaną nazwą „ospa mała (ang. monkeypox)”. Zaproponowany termin „mpox” jest od tamtej chwili preferowanym określeniem wdrażanym do powszechnego stosowania, a po rocznym okresie przejściowym całkowicie zastąpi inne nazwy związane z tą chorobą. Okres przejściowy wynika z konieczności aktualizacji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) o nową nazwę, a jednocześnie zastąpienia dotychczasowej.

8.3. Zapalenia wątroby o nieznannej etiologii u dzieci w krajach europejskich

5 kwietnia 2022 r. odnotowano pierwsze przypadki ostrego zapalenia wątroby o nieznannej etiologii u wcześniej zdrowych dzieci w wieku od 11 miesięcy do 5 lat, przy czym liczba odnotowanych przypadków bardzo szybko wzrastała, także w innych krajach europejskich. Zespół kliniczny manifestował się ostrym zapaleniem wątroby ze znacznie podwyższonym poziomem transaminaz (powyżej 500 U/l), często z towarzyszącą żółtaczką, poprzedzony objawami żołądkowo-jelitowymi. Badania laboratoryjne wykluczyły wirusy zapalenia wątroby typu A, B, C, D, E, natomiast w wielu przypadkach wykrywano wirusa SARS-CoV-2 i/lub adenowirusa, obserwując wzrost aktywności drugiego z wirusów. Odnośnie potencjalnej przyczyny w zakresie adenowirusów informowano, że adenowirusy są rodziną powszechnie występujących wirusów, które zwykle powodują całą gamę łagodnych chorób, a większość osób wraca do zdrowia bez powikłań. Mogą one powodować szereg objawów, w tym przeziębienia, wymioty i biegunkę, zapalenie wątroby – opisane jako znane, aczkolwiek rzadkie powikłanie tego wirusa. Adenowirusy często przenoszą się z człowieka na człowieka poprzez skażone powierzchnie, a także drogą oddechową.

Nie zidentyfikowano wobec powyższego żadnych innych czynników ryzyka, w tym podróży międzynarodowych. Część chorych dzieci wymagała transplantacji wątroby.

W międzyczasie przyjęto finalną, obowiązującą wersję definicji przypadku przygotowaną przez ECDC i WHO:

- ◆ przypadek potwierdzony: obecnie nie dotyczy,
- ◆ przypadek prawdopodobny: osoba z ostrym zapaleniem wątroby (nie WZW A-E) z transaminazą w surowicy >500 IU/l (AST lub ALT), w wieku 16 lat lub poniżej (zachorowanie po 1 października 2021 r.),
- ◆ przypadek powiązany epidemiologicznie: osoba z ostrym zapaleniem wątroby (nie WZW A-E1) w każdym wieku, która ma bliski kontakt z przypadkiem prawdopodobnym (zachorowanie po 1 października 2021 r.).

W odniesieniu do Polski 26 kwietnia 2022 r. pozyskano informację dotyczącą wykrycia pierwszego przypadku ostrego zapalenia wątroby o nieznannej etiologii u dziecka spełniającego przyjęte kryteria. Od tego czasu do końca 2022 r. zarejestrowano w Polsce łącznie 22 przypadki (ostatni w październiku 2022 r.) spełniające przyjętą definicję przypadku prawdopodobnego, w tym u 14 dzieci w wieku ≤ 5 lat (podobnie do innych przypadków w Europie). Wśród przypadków zareportowanych z Polski, zdecydowaną większość stanowiły kobiety do 16 roku życia, w ujęciu do liczby przypadków odnotowanych w Europie, również więcej przypadków dotyczyło dziewcząt niż chłopców do 16 roku życia, jednak różnica nie była tak znaczna jak dla naszego kraju.

Wszystkie przypadki wymagały hospitalizacji, jedna osoba zakwalifikowana do przeszczepu wątroby zmarła przed otrzymaniem przeszczepu. To jedyny śmiertelny przypadek zapalenia wątroby o nieznannej etiologii u dzieci w Polsce. Dodatkowo wykonane badania, poza wykluczeniem wirusowego zapalenia wątroby A, B, C, D, obejmują:



- ◆ badania wykluczające HEV – wykonane tylko w 9 przypadkach (41%), jako że w Polsce nie przeprowadza się rutynowej diagnostyki w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu E,
- ◆ badania w kierunku adenowirusa – wykonano ogółem u 16 pacjentów (73%), w 4 przypadkach (18%) uzyskano wynik dodatni (w materiale z dróg oddechowych, we krwi lub kale).

25 lipca 2022 r. przekazano do publicznej wiadomości wyniki dwóch niezależnych badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii, wskazujące na powiązanie wymienionych przypadków z wirusem AAV2 (adeno-associated virus 2). Początkowo jako najbardziej prawdopodobny czynnik etiologiczny naukowcy wskazywali adenowirusa. Jednakże w trakcie przeprowadzania wyżej przytoczonych brytyjskich badań w 96% badanych przypadków wykryto wirusa AAV2. AAV2 to wirus, który nie może się replikować bez wirusa „pomocniczego”, jak adenowirus lub herpeswirus. Na podstawie uzyskanych wyników naukowcy doszli do wniosku, że koinfekcja dwoma wirusami – AAV2 i adenowirusem lub rzadziej herpeswirusem – może stanowić najlepsze wyjaśnienie przypadków ostrych zapaleń wątroby u dzieci, przy czym AAV2 do chwili obecnej uznano za główny czynnik. Jednocześnie w toku obydwu brytyjskich badań udało się wykluczyć prawdopodobne powiązanie przypadków zapaleń wątroby u dzieci z wystąpieniem (niedawno lub w przeszłości) zakażeń wirusem SARS-CoV-2.

Do tej pory naukowcy nie mają pewności, dlaczego w ostatnim roku obserwowano nagły wzrost liczby przypadków zapaleń wątroby u dzieci z różnych krajów, aczkolwiek zwrócono uwagę, że okres zamknięcia w domach z powodu pandemii SARS-CoV-2 mógł przyczynić się do obniżenia odporności u dzieci na niektóre wirusy oraz do zmiany wzorców krążenia wirusów.

W grudniu Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wspólnie podjęli decyzję o zaprzestaniu rutynowego raportowania indywidualnych przypadków zachorowań w związku z utrzymywaniem się niskiej zapadalności w ciągu ostatnich miesięcy 2022 r.

9. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych

W porównaniu z rokiem 2021 w 2022 r. zarejestrowano ogólny wzrost zakażeń oraz zachorowań na choroby zakaźne (za wyjątkiem salmonelloz). Przede wszystkim dotyczy to chorób wieku dziecięcego oraz zakażeń jelitowych wywoływanych przez wirusy. Istotny wpływ na sytuację epidemiologiczną w Polsce w 2022 r. wywarło zniesienie obostrzeń utrzymywanych prawnie w latach 2020-2021 w związku z epidemią COVID-19. Zwiększenie swobody w przemieszczaniu się i kontaktowaniu przyczyniło się do odnotowywania większej liczby przypadków innych chorób zakaźnych. W porównaniu z danymi pochodzącymi sprzed 2020 r. (czyli sprzed początku epidemii COVID-19) nie są to jednak drastyczne różnice sugerujące pogorszenie sytuacji epidemiologicznej w Polsce.

Tab. 20 Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2012-2022 (dane za 2022 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

Źródło: NIZP-PZH

Lp.	Jednostka chorobowa	Rok										
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1.	AIDS	190	191	152	134	119	117	118	126	52	57	131
2.	Zakażenia HIV (nowo wykryte)	1 135	1 159	1 090	1 290	1 387	1 462	1 351	1 763	915	1 248	2 380
3.	Ospa mała	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	213
4.	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	71	48	76	49	35	3 006	1 455	1 067	111	92	232
5.	Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1 583	1 541	2 763	3 518	3 806	3 363	3 196	2 854	992	1 547	2 495
6.	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	2 359	2 706	3 551	4 285	4 261	4 010	3 442	3 343	955	1 244	2 518
7.	Dur brzuszny	2	2	3	4	2	7	2	3	0	0	3
8.	Dury rzekome A,B,C	5	5	1	5	2	2	6	2	0	2	2
9.	Salmonelozy – ogółem	8 444	7 578	8 392	8 650	10 027	10 000	9 957	9 234	5 470	8 294	6 546
10.	Czerwonka bakteryjna	13	19	44	18	15	44	284	37	12	18	41
11.	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe – ogółem:	7 046	9 624	11 329	13 311	13 003	15 665	15 364	15 047	11 879	23 307	23 747
12.	W tym: kamylobakteriozy	431	552	652	653	787	874	726	715	418	631	629
13.	jersiniozy	201	199	212	172	167	191	170	196	90	142	183
14.	Wirusowe zakażenia jelitowe	39 462	42 699	51 561	55 729	44 844	55 563	48 577	62 333	14 450	23 365	57 111
15.	W tym: rotawirusowe	23 692	23 529	33 789	33 943	21 258	32 995	23 263	34 019	5 967	7 417	34 027
16.	Bakteryjne zatrucia pokarmowe – ogółem:	10 054	9 053	9 734	9 856	10 734	10 214	10 161	9 371	5 398	8 343	6 532
17.	W tym: salmonelozowe	8 267	7 407	8 197	8 418	9 701	9 710	9 651	8 919	5 302	8 014	6 221
18.	gronkowcowe	147	128	68	98	37	54	66	13	4	4	125
19.	jadem kiełbasianym	22	24	29	30	26	24	22	15	9	8	15
20.	Clostridium perfringens	5	18	16	1	0	1	1	0	6	14	27
21.	Biegunki u dzieci do 2 lat	34 386	38 101	41 572	43 502	35 114	41 807	40 585	47 642	14 262	20 384	29 541
22.	Krztusiec	4 684	2 182	2 100	4 955	6 828	3 061	1 548	1 629	753	182	376
23.	Tężec	19	14	13	12	12	11	8	17	2	5	5
24.	Odra	70	84	110	48	133	63	359	1 502	29	13	28
25.	Różyczka	6 263	38 548	5 891	2 007	1 105	476	437	285	98	50	153

Lp.	Jednostka chorobowa	Rok										
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
26.	Ospa wietrzna	208 276	178 501	221 628	187 624	160 707	173 196	149 565	180 641	71 567	57 669	171 480
27.	Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	2 779	2 436	2 508	2 208	1 978	1 670	1 585	1 338	582	484	925
28.	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	1 284	1 077	1 823	891	952	809	1 226	950	267	195	365
29.	Wirusowe zapalenie mózgu (inne niż przenoszone przez kleszcze)	187	172	157	137	153	120	110	103	37	48	88
30.	Zapalenie mózgu przenoszone przez kleszcze	190	227	195	149	283	283	197	265	158	210	445
31.	Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	241	251	188	220	167	228	200	193	106	107	116
32.	W tym: zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – meningokokowe	165	163	122	121	91	122	102	95	56	50	63
33.	Inwazyjna choroba wywołana przez Haemophilus influenzae (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	36	25	41	62	69	108	115	102	78	52	150
34.	W tym: zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – Haemophilus influenzae	11	9	11	14	9	11	6	10	12	3	14
35.	Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	441	540	705	979	967	1 192	1 355	1 612	629	952	2 180
36.	W tym: zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – pneumokokowe	146	195	199	197	181	177	212	190	77	121	197
37.	Włośnica	1	9	32	27	4	9	2	2	20	2	1
38.	Borelioza (choroba z Lyme)	8 783	12 754	13 863	13 625	21 201	21 512	20 150	20 629	12 934	12 500	17 338
39.	Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40.	Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	7 999	7 844	8 661	8 157	7 987	8 245	7 450	8 078	4 402	5 275	8 147
41.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	17	23	24	22	26	24	29	30	11	18	21
42.	Grypa (i podejrzenia grypy) – ogółem	1 460 037	3 164 405	3 137 056	3 843 438	4 316 823	5 043 491	5 239 293	4 790 033	3 160 711	2 973 793	4 701 874

W roku 2022 zarówno w Polsce, jak i na świecie, zaczęto obserwować rosnącą liczbę zachorowań na ospę małą, która wcześniej występowała endemicznie wśród ludności afrykańskiej. Poza Afrykę zawlekane były pojedyncze przypadki, które nie stanowiły raczej źródła ognisk nowych zachorowań na innych kontynentach, natomiast w ubiegłym roku wirus ospy małej (MPXV) znalazł sprzyjające warunki do dalszej transmisji pomiędzy ludźmi. Szczyty zachorowań, także w Polsce, przypadły na miesiące wakacyjne, zaś pod koniec 2022 r. zaczęto obserwować trend spadkowy. W okresie jesień/zima zgłaszane były jednostkowe przypadki choroby wśród ludzi, lecz nie udało się całkowicie wyeliminować wirusa.

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

W 2022 r. w Polsce nadal trwała epidemia COVID-19. W tym czasie wariant Omicron wirusa SARS-CoV-2 zastąpił w większości krajów UE/EOG, w tym również w Polsce. Jak wykazano w licznych badaniach *in vitro* i *in vivo*, wariant Omicron może w pewnym stopniu unikać ochronnego działania układu immunologicznego związanego ze szczepieniem czy naturalną infekcją. Poziom ochronnego działania zależy między innymi od liczby przyjętych dawek lub czasu od ostatniego szczepienia, co mogło skutkować podatnością populacji na zakażenie. Jednocześnie pierwsze obserwacje na przełomie stycznia i lutego 2022 r. wykazały zwiększoną transmisyjność wariantu Omicron w porównaniu do wcześniej dominującego wariantu Delta. Jednocześnie wariant Omicron rzadziej powodował wystąpienie ciężkich objawów, które wymagały hospitalizacji. Również wskaźniki zgonów były poniżej obserwowanych poziomów we wcześniejszych falach pandemii.

W 2022 r. kontynuowano monitorowanie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i jego wariantów, a w szczególności wariantów alertowych (VOC – variants of concern) poprzez prowadzenie nadzoru epidemiologiczno-genomowego polegającego na deponowaniu jego sekwencji genomowych w bazie GISAID-EpiCoV³. Państwowa Inspekcja Sanitarna w 2022 r. dysponowała 7 laboratoriami posiadającymi możliwość sekwencjonowania pełnogenomowego (WGS, ang. whole genome sequencing) w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych w: Gorzowie Wielkopolskim, Katowicach, Łodzi, Olsztynie, Rzeszowie, Warszawie i Gdańsku.

Zgodnie z wytycznymi ECDC⁴ nadzór genomowy wirusa SARS-CoV-2 objął próbki z doboru reprezentatywnego w celu monitorowania sytuacji epidemicznej w zakresie jego poszczególnych wariantów oraz próbki z doboru celowanego celem śledzenia zachorowań m.in.: u ozdowieńców (reinfekcje) lub osób zaszczepionych (zakażenia przełamujące), o ciężkim lub nietypowym przebiegu, czy też u osób podróżujących. Szczegółowy zakres metod identyfikacji wariantów wirusa SARS-CoV-2 uwzględniający specyfikę wariantu Omicron określiły zaktualizowane wytyczne ECDC⁵. W zakresie wielkości próby reprezentatywnej wytyczne ECDC

³ [GISAID](#)

⁴ [European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for representative and targeted genomic SARS-CoV-2 monitoring – 3 May 2021. ECDC: Stockholm: 2021](#)

⁵ [European Centre for Disease Prevention and Control/World Health Organization Regional Office for Europe. Methods for the detection and characterisation of SARS-CoV-2 variants – first update. 20 December 2021](#)

rekomendują zapewnienie takiej czułości nadzoru genomowego, aby wykrywanie nowych wariantów (w tym wariantu Omicron) krążących w populacji danego państwa członkowskiego UE w danym czasie (tj. tygodniu sprawozdawczym) obejmowało dwie estymacje liczebności próby, tj. optymalną na podstawie progu wykrywalności 1% oraz minimalną na podstawie progu wykrywalności 2,5%.

Zgodnie z danymi bazy GISAID-EpiCoV w Polsce w okresie 1-10.01.2022 r. zgłoszono 151 sekwencji genomowych wariantu Omicron, co stanowiło ok. 9% wszystkich zgłoszeń, przy dominacji 1533 zgłoszeń wariantu Delta stanowiącego wówczas pozostałe 91%. Analogicznie do sytuacji w innych krajach UE, w kolejnych 10 dniach stycznia obserwowano narastający wzrost udziału wariantu Omicron. Wariant ten osiągnął w dniu 20.01.2022 r. łączną liczbę 1345 sekwencji genomowych w bazie od początku roku, co odpowiadało już ok. 32% udziału wszystkich zgłoszeń z ostatnich 7 dni. Niemal miesiąc później, tj. 18 lutego 2022 r., liczba zgłoszonych sekwencji wariantu Omicron przekroczyła 70% wszystkich zgłoszeń (od początku roku), a od kwietnia odnotowywano już zazwyczaj pojedyncze przypadki wariantu Delta. Na koniec roku 2022 dominującym wariantem był wariant Omicron stanowiący 100% wszystkich zgłoszeń z okresu 7 dni. Zebrane dane wskazują, że w okresie od 1.01.2022 r. do 31.12.2022 r. łączna liczba zgłoszeń sekwencji genomowych z Polski do bazy GISAID EpiCoV wariantu Omicron, Delta i Alpha wynosiła odpowiednio 40 943, 8382 i 296. Należy jednak zwrócić uwagę, że sekwencje identyfikujące wariant Alpha pochodzą z próbek zebranych jeszcze w 2021 r.



Niezwykle istotnym elementem mającym wpływ na poprawę bezpieczeństwa państwa i jego obywateli były działania realizowane przez Ministra Zdrowia w zakresie walki z pandemią i przeciwdziałania jej skutkom. Stosownie do rozwoju sytuacji epidemicznej, na początku minionego roku ogłoszono Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. 2022 poz. 473), które uchyliło obowiązujące wówczas Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 861, z późn. zm.). Następnie zaczęło obowiązywać Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. 2022 poz. 679, z późn. zm.) uchylając obowiązujące dotychczas rozporządzenie (Dz. U. poz. 473).

Zmiany wprowadzane rozporządzeniami dawały możliwość bieżącej aktualizacji wytycznych dotyczących m.in.: kwarantanny i izolacji, w tym w szczególności czasu jej trwania i możliwości zakończenia, badań w kierunku SARS-CoV-2, zakrywania ust i nosa przy pomocy maseczki czy przemieszczania się pasażerów podróżujących w ruchu międzynarodowym. Istotna zmiana dotyczyła również wprowadzenia stanu zagrożenia epidemicznego w zamian za trwający wówczas stan epidemii poprzez Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 maja 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. 2022 poz. 1025). Aktualizacja rozporządzeń oraz znoszenie bądź wprowadzanie poszczególnych ograniczeń były skutkiem prowadzonych licznych analiz w zakresie potencjalnego wzrostu liczby zakażeń wirusem SARS-CoV-2.



W 2022 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna kontynuowała rozpoczęty w 2021 r. monitoring zakażeń wywołanych SARS-CoV-2 u pracowników ferm norek/jenotów. W ramach monitoringu, prowadzonego przez państwowych powiatowych i wojewódzkich inspektorów sanitarnych, udostępniona została pracownikom ferm norek/jenotów możliwość wykonywania bezpłatnych badań w kierunku SARS-CoV-2, a dane z monitoringu zbierane były przez te organy w systemie dwutygodniowym. W przypadku otrzymania wyniku dodatniego u osoby zatrudnionej na fermie norek/jenotów istniała możliwość wykonania sekwencjonowania próbki spełniającej wymagania diagnostyczne. W zakresie nadzoru nad zakażeniami SARS-CoV-2 u personelu ferm norek/jenotów organy terenowe Państwowej Inspekcji Sanitarnej ściśle współpracowały z organami terenowymi Inspekcji Weterynaryjnej, które nadzorują ogniska zakażeń tym wirusem u zwierząt. W przypadku wystąpienia ogniska wśród zwierząt, po uzyskaniu informacji od właściwego dla lokalizacji fermy powiatowego lekarza weterynarii (PLW), właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny (PPIS) każdorazowo podejmował działania wobec pracowników tej fermy w zakresie testowania.

W przypadku wystąpienia zachorowania u pracownika fermy norek/jenotów, właściwy PPIS informował każdorazowo PLW właściwego dla lokalizacji fermy, w której dana osoba była zatrudniona. Współpraca pomiędzy organami PPIS a PLW opierała się o znowelizowane w 2021 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta (Dz. U. z 2021 r. poz. 1859). Działanie to wynikało także z rekomendacji/zaleceń ECDC (Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób) i EFSA (Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności) w zakresie wdrożenia nadzoru nad zwierzętami, jak i ludźmi zatrudnionymi na fermach hodowlanych norek. Zdarzeniem wyjściowym dla tej decyzji były odnotowane w listopadzie 2020 r. masowe zakażenia wśród norek na fermach hodowlanych w Danii i wtórne zakażenia u personelu oraz potwierdzenie naukowe, że zwierzęta futerkowe mogą być podatne na zakażenie SARS-CoV-2, jak i mogą być dogodnym biologicznie gospodarzem, w którym może dochodzić do reasortacji wirusa SARS-CoV-2 (wymiana materiałów genetycznych pomiędzy różnymi wariantami wirusa w organizmie gospodarza) i powstawania zagrażających zdrowiu ludzi mutacji SARS-CoV-2.

Na podstawie danych z monitoringu prowadzonego przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej od połowy 2021 r. nie odnotowano na terenie Polski zakażenia SARS-CoV-2, które przeniosłoby się na człowieka z zakażonych zwierząt (norek/jenotów). Jednocześnie od 10 maja 2021 r., kiedy rozpoczęto monitoring, do dnia 25 grudnia 2022 r. PPIS na terenie całego kraju łącznie wykonali 823 badania przesiewowe w kierunku SARS-CoV-2 u personelu ferm norek, wśród których odnotowano 25 przypadków dodatnich.

11. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie

Wybuch wojny w Ukrainie 24 marca 2022 r. spowodował niespodziewany i nagły napływ uchodźców wojennych, a Polska stała się głównym krajem zarówno tranzytowym, jak i docelowym dla osób uciekających przed wojną. Uchodźcy przyjeżdżający do Polski reprezentują wszystkie regiony Ukrainy, jednak najwięcej osób przyjeżdża z rejonów objętych działaniami wojennymi. Wśród osób przybywających do Polski w przeważającej części znajdują się kobiety i dzieci.

Polski rząd przyjął specjalną Ustawę z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. 2022 poz. 583), która wprowadziła szereg uprawnień przysługujących osobom, które przybyły do Polski z Ukrainy szukając schronienia przed toczącą się tam wojną. Dokument ten gwarantuje m.in.:

- ◆ legalny pobyt w Polsce,
- ◆ pomoc finansową i pozafinansową w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb,
- ◆ dostęp do rynku pracy,
- ◆ dostęp do szkół i opieki przedszkolnej dla dzieci,
- ◆ dostęp do opieki zdrowotnej.

Przewidując masowy napływ uchodźców z Ukrainy na teren Polski, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej natychmiast podjęły działania mające na celu organizację miejsc pobytowych oraz inne niezbędne działania organizacyjne. Zacieśniona została współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego, w tym zespołami zarządzania kryzysowego, m.in. w zakresie optymalizacji warunków sanitarnych przy organizowaniu miejsc ewentualnego zakwaterowania, wymiany informacji o miejscach zakwaterowania ludności uchodźczej, aktualizacji adresów obiektów oraz liczby dostępnych miejsc do zakwaterowania. Ponadto współpracowano z organizatorami punktów recepcyjnych w zakresie warunków sanitarno-epidemiologicznych, warunków izolacji osób zakażonych na choroby zakaźne, organizacji punktów wydawania posiłków, czy też warunków relokacji uchodźców.

W marcu 2022 r. podjęto działania mające na celu wzmożenie monitorowania i oceny zagrożeń w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego na terenie Polski w związku z agresją wojskową Rosji wobec Ukrainy oraz masowym napływem uchodźców do Polski. Równocześnie państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni w ramach współpracy z organami samorządu terytorialnego identyfikowali na bieżąco i obejmowali nadzorem m.in. punkty recepcyjne, ośrodki dla uchodźców, placówki czasowego pobytu oraz inne miejsca, które są szczególnie istotne dla utrzymania bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego kraju.

W celu wzmocnienia nadzoru epidemiologicznego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły bieżący monitoring w zakresie zakażeń i chorób zakaźnych występujących u osób obywatelstwa ukraińskiego

przebywających w miejscach zbiorowego pobytu, a Główny Inspektorat Sanitarny analizował dane uzyskane z WSSE i sporządzał cotygodniowe raporty dotyczące ognisk i zakażeń wśród uchodźców z Ukrainy. W ośrodkach masowego pobytu osób pochodzenia ukraińskiego zidentyfikowano najwięcej zachorowań na ospę wietrzną, zakażeń rotawirusowych, biegunek i zakażeń żołądkowo-jelitowych BNO oraz zakażeń SARS-CoV-2, co związane jest głównie z przebywaniem osób na salach wieloosobowych, okresowo znacznie zatłoczonych.

W związku z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie metody zapobiegania zakażeniu lub chorobie zakaźnej stanowiącej szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium Ukrainy (Dz. U. poz. 681), podjęto intensywne prace mające na celu przygotowanie struktur Państwowej Inspekcji Sanitarnej do współdziałania w prowadzeniu szczepień akcyjnych dla uchodźców oraz wolontariuszy w ośrodkach pobytowych i recepcyjnych. Główny Inspektor Sanitarny podjął działania mające na celu ustalenie listy ośrodków recepcyjnych, w których planowane było prowadzenie szczepień akcyjnych dla obywateli Ukrainy oraz wolontariuszy, a także prowadził działania mające na celu oszacowanie liczby szczepień danego rodzaju z uwzględnieniem danych o strukturze demograficznej uchodźców oraz wiedzy o ich ogólnym poziomie zaszczepienia.

Podejmowane były również liczne działania w zakresie promocji zdrowia i komunikacji społecznej, tj. opracowywano i dystrybuowano ulotki i plakaty w języku polskim i ukraińskim w wersji papierowej i elektronicznej dotyczące zasad profilaktyki i zapobiegania chorobom zakaźnym oraz szczepień ochronnych. Ponadto organizowane były stoiska profilaktyczno-zdrowotne np. w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych oraz placówkach, do których uczęszczają uczniowie narodowości ukraińskiej.



12. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych w 2022 r.

Polska od lat 60. XX wieku realizuje program powszechnych szczepień ochronnych (PSO), który ewoluuje zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i jest systematycznie rozszerzany w miarę pojawiania się dostępu do nowych szczepionek – z uwzględnieniem możliwości finansowych budżetu Ministra Zdrowia. Obowiązek poddawania się szczepieniom ma w Polsce charakter powszechny i podlegają mu wszystkie osoby przebywające na terenie Polski. Podstawą prawną nałożenia obowiązku szczepień przeciw wybranym chorobom zakaźnym jest art. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁶, który nakłada na osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym. Zwolnione z tego obowiązku są osoby przebywające w kraju krócej niż 3 miesiące. W odniesieniu do osób nieposiadających zdolności do czynności prawnych (np. dzieci) odpowiedzialność za wypełnienie tego obowiązku ponosi osoba sprawująca nad tą osobą prawną pieczę (rodzic) albo jej opiekun faktyczny. Wykonanie obowiązku szczepień przez osoby zobowiązane do poddawania się szczepieniom (poddawania dzieci szczepieniom) jest zabezpieczone środkami egzekucji administracyjnej.

12.1. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych

Obowiązkowe szczepienia ochronne odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu wielu chorobom zakaźnym. Program Szczepień Ochronnych ma charakter wieloletni, bowiem tylko poprzez długoterminową, systematyczną realizację szczepień możliwe jest zapobieganie epidemiom, a nawet stopniowa eliminacja i eradykacja niektórych chorób zakaźnych. Corocznie w komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych określone są wytyczne dla wykonawców szczepień dotyczące terminów przeprowadzania powszechnych szczepień kalendarzowych dzieci i młodzieży oraz szczególnych przestanków epidemiologicznych i klinicznych w zakresie realizacji szczepień w wybranych grupach ryzyka oraz wykonywania szczepień poekspozycyjnych (tężec, wścieklizna).

Na przestrzeni lat obowiązek powszechnych szczepień kalendarzowych (tzn. realizowanych dla całego rocznika po osiągnięciu przez dziecko określonego wieku) był stopniowo rozszerzany i dotyczył szczepień przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi, gruźlicy, ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (przeciwko *poliomyelitis*), odrze, różyczce, nagminnemu zakażeniu przyusznic (świniec), wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu B oraz *Streptococcus pneumoniae*, a od 2021 r. również przeciw rotawirusom. Niektóre szczepienia są jednak nadal realizowane jako obowiązkowe (bezpłatne) jedynie w wybranych grupach dzieci, np. ospa wietrzna jedynie wśród dzieci korzystających ze żłobków lub klubów dziecięcych oraz innych form zbiorowej opieki.

Zmiany Programu Szczepień Ochronnych rozszerzające obowiązek szczepień przeciw określonym chorobom zakaźnym, lub rozszerzające grupy osób nimi objęte, są zawsze poprzedzone zmianami prawnymi

⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, z późn. zm.

w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczepień obowiązkowych. Spośród rekomendacji ekspertów dotyczących rozszerzenia zakresu szczepień zrealizowano takie postulaty jak: wykonywanie szczepienia przypominającego przeciw *poliomyelitis* u dzieci w 6. roku życia szczepionką inaktywowaną (IPV) w miejsce żywej szczepionki (OPV) od 2016 r., wprowadzenie szczepienia przeciwko krztuścowi u młodzieży w 14. roku życia, wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom u całej populacji dzieci od 2017 r. oraz przesunięcie wieku szczepienia przypominającego przeciwko odrze, śwince i różyczce (MMR) z 10. roku życia na 6. rok życia, zaś od 2021 r. wprowadzono szczepienie niemowląt przeciw rotawirusom.

Szczepienia obowiązkowe oraz zalecane dzieci i dorosłych są realizowane nieodpłatnie w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast zakup szczepionek dla realizacji szczepień obowiązkowych jest finansowany w całości z budżetu Ministra Zdrowia.

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

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

Na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego wyniki analizy za miniony rok są corocznie publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie (NIZP-PZH-PIB) w biuletynie pt. „Szczepienia Ochronne w Polsce” za dany rok. Biuletyn jest podstawowym źródłem informacji o stanie uodpornienia populacji dzieci i młodzieży w Polsce. Dane dotyczące zaszczepienia populacji w 2022 r. będą dostępne w II połowie 2023 r., w tym również na stronie internetowej (www.pzh.gov.pl).

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

Zgodnie z art. 18 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, podmiotami odpowiedzialnymi za dystrybucję i przechowywanie szczepionek służących do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych zakupionych przez Ministra Zdrowia jest Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych w Porębach, następnie w łańcuchu dystrybucji szczepionki są przekazywane nieodpłatnie do punktów szczepień przez sieć wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Powiatowe



stacje sanitarno-epidemiologiczne przekazują szczepionki tym świadczeniodawcom, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy na przeprowadzanie szczepień obowiązkowych. Podczas transportu i przechowywania szczepionek zachowany jest tzw. łańcuch chłodniczy oraz stosowane są zasady dobrych praktyk dystrybucji przewidziane w przepisach ustawy Prawo farmaceutyczne.

Główny Inspektor Sanitarny koordynuje określanie zapotrzebowań i dystrybucję szczepionek zakupionych do realizacji Programu Szczepień Ochronnych, w sposób który ma zapewnić ich nieprzerwaną dostępność.

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

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

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

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

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

Obowiązek poddawania szczepieniom ochronnym aktualizuje się w terminie wskazanym przez lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad pacjentem w powiadomieniu, o którym mowa w art. 17 ust. 9 ustawy o chorobach zakaźnych. Najczęściej takim lekarzem jest lekarz mający z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę na udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej (tzw. lekarz POZ). Lekarz POZ powiadamia osobę zobowiązaną (rodzica) o wyznaczonym terminie badania kwalifikacyjnego i szczepienia dziecka. Szczepienie jest wykonywane w trakcie wizyty szczepiennej pod warunkiem, że w wyniku badania kwalifikacyjnego nie stwierdzono istnienia przesłanek zdrowotnych do czasowego lub długotrwałego odroczenia przeprowadzenia tego szczepienia albo nie zostało przedstawione zaświadczenia o wcześniejszym poddaniu się wymaganemu prawem szczepieniu w ramach szczepień zalecanych. W przypadku nieuzasadnionego lub nieusprawiedliwionego niestawienia się przez rodziców z dzieckiem na wizytę szczepienną, które – w ocenie lekarza – wskazują na uchylanie się od obowiązku szczepień, przekazuje on dane osób uchylających się od szczepień do miejscowej powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej (PSSE) w celu podjęcia działań administracyjnych, do których jest uprawniony państwowy powiatowy inspektor sanitarny (PPIS) jako organ administracji państwowej.

W sporządzanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych sprawozdaniach za rok 2022 o osobach uchylających się od obowiązku szczepień oraz w sprawozdaniach zbiorczych sporządzanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, uwzględniono wyłącznie te osoby, które będąc prawnie zobowiązane do poddania się (lub poddania swoich dzieci) obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym (w związku z wiekiem lub przesłankami wynikającymi ze stanu zdrowia albo przesłankami epidemiologicznymi określonymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi), następnie zostały zgłoszone przez lekarzy odpowiedniemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu jako osoby uchylające się.

Analiza geograficzna rozpowszechnienia zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień w 2022 r. wskazuje, że ulegało ono nasileniu we wszystkich województwach.

Wskutek uchylania się rodziców od wykonania prawnego obowiązku poddania dzieci szczepieniom ochronnym w wymaganym prawem zakresie w 2022 r. nie zostało poddanych szczepieniom ochronnym 72 662 dzieci, w porównaniu do 60 620 dzieci w 2021 r., 53 530 dzieci w 2020 r., 47 790 dzieci w 2019 r. oraz 38 416 dzieci w 2018 r.

Przeprowadzono również ocenę działań podejmowanych w 2022 r. przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień ochronnych przez osoby zobowiązane.

Państwowy powiatowy inspektor sanitarny jako organ administracji publicznej sprawujący nadzór nad realizacją szczepień ochronnych jest uprawniony w trybie przewidzianym w przepisach ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2022 r. poz. 479) do żądania od osób zobowiązanych wykonania obowiązku szczepień – tj. jest prawnym wierzycielem tego obowiązku administracyjnego. Przepisy tej ustawy jednocześnie nakładają na organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, będące wierzycielami obowiązku szczepień ochronnych, prawny obowiązek podejmowania wszelkich czynności zmierzających do zastosowania przewidzianych prawem środków egzekucyjnych w celu nakłonienia osoby uchylającej się do wykonania obowiązku szczepień ochronnych. Organem egzekucyjnym właściwym w sprawie prowadzenia egzekucji obowiązku szczepień jest wojewoda, do którego kierowane są przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych wnioski o wszczęcie egzekucji administracyjnej jego wykonania. Skierowanie wniosku do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień jest poprzedzone wystosowaniem do osoby uchylającej się upomnienia, zawierającego wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych, z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej, a następnie sporządzeniem przez wierzyciela tzw. tytułu wykonawczego.



W 2022 r. państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wystosowali do osób uchylających się od wykonania obowiązku poddania dzieci szczepieniom ochronnym:

- ◆ 6 399 upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej (w 2021 r. – 2186, w 2020 r. – 1471, w 2019 r. – 6183, w 2018 r. – 4478, w 2017 r. – 4405, w 2016 r. – 4081, w 2015 r. – 4411, w 2014 r. – 4081),
- ◆ 3 150 tytułów wykonawczych (w 2021 – 1134, w 2020 r. – 696, w 2019 r. – 3397, w 2018 r. – 2677, w 2017 r. – 2519, w 2016 r. – 2002, w 2015 r. – 1661, w 2014 r. – 1090)

i skierowali

- ◆ 3138 wniosków do wojewodów o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień (w 2021 r. – 1066, w 2020 r. – 704, w 2019 r. – 3301, w 2018 r. – 2557, w 2017 r. – 2287, w 2016 r. – 1851, w 2015 r. – 1604, w 2014 r. – 901)

Wynikiem wieloetapowego postępowania spowodowanego uchylaniem się rodziców (opiekunów prawnych) od obowiązku poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym jest zastosowanie środków egzekucji administracyjnej w postaci grzywny w celu spowodowania faktycznej realizacji obowiązku szczepień. Jest to tzw. „grzywna w celu przymuszenia”, należy jednak wyraźnie podkreślić, że „przymuszenie” nie ma w żadnym razie charakteru środka przymusu bezpośredniego (przymusu o charakterze fizycznym), o którym mowa art. 36 ustawy o chorobach zakaźnych, lecz ma wymiar wyłącznie prawny o charakterze pieniężno-administracyjnym. Należy również podkreślić, że grzywna ta nie ma charakteru represyjnego – jej celem nie jest bowiem karanie – ponieważ w razie wykonania obowiązku szczepień, grzywna podlega zwróceniu osobie, na którą ją wcześniej nałożono.



13. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS

Podstawowym dokumentem wyznaczającym politykę państwa w zakresie zapobiegania HIV i zwalczenia AIDS jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS⁷ oraz Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2022–2026⁸.

Podejmowane działania w zakresie profilaktyki HIV/AIDS przez Państwową Inspekcję Sanitarną są realizowane zgodnie z Harmonogramem realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, opracowanego na lata 2022-2026, który zakłada podjęcie działań w pięciu obszarach:

1. zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa,
2. zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych,
3. wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
4. współpracy międzynarodowej,
5. monitoringu.

Celem Programu jest realizacja ograniczenia i zapobiegania oraz rozprzestrzeniania się zakażeń HIV wśród ogółu społeczeństwa poprzez zapewnienie dostępu do wiarygodnych źródeł informacji i edukację zdrowotną oraz wzmocnienie postaw prospołecznych.

Główny Inspektorat Sanitarny prowadził działania w mediach społecznościowych (Facebook, Twitter) oraz na stronie internetowej. Podjęto między innymi takie działania:

- ◆ upowszechniano informacje o charakterze edukacyjnym w zakresie profilaktyki HIV/AIDS na kanałach social media GIS m.in w ramach obchodów Światowego Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS, Światowego Dnia Krwiodawcy, Europejskiego Tygodnia Testowania w kierunku HIV, Dni Honorowego Krwiodawstwa, Światowego Dnia AIDS (liczba odbiorców – **136 683**),
- ◆ popularyzowano za pośrednictwem kont mediów społecznościowych GIS (Facebook, Twitter) informacje nt. bezpłatnych testów oraz Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych prowadzących anonimowe i bezpłatne testowanie w kierunku HIV (liczba odbiorców – **49 296**),
- ◆ opracowano posty edukacyjne pokazujące kształtowanie właściwych postaw w zakresie HIV/AIDS, celem ograniczania ryzyka zakażenia – **20**,
- ◆ koordynowano i nadzorowano prace nad sprawozdawczością **16** wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

⁷ (Dz. U. Nr 44, poz. 227)

⁸ przyjęty Uchwałą nr 188/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.



14. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach – ogniska epidemiczne

14.1. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce

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

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz.1657 z późn.zm),
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz. U. z 2021 r. poz. 240 z późn.zm),
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz. U. Nr 100 poz. 645),
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 100 poz. 646),
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (Dz. U. z 2014 r. poz.746).

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

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

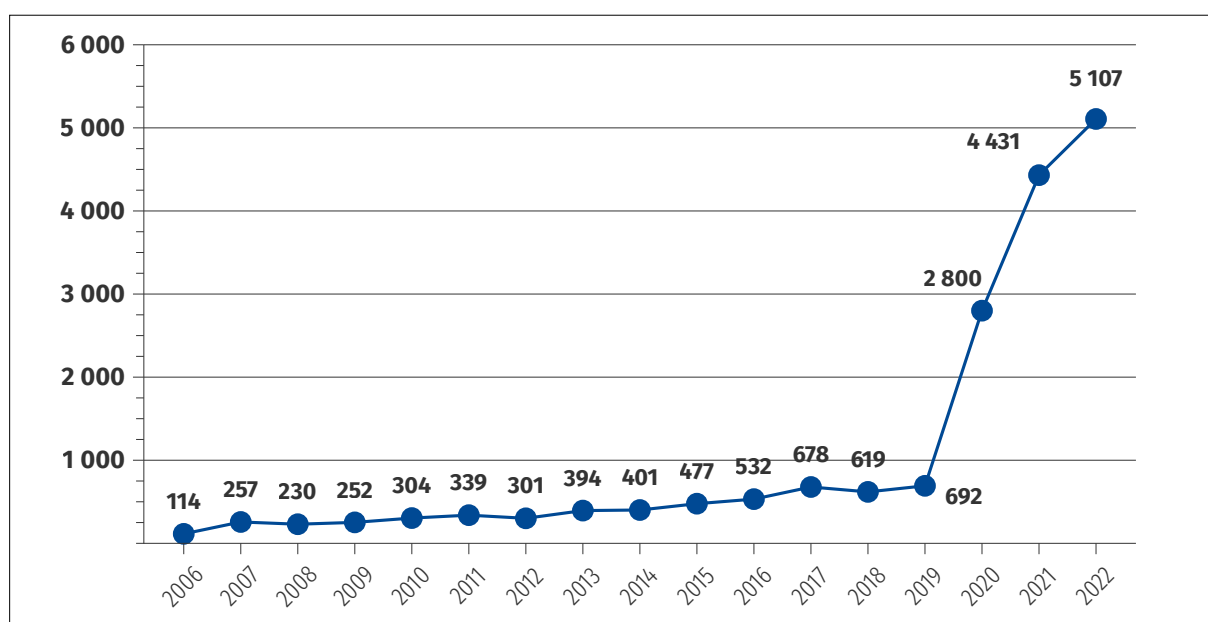
Zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala Państwowa Inspekcja Sanitarna otrzymuje zbiorcze roczne dane dotyczące patogenów alarmowych występujących w szpitalach oraz dane dotyczące zakażeń w sytuacji wystąpienia potwierdzonego epidemicznego wzrostu ich liczby – informacje o ogniskach zakażeń w szpitalach.

14.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala

Od kilkunastu lat obserwuje się tendencję wzrostową zgłaszalności liczby ognisk zakażeń szpitalnych. W 2022 r. zgłoszono 5107 ognisk. Zwiększoną zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych na przestrzeni wielu lat należy wiązać z lepszym nadzorem ZKZS w podmiotach leczniczych, wykorzystaniem badań z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej, jak również wzrastającą świadomością personelu szpitali oraz lepszą realizacją obowiązujących przepisów związanych ze zgłaszalnością ognisk epidemicznych, w wyniku wejścia w życie nowej ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, do której wprowadzono przepisy o zgłaszaniu ognisk epidemicznych.

Wyk. 26 Zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w latach 2006-2022

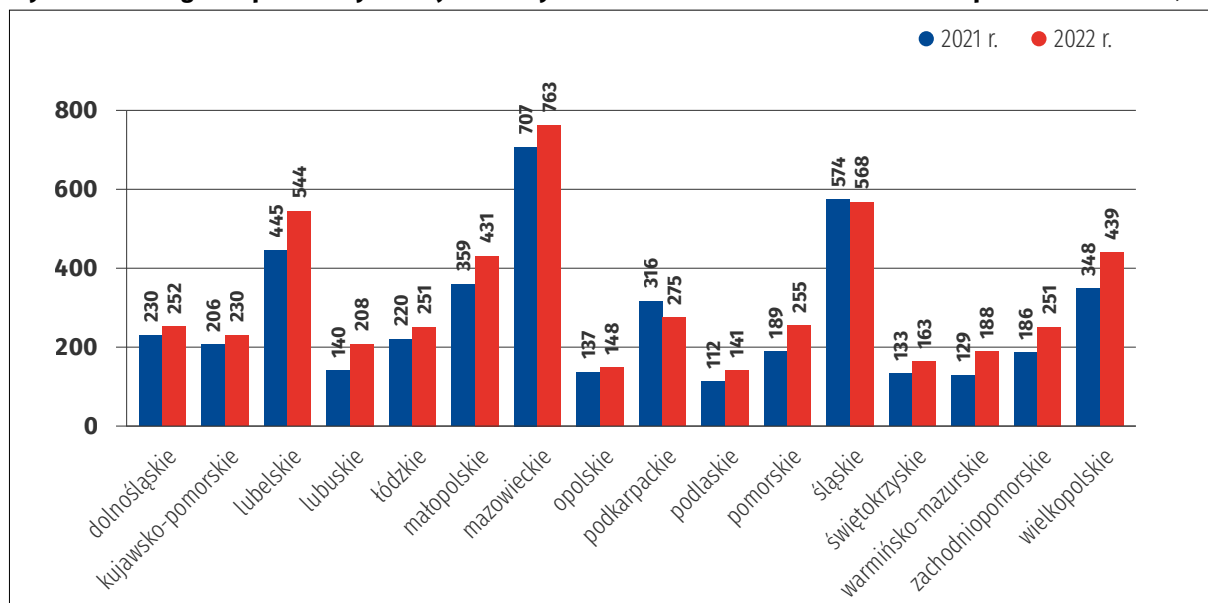
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wysoką liczbę zgłoszeń ognisk epidemicznych odnotowano we wszystkich województwach.

Wyk. 27 Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2021-2022

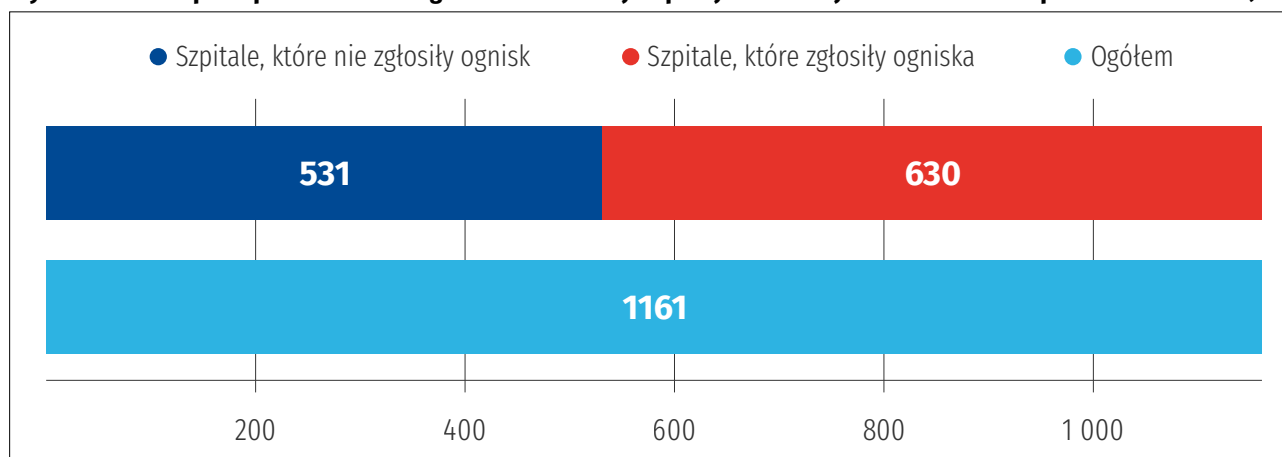
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Zgodnie z danymi przekazanymi przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych w 2022 r. pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1161 podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

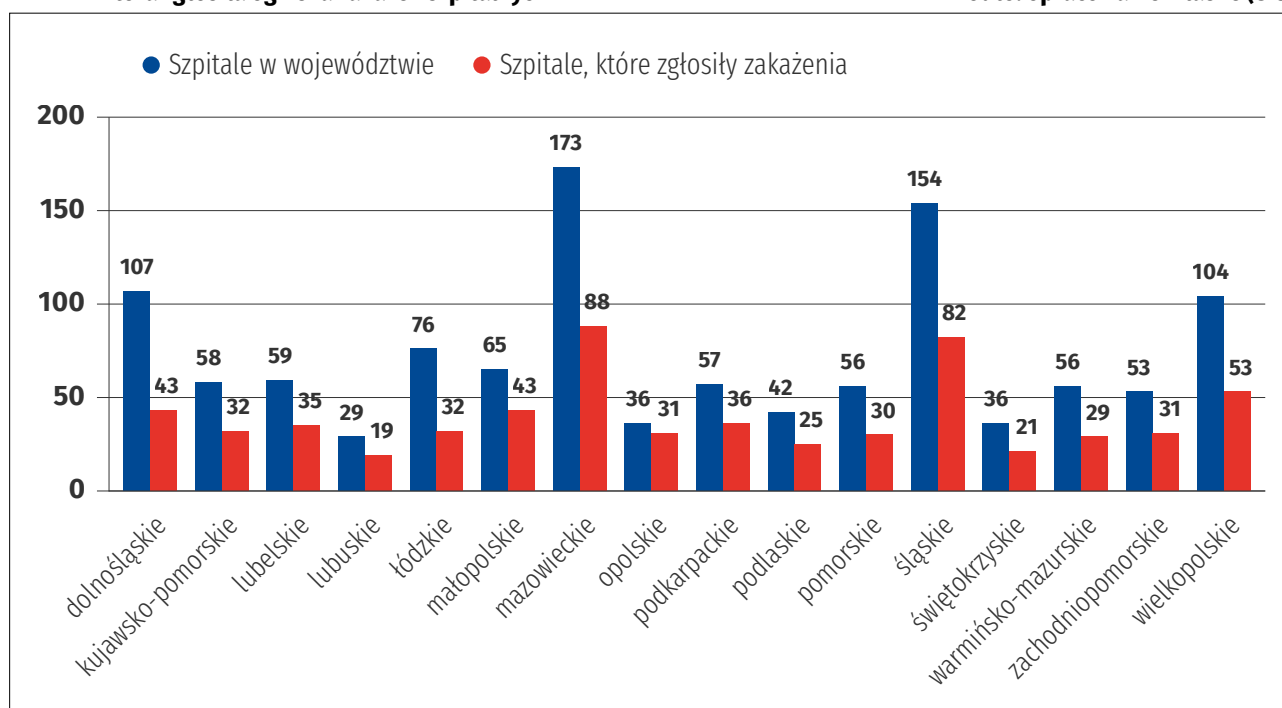
Raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych w 2022 r. wpłynęły z 679 podmiotów leczniczych, w tym 630 szpitali (7 szpitali uzdrowiskowych, 9 szpitali psychiatrycznych, 4 szpitale rehabilitacyjne), co stanowiło 54,3% ogółu wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w Polsce.

Wyk. 28 Liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2022 r., w porównaniu do lat ubiegłych, nadal odnotowuje się znaczącą liczbę zgłoszeń ognisk epidemicznych w szpitalach.

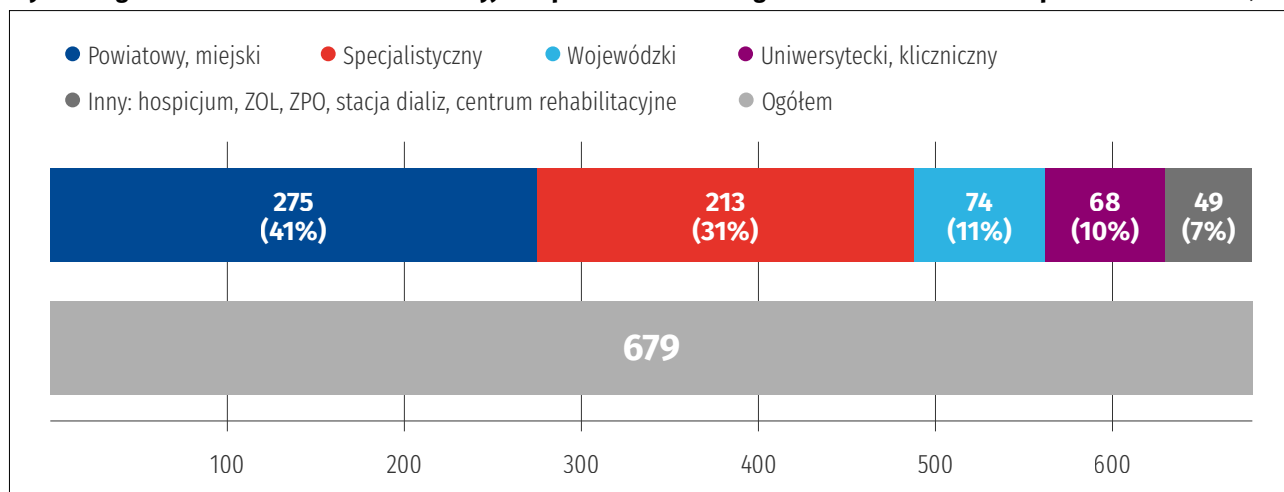
Wyk. 29 Ogniska zakażeń w 2022 r. – liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej/liczba szpitali, która zgłosiła ogniska zakażeń szpitalnych Źródło: opracowanie własne (GIS)



Największą zgłaszalność – 40% wszystkich zgłoszeń z podmiotów leczniczych w 2022 r. zarejestrowano ze szpitali powiatowych/miejskich – 287 (44%) oraz specjalistycznych (psychiatryczne, rehabilitacyjne) – 196 (31,4%).

Wyk. 30 Ogniska zakażeń w 2022 r. a referencyjność podmiotu leczniczego

Źródło: opracowanie własne (GIS)

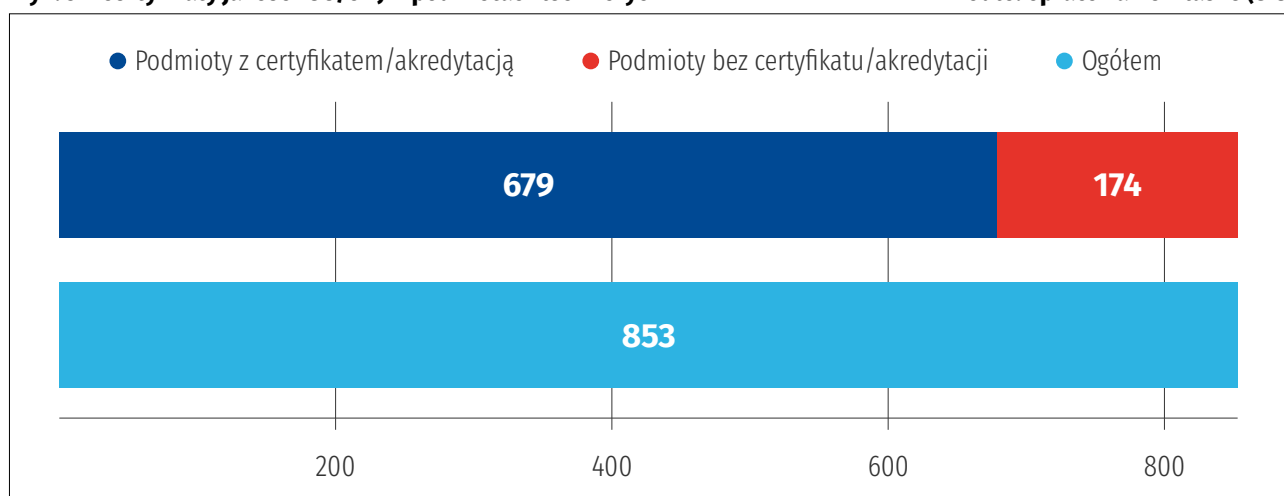


49 raportów końcowych z wygaszenia ognisk epidemicznych zostało zgłoszonych z podmiotów leczniczych niebędących w strukturach szpitala, tj. 25 ognisk – zakłady opiekuńczo-lecznicze, 7 ognisk – hospicja, 6 ognisk – stacje dializ, 2 ogniska – zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, 2 ogniska – sanatoria, 2 ogniska – stacje pogotowia ratunkowego. Pojedyncze ogniska zakażeń zgłoszono ze stacji pogotowia lotniczego, POZ, dwóch ośrodków medycznych i ośrodka rehabilitacyjnego.

505 (74,4%) z 679 podmiotów leczniczych, które zgłosiły ogniska w 2022 r., posiadało co najmniej jeden certyfikat zgodności systemu zarządzania jakością (ISO) lub inny certyfikat akredytacyjny, w tym akredytacje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ).

Wyk. 31 Certyfikaty jakości ISO/CMJ w podmiotach leczniczych

Źródło: opracowanie własne (GIS)

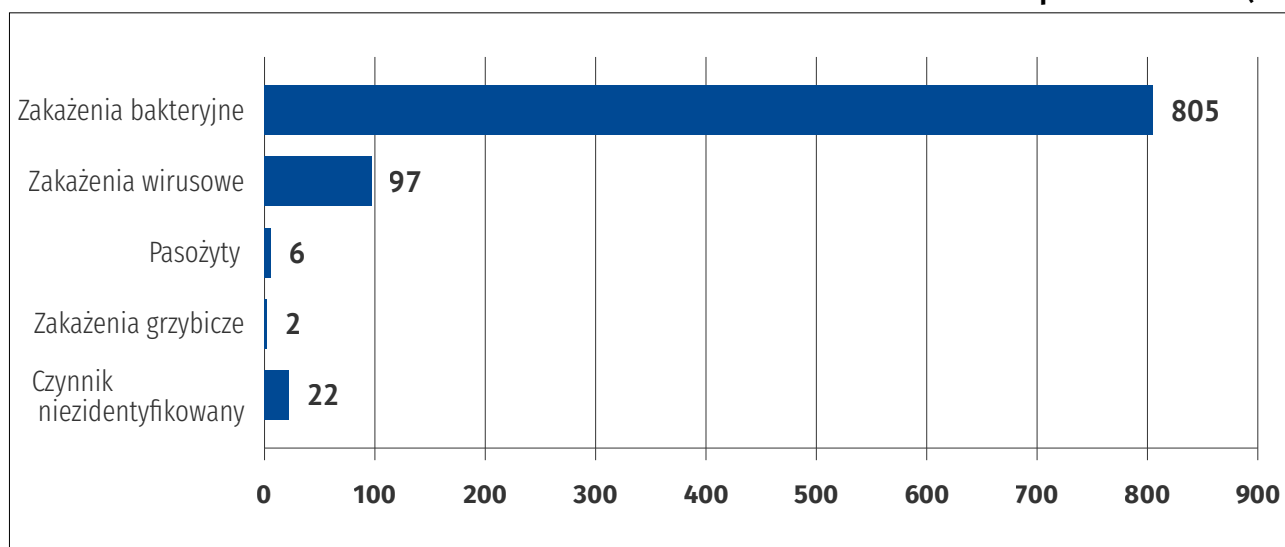




W 2022 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zostało zgłoszonych 5107 ognisk epidemicznych. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym, podobnie jak w latach 2020-2021, był czynnik wirusowy – SARS-CoV-2. W 2022 r. zgłoszono 4175 ognisk wywołanych SARS-CoV-2, co stanowiło 81,7% (w 2021 r. – 77,2%) wszystkich ognisk zakażeń.

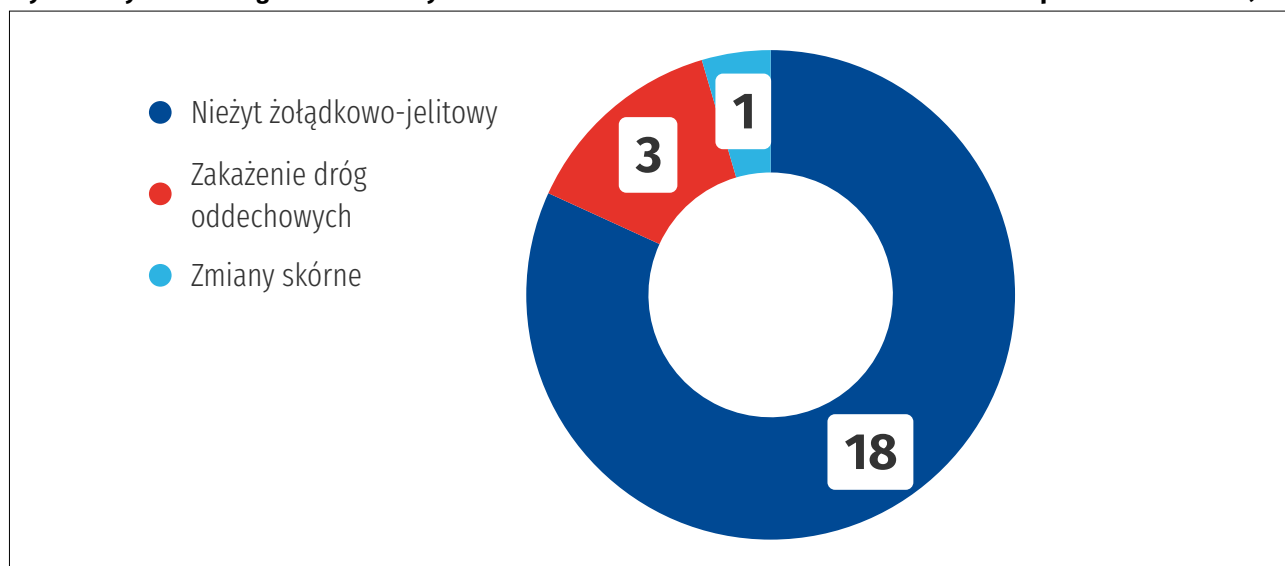
W pozostałych 932 ogniskach (z 5107 zgłoszonych) najczęstszymi czynnikami etiologicznymi były czynniki: bakteryjne – 805 (86,4%), wirusowe – 97 (10,4%), pasożytnicze – 6 (0,6%) oraz grzybicze – 2 (0,2%).

Wyk. 32 Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych z wyłączeniem wirusa SARS-COV-2 w 2022 r.
 Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 22 przypadkach z 932 (2,4%) ognisk epidemicznych zgłoszonych z podmiotów leczniczych nie udało się ustalić czynników etiologicznych wywołujących ogniska zakażeń szpitalnych.

Wyk. 33 Czynniki etiologiczne niezidentyfikowane w 2022 r.
 Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej/laboratoryjnej jest elementem kluczowym w nadzorze nad zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Na przestrzeni ostatnich lat zauważalny jest wzrost liczby wykonywanych badań przesiewowych osób objętych ogniskiem epidemicznym. W 2022 r. w wyniku przeprowadzonych badań w ogniskach potwierdzono 99,1% przypadków zakażeń pacjentów i personelu medycznego.

Tab. 21 Liczba osób z zakażeniem w ogniskach potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2018-2022
Źródło: opracowanie własne (GIS)

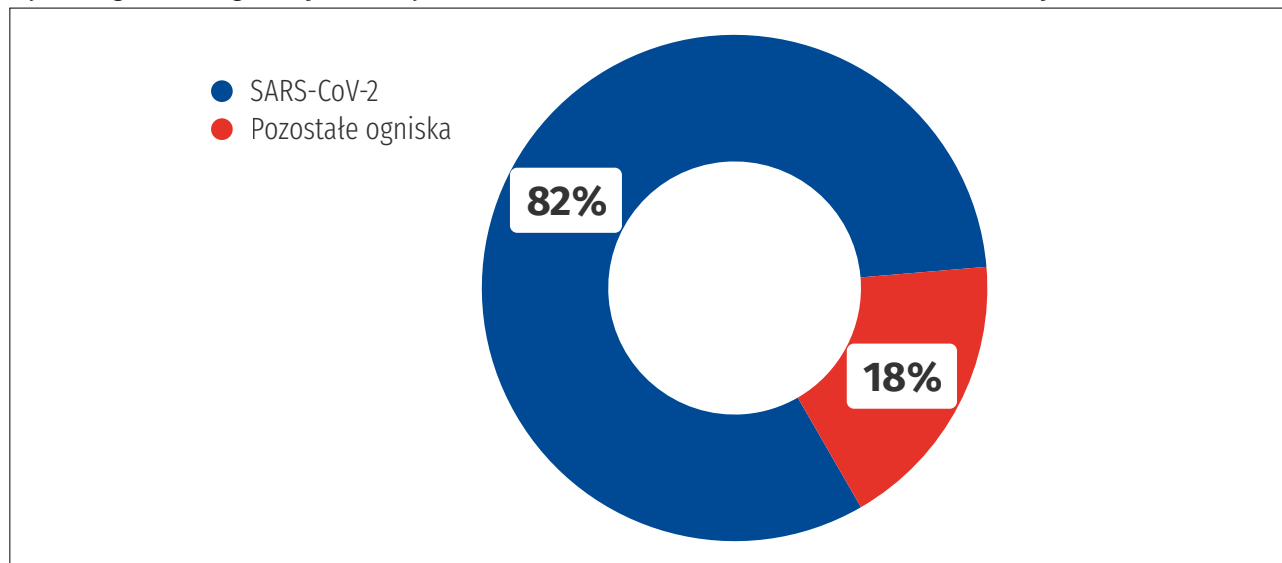
rok	2018	2019	2020	2021	2022
Ogólna liczba osób z zakażeniem w ognisku	4 234	4 928	46 333	52 031	52 319
Łączna liczba osób potwierdzona badaniami	2 992	3 732	45 402	51 638	51 864

13.3. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce

W Polsce w 2022 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 5107 ognisk zakażeń szpitalnych, w tym 4175 ognisk wywołanych SARS-CoV-2, co stanowiło 82% wszystkich zgłoszonych ognisk zakażeń szpitalnych. Pandemia zakaźnej choroby COVID-19 wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 zdominowała zgłaszalność ognisk wywołanych tym czynnikiem w stosunku do wszystkich zgłoszeń ognisk zakażeń szpitalnych.

Wyk. 34 Zgłoszenia ognisk epidemicznych w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



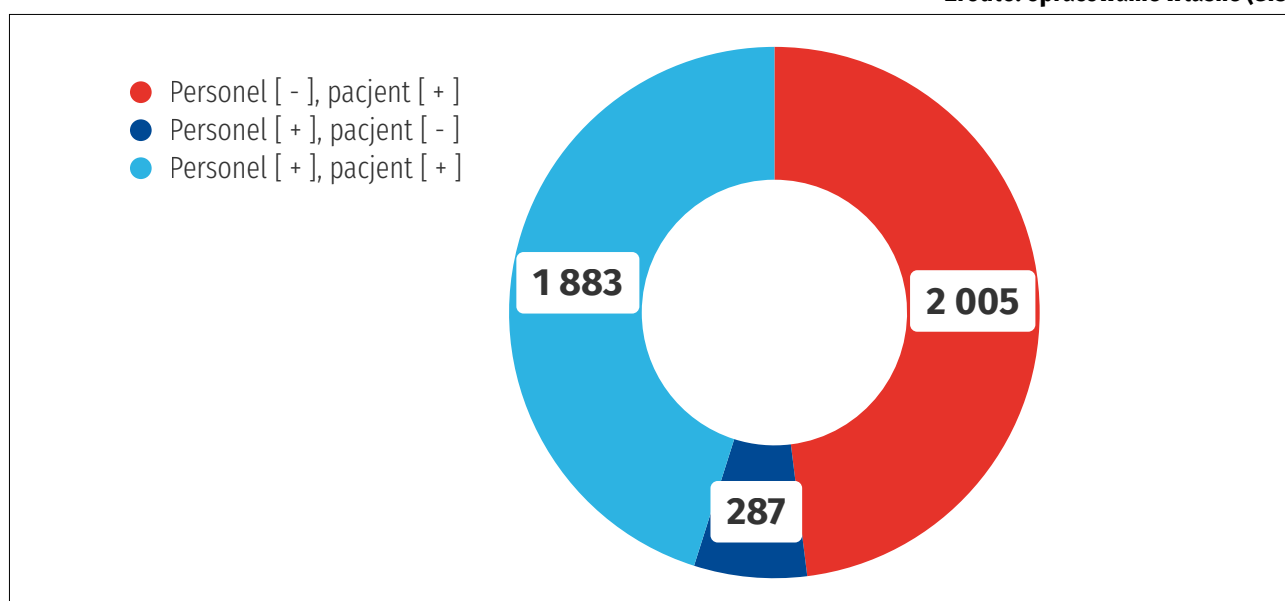
Raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych wywołanych SARS-CoV-2 zostały przesłane z 624 podmiotów leczniczych, w tym 593 szpitali, co stanowi 94,1% (593 z 630) szpitali, które w 2021 r. zgłosiły ogniska epidemiczne o etiologii SARS-CoV-2 oraz 46,4% (593 z 1161) wszystkich szpitali będących pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. Ogniska zgłoszone zostały zarówno ze szpitali, zakładów opieki długoterminowej, stacji dializ, stacji pogotowia ratunkowego i lotniczego, jak i ośrodków opieki długoterminowej. W ogniskach wywołanych SARS-CoV-2 zakażeniu uległo łącznie 45 992 osób, w tym 9530 personelu.

Tab. 22 Liczba pacjentów i personelu z zakażeniem w ogniskach SARS-CoV-2 potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2020-2022 Źródło: opracowanie własne (GIS)

rok	Liczba pacjentów z zakażeniem	Liczba potwierdzonych przypadków	Lista personelu z zakażeniem	Liczba potwierdzonych przypadków zakażeń personelu
2020	22 231	22 048	20 697	20 411
2021	35 716	35 711	9 076	9 069
2022	36 462	36 402	9 530	9 500

Spośród 4175 ognisk zakażeń SARS-CoV-2, 287 (7%) ognisk dotyczyło zgłoszenia zakażeń wyłącznie wśród personelu podmiotu leczniczego, zaś w 2005 (48%) raportach zgłoszono zakażenia występujące wyłącznie u pacjentów.

Wyk. 35 Ogniska SARS-CoV-2 zgłoszone w 2022 r. z podziałem ognisk zakażeń zgłoszonych wśród pacjentów i personelu Źródło: opracowanie własne (GIS)

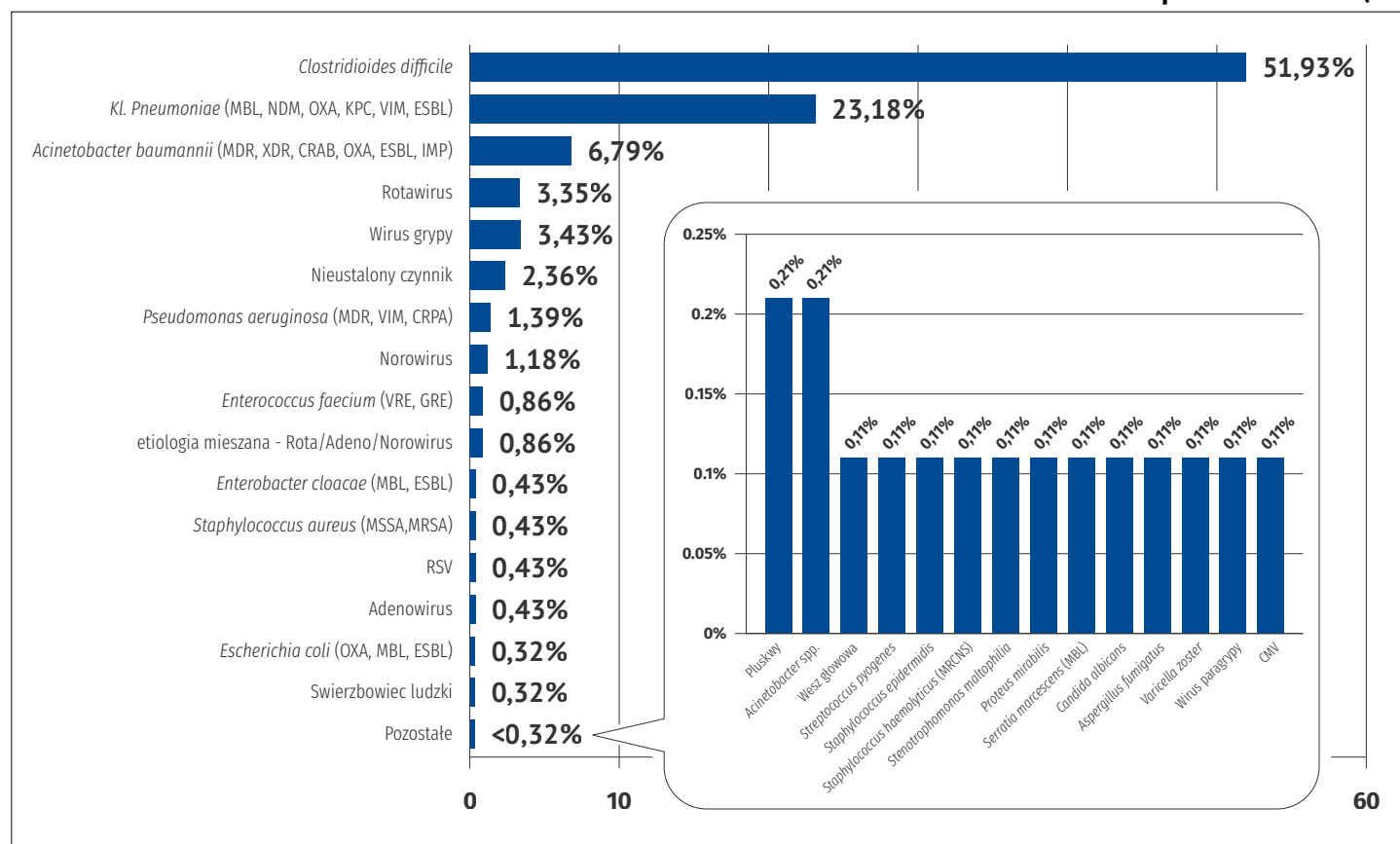


W celu porównania do lat ubiegłych zgłoszonych ognisk zakażeń szpitalnych wywołanych czynnikami innymi niż SARS-CoV-2 poniższe dane zostały opracowane bez wliczenia ognisk SARS-CoV-2.

W 2022 r., podobnie jak w roku poprzednim, odnotowano dużą zgłaszalność ognisk epidemicznych wywołanych przez biologiczne czynniki bakteryjne, w szczególności: *Clostridioides difficile*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* oraz *Pseudomonas aeruginosa*.

Wyk. 36 Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



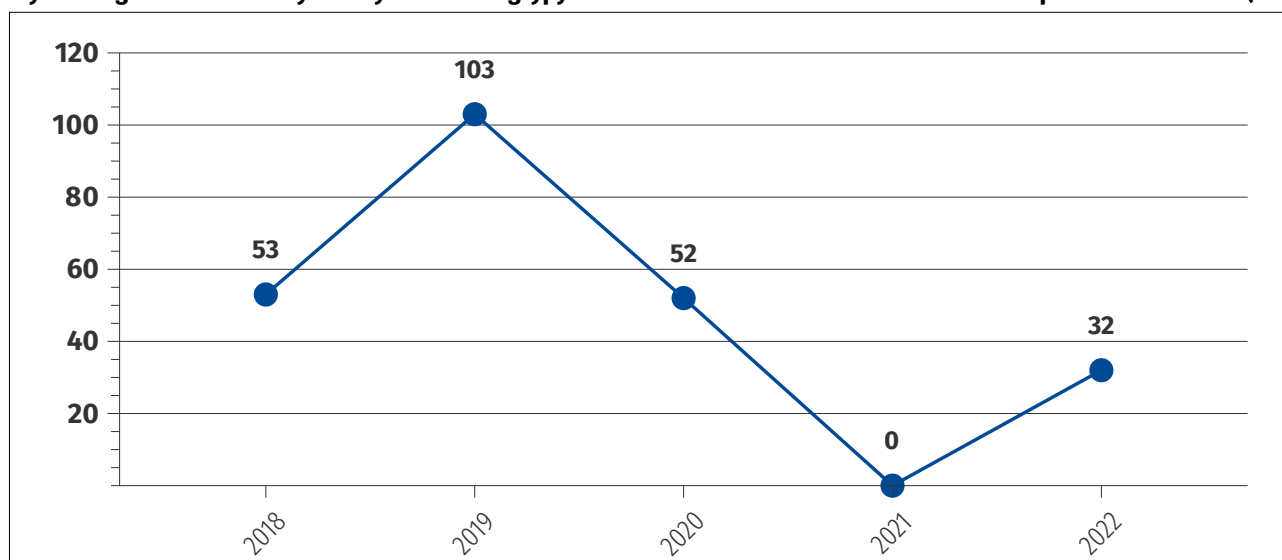
Na przestrzeni ostatnich lat zaobserwowano trend malejący w zakresie zgłoszeń o ogniskach epidemicznych wywołanych przez wirusa odry oraz pasożyta *świerzbowiec ludzki*. W porównaniu do poprzedniego roku w 2022 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 32 ogniska wywołane przez wirusy grypy (w tym 29 ognisk wywołanych wirusem grypy typu A) oraz 34 przez rotawirusy.

Z nadesłanych za 2022 r. zbiorczych rocznych raportach dotyczących sytuacji epidemiologicznej szpitali wynika, że we wszystkich województwach, podobnie jak w latach ubiegłych, dominowały zakażenia żołądkowo-jelitowe wywołane przez *Clostridioides difficile*. W 2022 r. *Clostridioides difficile* była przyczyną 484 z 932 ognisk, co stanowiło 52% zarejestrowanych ognisk zakażeń (bez SARS-CoV-2). W ogniskach zakażeniu uległo łącznie 3239 osób, zaś u 42 pacjentów wykryto kolonizację przewodu pokarmowego. Zakażenia wywołane przez laseczki *Clostridioides difficile* stają się coraz większym problemem



Wyk. 37 Ogniska zakażeń wywołanych wirusem grypy w latach 2018 – 2022

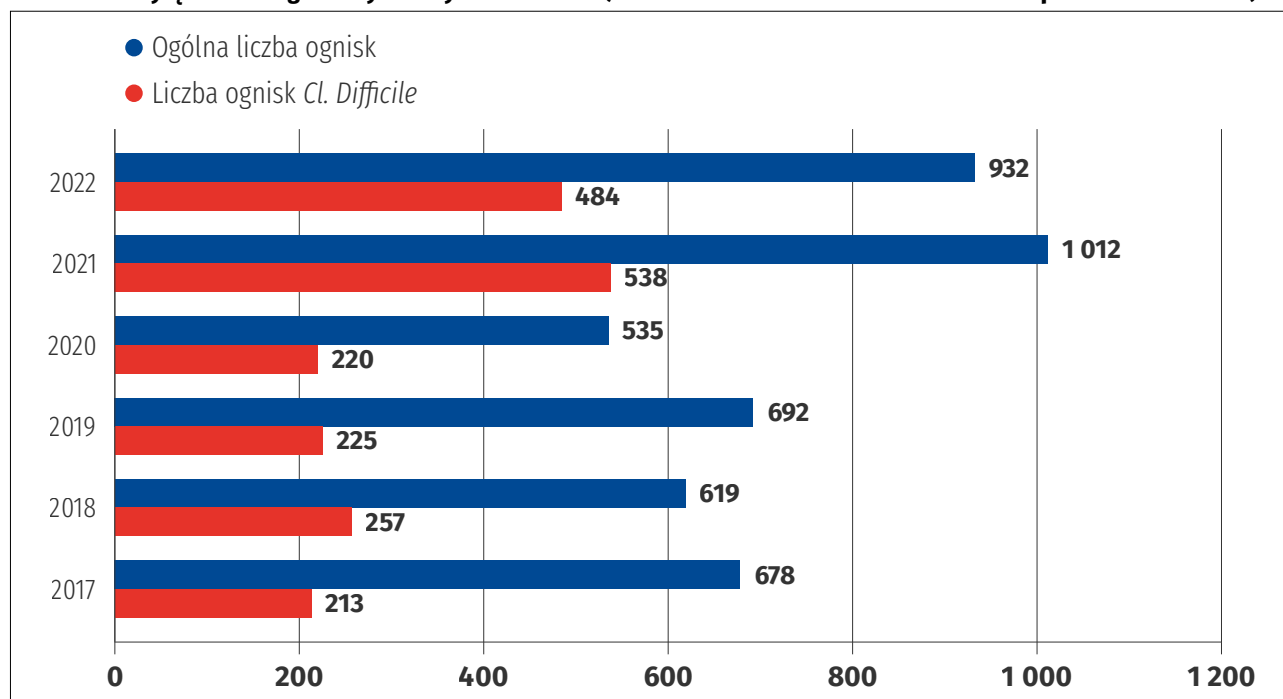
Źródło: opracowanie własne (GIS)



epidemiologicznym w kraju, ze względu na łatwość szerzenia się zakażeń nimi wywołanych w szpitalach, ciężki przebieg kliniczny uwarunkowany działaniem wytwarzanych przez nie toksyn – niejednokrotnie powodujący zgony osób zakażonych, a także nawrotowy przebieg choroby i długotrwałe leczenie. Ogniska *Clostridioides difficile* w 2021 r. stanowiły 53%, w 2020 r. – 41%, a w 2019 r. – 30% ognisk zakażeń w Polsce.

Wyk. 38 Ogniska zakażeń *Clostridioides difficile*/zgłoszone ogniska zakażeń w latach 2017–2022 (w 2022 z 932 ognisk – z wyłączeniem ognisk wywołanych SARS-CoV-2)

Źródło: opracowanie własne (GIS)

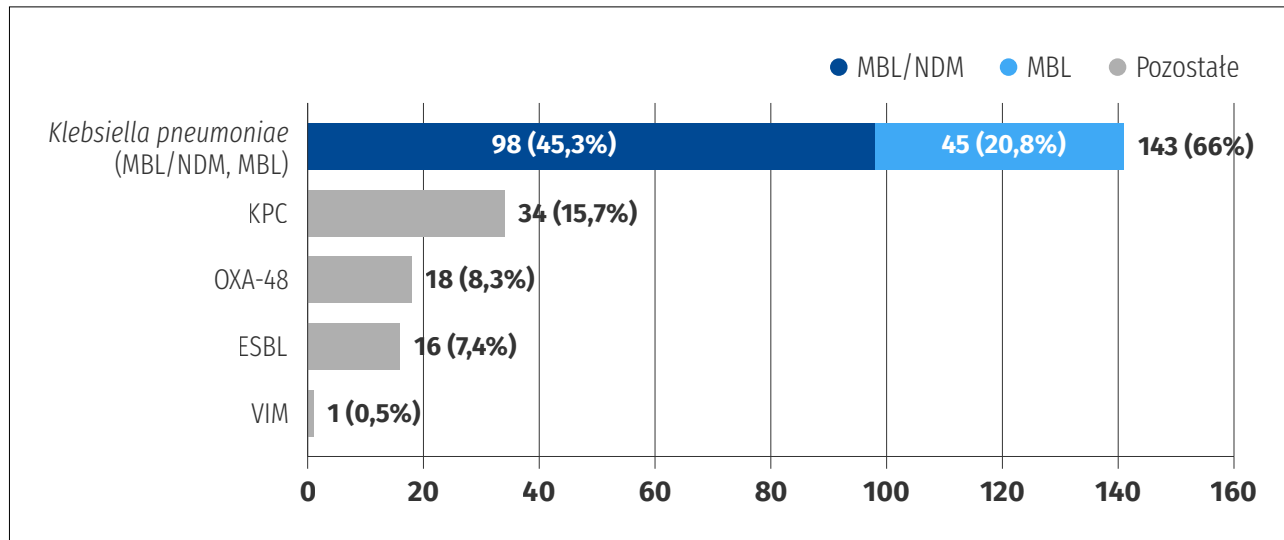


Drugim co do częstości czynnikiem etiologicznym wywołującym ogniska epidemiczne w szpitalach w 2022 r., podobnie jak w latach ubiegłych, była pałeczka Gram (-) *Klebsiella pneumoniae*, która od 2014 r. stanowi coraz większy problem epidemiologiczny. W 2022 r. *Klebsiella pneumoniae* była przyczyną 216 z 932 (23,2%) zarejestrowanych ognisk zakażeń. Zakażeniu w ogniskach uległo łącznie 1310 osób, zaś u 1368

pacjentów wykryto kolonizację przewodu pokarmowego. Ogniska zgłoszone zostały zarówno ze szpitali klinicznych, wojewódzkich, jak też powiatowych.

Wyk. 39 Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae* z uwzględnieniem oporności czynnika zgłoszone w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Niekorzystnym zjawiskiem epidemiologicznym w zakresie zakażeń szpitalnych jest szerzenie się zakażeń wywołanych przez pałeczkę Gram (-) *Klebsiella pneumoniae* typu NDM (New Delhi) wytwarzających karbapenemy, a także inne betalaktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (MBL, KPC, OXA-48, ESBL), wykazujące oporność na wszystkie dostępne antybiotyki betalaktamowe, a także na inne dostępne w lecznictwie szpitalnym i ambulatoryjnym antybiotyki. Ogniska epidemiczne o etiologii *Klebsiella pneumoniae* zostały zarejestrowane we wszystkich województwach.

W 2022 r. zgłoszono do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych 143 ognisk epidemicznych wywołanych przez pałeczkę *Klebsiella pneumoniae* MBL, w tym 98 ognisk NDM (New Delhi metallo- β -lactamase).

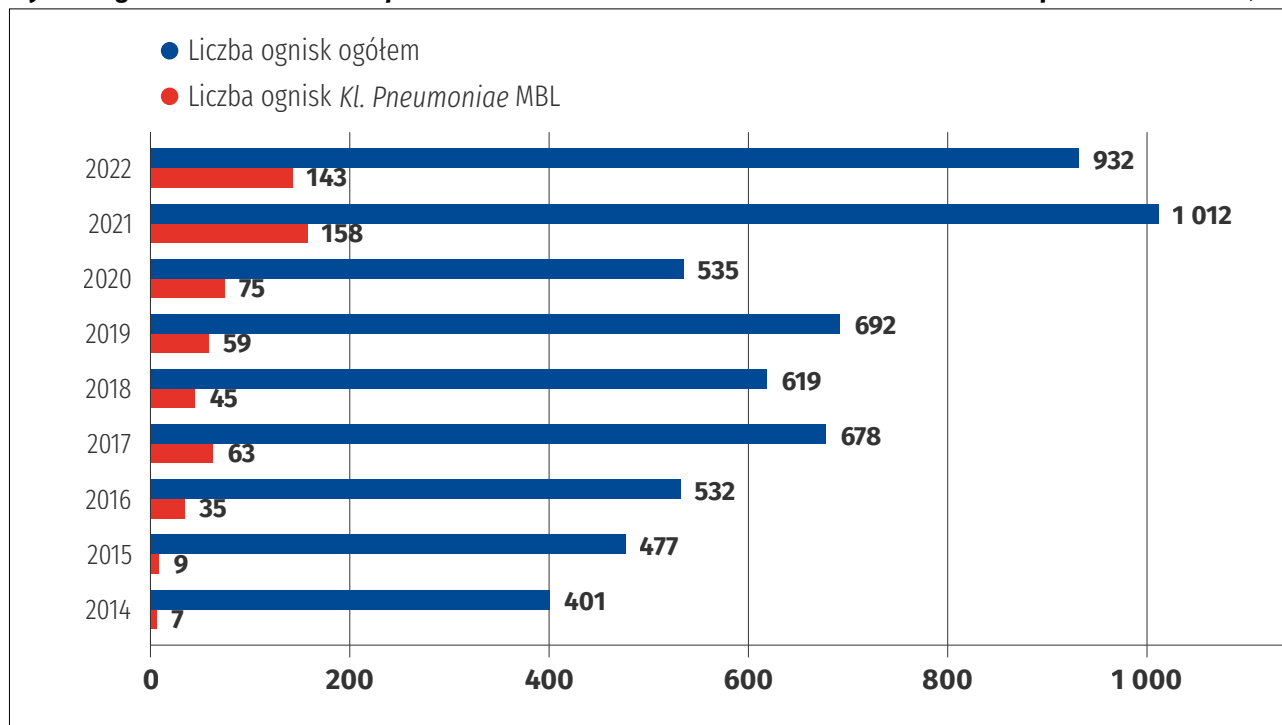
W roku 2022, podobnie jak w latach ubiegłych, zespoły kontroli zakażeń szpitalnych konsultowały się z pracownikami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podejmując działania w celu wzmożenia nadzoru epidemiologicznego oraz zwiększenia efektywności działań przeciwepidemicznych w szpitalach, w szczególności:

- ◆ przeprowadzania badań przesiewowych u pacjentów przy przyjęciu do szpitala,
- ◆ procedur oznaczania wrażliwości pałeczek Gram (-) na karbapenemy,
- ◆ przestrzegania zasad kwarantanny/izolacji wobec pacjentów zakażonych lub skolonizowanych,
- ◆ zakresu i częstotliwości prowadzenia badań przesiewowych pacjentów hospitalizowanych
- ◆ nasilenia wewnętrznych kontroli stosowania procedur,

- ◆ edukacji pacjentów przebywających w szpitalach oraz ich rodzin na temat zasad postępowania w celu zapobiegania zakażeniom.

Wyk. 40 Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae* MBL w latach 2014–2022

Źródło: opracowanie własne (GIS)



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

15. Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) w zakresie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej w 2022 r.

W ramach realizacji ustawowych zadań Główny Inspektor Sanitarny poprzez państwowych granicznych inspektorów sanitarnych (PGIS) monitoruje zagrożenia i ocenia sytuację epidemiologiczną wzdłuż granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nadzorując zabezpieczenie granicy przed zawleczeniem do kraju chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Istotną część działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowią działania PGIS dla obszarów przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych. Zadania te realizuje 9 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych (GSSE) w: Dorohusku, Elblągu, Gdyni, Hrebennem, Koroszczynie, Przemyślu, Suwałkach, Szczecinie i Warszawie, sprawujących nadzór nad:

- ◆ 9 przejściami granicznymi lotniczymi – portami lotniczymi (Gdańsk-Rębiechowo, Poznań-Ławica, Katowice-Pyrzowice, Rzeszów-Jasionka, Warszawa-Okęcie, Kraków-Balice, Szczecin-Goleniów, Wrocław-Strachowice, Świdnik k/Lublina),
- ◆ 6 przejściami granicznymi morskimi – portami morskimi (Gdańsk-Port, Gdynia, Kołobrzeg, Szczecin, Świnoujście, Elbląg),
- ◆ 16 przejściami granicznymi lądowymi, w tym 8 przejściami drogowymi (Bezledy-Bagrationski, Gołdap-Gusiew, Gronowo-Mamonowo, Bobrowniki-Bierestowica, Kukuryki-Kozłowicz, Kuźnica Białostocka-Bruzgi, Korczowa-Krakowiec, Medyka-Szeginie), 5 przejściami kolejowymi (Braniewo-Mamonowo, Kuźnica Białostocka-Grodno, Siemianówka-Swiśtocz, Hrubieszów-Włodzimierz Wołyński, Przemyśl-Mościska) oraz 3 przejściami drogowo-kolejowymi (Terespol-Brześć, Dorohusk-Jagodzin, Hrebennie-Rawa Ruska).

15.1. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych

Do zakresu działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych należy:

1. ochrona sanitarno-epidemiologiczna granic państwa i Unii Europejskiej przed zawleczeniem do kraju wysoce niebezpiecznych chorób zakaźnych,
2. sprawowanie nadzoru sanitarnego nad środkami spożywczymi, substancjami pomagającymi w przetwarzaniu, materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością przekraczającymi granicę,
3. nadzór nad wprowadzanymi do obrotu nowymi produktami, mogącymi stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi,
4. nadzór sanitarny nad ruchem pasażerskim i towarowym w morskich, lotniczych i lądowych przejściach granicznych,



5. nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w środkach transportu morskiego, powietrznego i kolejowego,
6. sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów sanitarno-higienicznych nad infrastrukturą na obszarach przejść granicznych,
7. nadzór nad przestrzeganiem przepisów określających warunki zdrowotne środowiska pracy, zwłaszcza zapobiegania powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy,
8. współpraca ze służbami i organami kontrolnymi działającymi na granicy państwa w celu zapewnienia skutecznej ochrony sanitarno-epidemiologicznej granic państwa,
9. prowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych i promujących zdrowie wobec osób przekraczających granice państwa, w zakresie aktualnych zagrożeń.

Zgodnie z posiadanymi kompetencjami, nadzór nad PGIS w zakresie całości zadań merytorycznych, organizacyjnych i finansowych sprawuje Główny Inspektor Sanitarny.

15.2. Współpraca Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych w ramach nadzoru sanitarno-epidemiologicznego

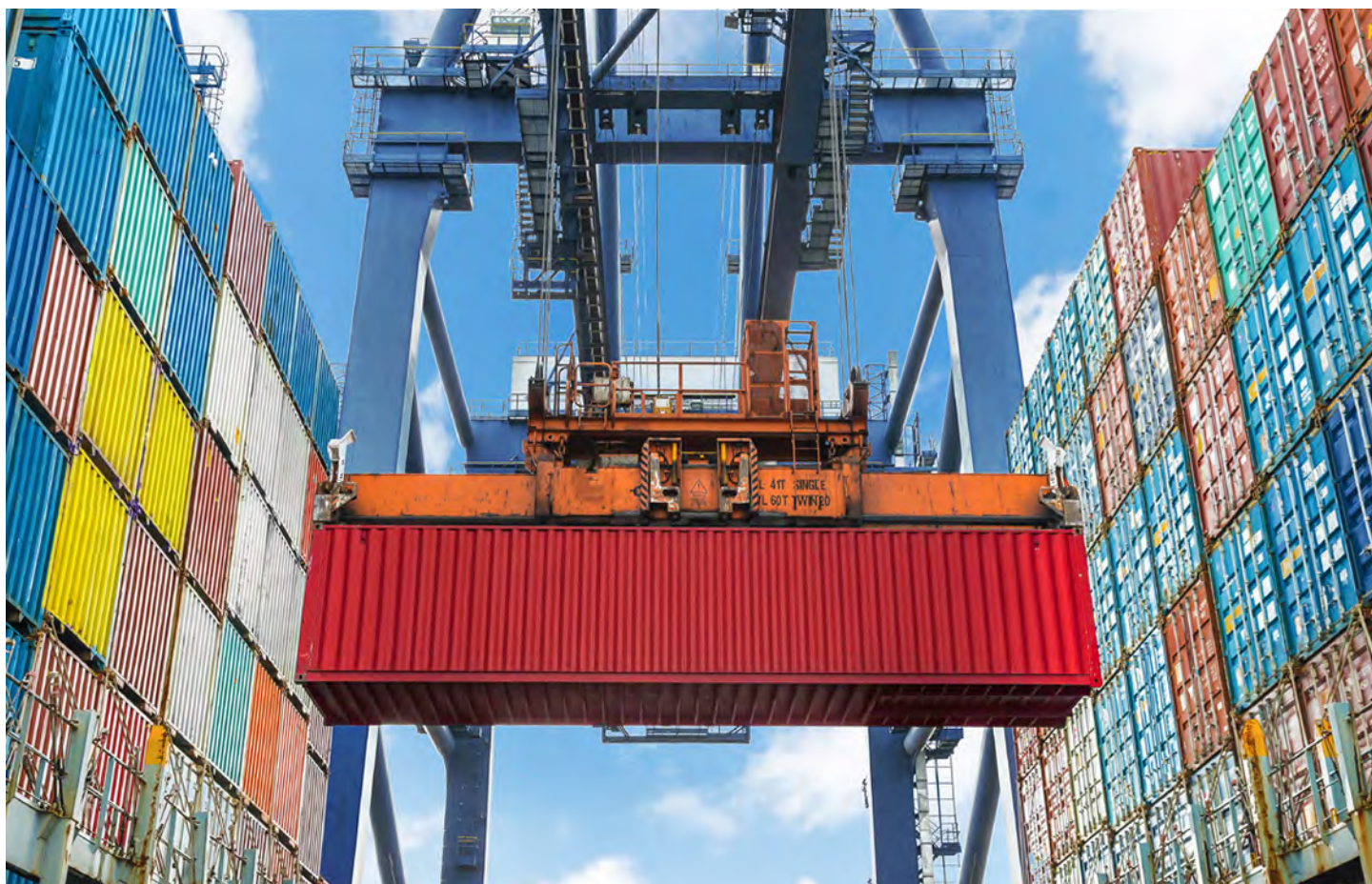
Bieżący i zapobiegawczy nadzór sanitarno-epidemiologiczny prowadzony jest przez państwowych granicznych inspektorów sanitarnych na podstawie ściśle określonych zasad współpracy z innymi organami kontroli granicznej oraz jednostkami i służbami zaangażowanymi w zapewnienie bezpieczeństwa osób przekraczających wewnętrzną granicę (strefa Schengen) oraz granicę Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącą granicę zewnętrzną Unii Europejskiej, w szczególności:

1. Strażą Graniczną,
2. Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym,
3. Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym,
4. Granicznym Lekarzem Weterynarii,
5. Inspekcją Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych,
6. Państwową Inspekcją Ochrony Roślin i Nasiennictwa,
7. wojewódzkimi/powiatowymi centrami zarządzania kryzysowego,
8. służbami medycznymi/podmiotami leczniczymi,
9. przedstawicielami linii lotniczych/agentami statków morskich.

15.3. Działania GSSE na obszarze portów morskich i jednostkach pływających

W 2022 r. Główny Inspektor Sanitarny realizował zadania związane z ochroną zdrowia publicznego, wpisujące się w politykę morską państwa, poprzez wykonywanie przez podległe Graniczne Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne (GSSE) w Gdyni, Szczecinie, Świnoujściu i Elblągu działań z zakresu:

- ◆ nadzoru sanitarnego nad jednostkami pływającymi o polskiej i obcej przynależności:
 - ✦ łącznie przeprowadzono **728 kontrole** jednostek w celu wydania Świadectwa Zwolnienia Statku z Zabiegów Sanitarnych (**Ship Sanitation Control Exemption Certificate (SSCEC)**). Wydano taką samą liczbę certyfikatów,
 - ✦ łącznie przeprowadzono **50 kontrole** punktów medycznych na jednostkach o obcej przynależności celem wydania **Certyfikatu Medycznego (Medical Certificate)** dotyczącego spełnienia minimalnych wymagań w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w celu zapewnienia wyższego poziomu leczenia na jednostkach pływających. Wydano taką samą liczbę certyfikatów,
 - ✦ łącznie przeprowadzono **3 kontrole** na zlecenie armatorów i właścicieli jednostek pływających, celem wydania przez Urząd Morski **Karty Bezpieczeństwa Żeglugi**,
- ◆ nadzoru sanitarnego nad portowymi obiektami lądowymi (punkty gastronomiczne, infrastruktura portowa, zakłady pracy) i przystaniami:
 - ✦ łącznie przeprowadzono **1071 kontrole**,
- ◆ nadzoru sanitarnego nad jednostkami pływającymi (promy pasażerskie, rekreacyjne i turystyczne) o polskiej przynależności, odbywającymi rejsy po morskich wodach terytorialnych RP oraz morskich wodach wewnętrznych obejmujących polskie porty:
 - ✦ łącznie przeprowadzono 601 kontrole,
- ◆ nadzoru nad wszelkimi zabiegami dezynfekcyjnymi, dezynsekcyjnymi i deratyzacyjnymi wykonywanymi na terenie obiektów portowych i na statkach,



- ◆ wykonywania obowiązków wynikających z międzynarodowych przepisów zdrowotnych i konwencji międzynarodowych ratyfikowanych przez Polskę, w tym wykonywanie szczepień ochronnych wymaganych w ruchu międzynarodowym:
 - ✦ w Granicznej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Szczecinie prowadzony jest jeden z nielicznych w kraju referencyjny punkt szczepień ochronnych dla marynarzy oraz osób podróżujących do wszystkich krajów świata. Łączna liczba **szczepień w 2022 r. to 283**,
- ◆ poradnictwa z zakresu medycyny podróży i szczepień obowiązkowych i zalecanych oraz profilaktyki chorób zakaźnych i pasożytniczych:
 - ✦ w **2022 r. udzielono 489 porad**,
- ◆ kontroli, zapobiegania i nadzoru nad przypadkami zachorowań na choroby zakaźne zawleczone drogą morską, przeprowadzanie wywiadów i dochodzeń epidemiologicznych,
- ◆ współdziałania przy organizowaniu i kierowaniu akcją sanitarną w przypadku zaistnienia stanów masowego zagrożenia i stanów awaryjnych na obszarze wód terytorialnych,
- ◆ nadzoru nad warunkami sanitarnymi transportu pasażerskiego na przejściach granicznych morskich,
- ◆ nadzór sanitarny nad jakością wody z urządzeń służących do zaopatrywania w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi i na potrzeby gospodarcze na jednostkach pływających i w obiektach portowych:
 - ✦ **w 2022 roku pobrano 383 próbki wody pitnej** ze zbiorników statków morskich, jednostek żeglugi śródlądowej oraz infrastruktury portowej do badań mikrobiologicznych),
- ◆ uczestniczenia w dopuszczeniu do użytku statków morskich,
- ◆ uzgadniania lub opiniowania dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczących budowy oraz zmiany sposobu użytkowania statków morskich, a także związane z przeprowadzaniem oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko.



15.4. Działania GSSE na obszarze lotniczych przejść granicznych

W 2022 r. Główny Inspektor Sanitarny realizował zadania związane z ochroną zdrowia publicznego na obszarze granicznych przejść lotniczych poprzez wykonywanie przez podległe Graniczne Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne w Warszawie (Lotnisko Chopina i Lotnisko Warszawa-Modlin), Gdyni (Gdańsk Rębiechowo), Przemyślu (Rzeszów-Jasionka, Mielec), Szczecinie (Szczecin-Goleniów), Dorohusku (Lublin-Świdnik), Elblągu (Olsztyn-Szymany) zadań monitorowania stanu sanitarnego pomieszczeń ogólnodostępnych w portach lotniczych oraz prowadzenia monitoringu przeglądowego pasażerów przylatujących z rejonów zagrożonych:

- ◆ monitoringiem przeglądowym na Lotnisku Chopina objęto 577 034 podróżnych z 4896 samolotów,
- ◆ monitoringiem przeglądowym na Lotnisku w Modlinie objęto 131 604 podróżnych z 815 samolotów.

15.5. Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) w związku z pandemią SARS-CoV-2

PGIS prowadzili wzmożony nadzór nad przypadkami zachorowań na choroby zakaźne zawleczone drogą powietrzną, morską i lądową, ze szczególnym uwzględnieniem COVID-19.

Prowadzono konsultacje i analizy procedur w ramach zabezpieczenia przeciwepidemicznego na nadzorowanym obszarze przejść granicznych.

W przypadku wystąpienia zachorowania na COVID-19 wśród pasażerów/załóg samolotów, statków morskich oraz osób przekraczających drogę lądową, PGIS podejmowali działania polegające na nałożeniu kwarantanny lub izolacji oraz ustalaniu osób mających kontakt z osobą zakażoną, które następnie obejmowane były kwarantanną zgodnie z miejscem zamieszkania. PGIS podejmowali również decyzje w zakresie zwolnień podróżnych z kwarantanny wjazdowej, a także nakładali kwarantannę wjazdową na pasażerów przylatujących z obszarów zagrożonych, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Podczas prowadzonych kontroli zwracano szczególną uwagę na przestrzeganie przepisów przeciwepidemicznych, w szczególności zapewnienia pasażerom środków dezynfekcyjnych, utrzymywania dystansu oraz stosowania środków ochrony osobistej.

W ramach bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego granic państwa, pracownicy granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych nadzorujących lotniska, porty morskie, przejścia lądowe podejmowali następujące działania:

- ◆ monitorowali sytuację epidemiologiczną na świecie,

- ◆ sprawowali nadzór nad ruchem pasażerskim na obszarze lotniczych, morskich i lądowych przejść granicznych,
- ◆ prowadzili nadzór nad zgłaszalnością chorób zakaźnych oraz przekazywaniem zgłoszenia rozpoznania lub powzięcia podejrzenia zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej państwowym powiatowym inspektorom sanitarnym (ZLK-1),
- ◆ prowadzili dochodzenia epidemiologiczne w przypadku uzyskania informacji o dodatnim wyniku w kierunku koronawirusa pasażera lub pracownika na obszarze lotniska/portu morskiego/przejścia lądowego,
- ◆ wykonywali obowiązki wynikające z międzynarodowych przepisów zdrowotnych i konwencji międzynarodowych ratyfikowanych przez Polskę,
- ◆ prowadzili szczepienia ochronne wymagane w ruchu międzynarodowym,
- ◆ sprawowali nadzór nad stanem sanitarnym obiektów użyteczności publicznej na lotniczych, morskich, lądowych przejściach granicznych,
- ◆ prowadzili kontrole sanitarne w nadzorowanych obiektach w ramach przestrzegania obostrzeń COVID-19, w tym oceniali stan sanitarno-higieniczny ambulatoriów przeznaczonych do udzielania pomocy medycznej dla pasażerów oraz izolatoria przeznaczonych dla pasażerów podejrzanych o zachorowanie na chorobę zakaźną,
- ◆ współpracowali ze służbami działającymi na terenie portów lotniczych, morskich, przejściach lądowych oraz przekazywali informacje dotyczące aktualnych obostrzeń oraz zasad postępowania w związku z zagrożeniami zdrowia publicznego,
- ◆ prowadzili działania w zakresie promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej wobec osób zatrudnionych na przejściach granicznych oraz osób przekraczających granicę państwa,
- ◆ przekazywali informacje o zagrożeniach, informowali o aktualizowanych na bieżąco wytycznych oraz komunikatach dotyczących sytuacji epidemiologicznej znajdujących się na stronach Głównego Inspektoratu Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia.

15.6. Informacja dotycząca izolatoriów dostępnych na przejściach granicznych znajdujących się pod nadzorem Państwowego Granicznego Inspektora Sanitarnego

Pod nadzorem państwowych granicznych inspektorów sanitarnych na obszarze przejść granicznych lotniczych, morskich i lądowych znajdują się izolatoria, tj. pomieszczenia przeznaczone do krótkotrwałego odizolowania osób chorych lub podejrzanych o zachorowanie na szczególnie niebezpieczne choroby zakaźne oraz osób z kontaktu, w celu zapewnienia właściwych warunków ich izolacji, które spełniają wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2022 poz. 402).



1. Lotnicze przejścia graniczne

- ◆ województwo mazowieckie:
 - ✦ GSSE Warszawa – 2 izolatoria (Lotnisko Chopina w Warszawie, Warszawa-Modlin). Istnieje możliwość szybkiego uruchomienia dodatkowych pomieszczeń pełniących rolę izolatoriów,
- ◆ województwo pomorskie:
 - ✦ GSSE Gdynia – 1 izolatorium (Gdańsk Rębiechowo). Istnieje możliwość szybkiego uruchomienia dodatkowych pomieszczeń pełniących rolę izolatoriów,
- ◆ województwo podkarpackie:
 - ✦ GSSE Przemyśl – 1 izolatorium (Rzeszów-Jasionka),
- ◆ województwo zachodniopomorskie:
 - ✦ GSSE Szczecin – 1 izolatorium (Szczecin-Goleniów),
- ◆ Województwo warmińsko-mazurskie:
 - ✦ GSSE Elbląg – 1 izolatorium (Olsztyn-Szymany),

2. Morskie przejścia graniczne

- ◆ województwo warmińsko-mazurskie:
 - ✦ GSSE Elbląg – 1 izolatorium (Elbląg),

3. Lądowe przejścia graniczne (drogowe i kolejowe):

- ◆ województwo podlaskie:
 - ✦ GSSE Suwałki – 3 izolatoria (Bobrowniki, Kuźnica Białostocka, Połowce),
- ◆ województwo lubelskie:
 - ✦ GSSE Hrebenne – 3 izolatoria (Hrebenne, Zosin, Dołhobyczów),
 - ✦ GSSE Koroszczyń – brak izolatoriów spełniających wymagania określonych dla tego typu pomieszczeń. Dostępne 4 „miejsca odosobnienia – izolacji” (Terespol – 2 miejsca, Sławatycze, Koroszczyń-Kukuryki),
- ◆ województwo podkarpackie:
 - ✦ GSSE Przemyśl – 4 izolatoria (Korczoza, Medyka, Krościenko, Budomierz),
- ◆ województwo warmińsko-mazurskie:
 - ✦ GSSE Elbląg – 5 izolatoriów (Bezledy, Grzechotki, Gronowo, Gotdap, Braniewo).

15.7. Dodatkowe działania Głównego Inspektora Sanitarnego w zakresie wzmocnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego granic

W związku z decyzją podjętą w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji dotyczącą włączenia Grupy roboczej ds. planowania inwestycji w przejściach granicznych w struktury Zespołu ds. Zintegrowanego Zarządzania Granicą Państwową, Główny Inspektor Sanitarny został włączony w skład podmiotów uprawnionych do wyrażania stanowiska w zakresie zadań zgłaszanych do rocznego planu inwestycyjnego w przejściach granicznych na granicy zewnętrznej.

W ramach Zespołu ds. Zintegrowanego Zarządzania Granicą Państwową działającego w MSWiA, przedstawiciele GIS biorą czynny udział w pracach grup roboczych takich jak:

- ◆ grupa robocza ds. planowania inwestycji w przejściach granicznych,
- ◆ grupa robocza ds. Krajowego Planu Rozwoju Zdolności w zakresie Zarządzania Granicami,
- ◆ grupa robocza ds. opracowania i wdrożenia mechanizmu kontroli jakości,
- ◆ grupa robocza ds. wdrażania europejskiego zintegrowanego zarządzania granicami (powstała w czerwcu 2023 r., w której bierze udział przedstawiciel Zespołu ds. Ochrony Sanitarnej Granic w Departamencie Przeciwepidemicznym i Ochrony Sanitarnej Granic).





**JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ
DO SPOŻYCIA**

1. Wstęp

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na podstawie krajowych aktów prawnych o Państwowej Inspekcji Sanitarnej¹ i ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków². Jakość wody przeznaczonej do spożycia powinna odpowiadać wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi³, które są zgodne z przepisami europejskimi. Woda jest w pełni bezpieczna dla zdrowia, jeśli spełnia określone w rozporządzeniu wymagania. Bezpieczeństwo zdrowotne wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi jest zagadnieniem złożonym, uzależnionym od wielu czynników wpływających na jakość wody w całym łańcuchu dostaw – od ujmowania wody surowej, jej uzdatniania, magazynowania, aż po dystrybucję do punktu zgodności, czyli do kranu odbiorcy.

Podstawą zapewnienia konsumentom bezpiecznej wody do spożycia stanowią zarówno badania wykonywane przez producentów, dostawców wody w ramach kontroli wewnętrznej, jak i badania realizowane w ramach nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Producenci wody prowadzili badania jakości wody na podstawie uzgodnionych z organami PIS harmonogramów pobierania próbek wody, zgodnie z częstotliwością i zakresem określonymi w prawie krajowym⁴, natomiast organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z ustalonym planem działania na dany rok. Badania jakości wody do spożycia wykonywały laboratoria PIS lub inne laboratoria o udokumentowanym systemie jakości badań zatwierdzonym przez organy PIS. Zakres badań obejmował zarówno badania mikrobiologiczne, fizykochemiczne, jak i organoleptyczne w wodzie. Sprawozdania z badań realizowanych przez dostawców wody były na bieżąco przekazywane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które analizowały wyniki badań jakości wody, stwierdzały jej przydatność do spożycia oraz weryfikowały terminowość przekazywania sprawozdań.

Podstawą nadzoru nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi była ocena zgodności z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, w aspekcie zagrożeń zdrowotnych, w celu określenia, czy spożywana woda jest czysta i bezpieczna dla zdrowia. W sytuacji gdy woda nie odpowiadała wymaganiom rozporządzenia Ministra Zdrowia⁴, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej monitorowały wywiązywanie się dostawców wody z realizacji harmonogramów działań naprawczych. Każdorazowo po stwierdzeniu, że jakość wody uległa zmianie i odbiega od norm krajowych, właściwy państwowy inspektor sanitarny opracowywał komunikat o jakości wody i zasadach jej użytkowania. Komunikaty rozpowszechniane były natomiast przez właściwego wójta (burmistrza, prezydenta miasta) w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi konsumentów z obszaru, dla którego wydano komunikat. Komunikaty umieszczane były również na stronach internetowych właściwych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Podejmowane działania w ramach obowiązujących przepisów krajowych przyczyniały się do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

1 Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 338)

2 Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz.U. z 2023 r. poz. 537 z późn. zm.)

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



2. Zaopatrzenie ludności w wodę

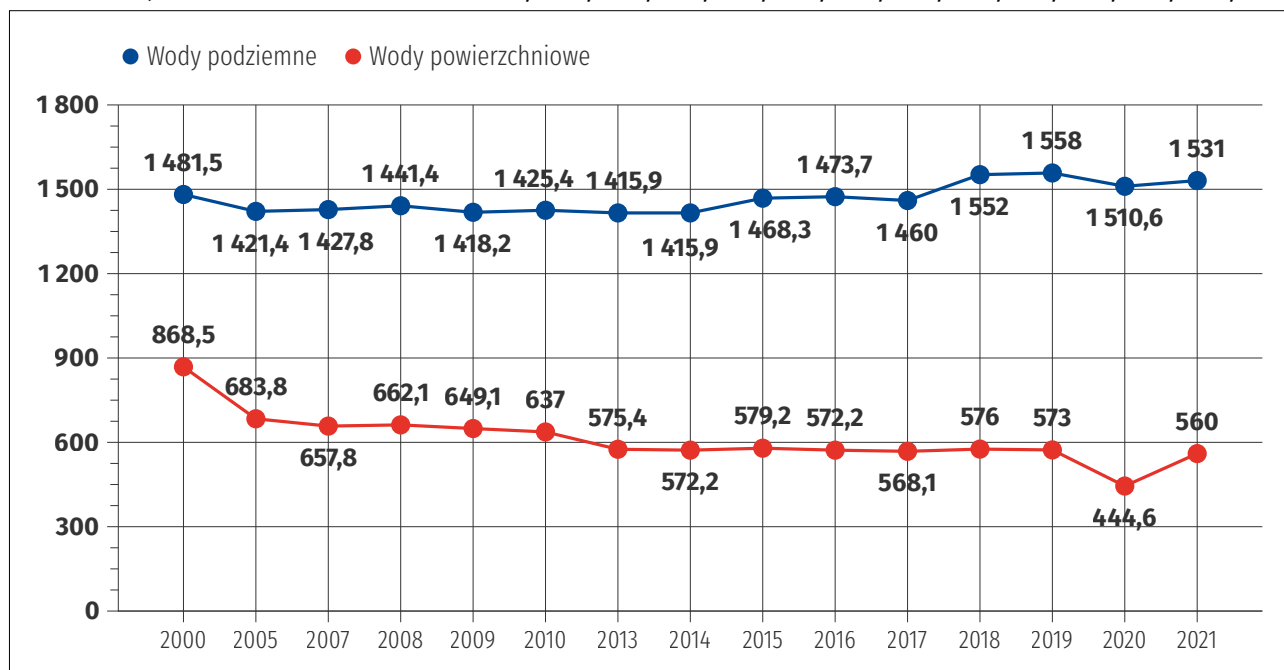
2.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej

Głównym źródłem wody w sieci wodociągowej były wody podziemne, które charakteryzują się znacznie lepszą jakością niż wody powierzchniowe. Z danych będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynika, że w 2022 r. funkcjonowało 12 178 ujęć wody wykorzystywanych do zbiorowego zaopatrzenia, w tym 11 816 ujęć podziemnych i 362 ujęć powierzchniowych⁴. Z ujęć powierzchniowych wodę najczęściej pobierają wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miejskie i przemysłowe. Jest to dobry kierunek, gdyż woda pochodząca z ujęć podziemnych charakteryzuje się stabilnym składem i mniejszą ilością zanieczyszczeń. Może ona zawierać wyższe stężenia żelaza i manganu, co może wpływać na jej zabarwienie i sprzyjać tworzeniu się zawiesin. Nie ma to jednak wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne wody.

⁴ źródło: System Monitoringu Jakości Wody Przeznaczonej do Spożycia przez Ludzi

Wyk. 41 Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000-2021

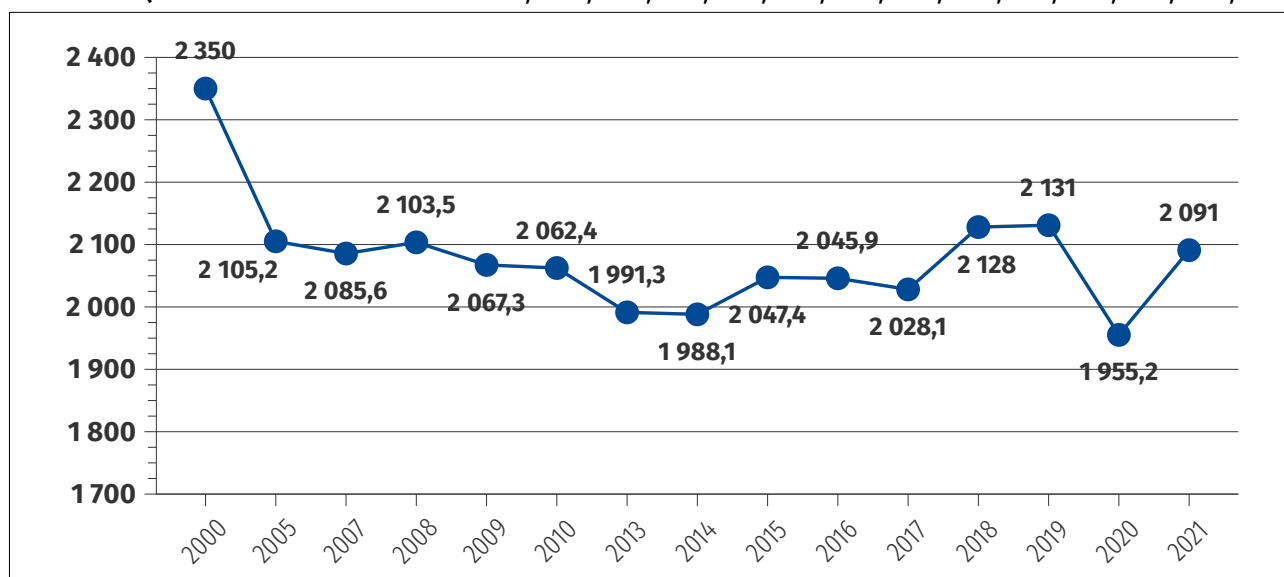
(źródło: Ochrona Środowiska z: 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021)



W 2021 r. pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej wyniósł 2091 hm³ i zwiększył się o około 136 hm³ w stosunku do 2020 r. Polska zaliczana jest do krajów ubogich w zasoby wodne (zasoby wód Polski plasują się na 3 miejscu od końca wśród krajów UE). Przeciętne zasoby wód w Polsce wynoszą ok. 60 mld m³, a w porach suchych ten poziom może spaść nawet poniżej 40 mld m³⁵.

Wyk. 42 Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000-2021

(źródło: Ochrona Środowiska z: 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021)



W roku 2021 pobór wody na cele zaopatrzenia w wodę w Polsce wzrósł o 135,8 hm³ w stosunku do roku 2020 i wyniósł 2091 hm³.

⁵ źródło: Ochrona Środowiska 2022

2.2. Struktura wodociągów w Polsce

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków zaopatrzenie w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi jest zadaniem własnym gminy. Przepisy ustawy regulują zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność. Struktura wodociągów w 2022 r. przedstawiona została w poniższej tabeli.

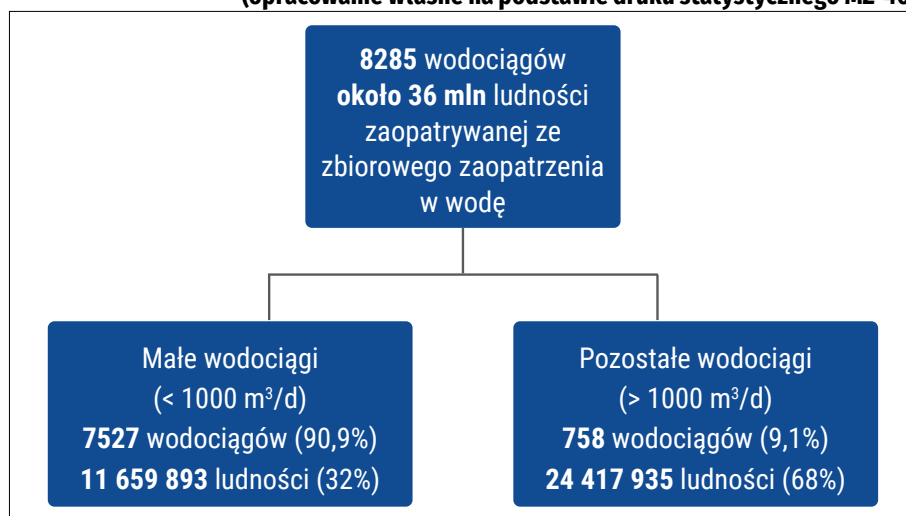
Tab. 23 Struktura wodociągów w 2022 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

Wodociągi o produkcji [m ³ /d]	Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej w wodę (w tys.)	
	łącznie	odpowiadającą wymaganiom ⁶	łącznie	odpowiadającą wymaganiom
≤100	3 116	3 014	1 438,142	1 417,056
101-1000	4 411	4 369	10 221,751	10 144,036
1001-10000	695	694	12 048,284	12 043,209
10001-100000	56	56	7 629,965	7 629,965
>100000	7	7	4 739,686	4 739,686
SUMA	8 285	8 140	36 077,828	35 973,952

W roku 2022 w Polsce funkcjonowało 8285 wodociągów zaopatrujących w wodę około 36 mln konsumentów, tj. o 23 mniej niż w 2021 r. W 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8261 wodociągów, co stanowi 99,7% wszystkich wodociągów.

Rys. 4 Liczba wodociągów produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2022 r.

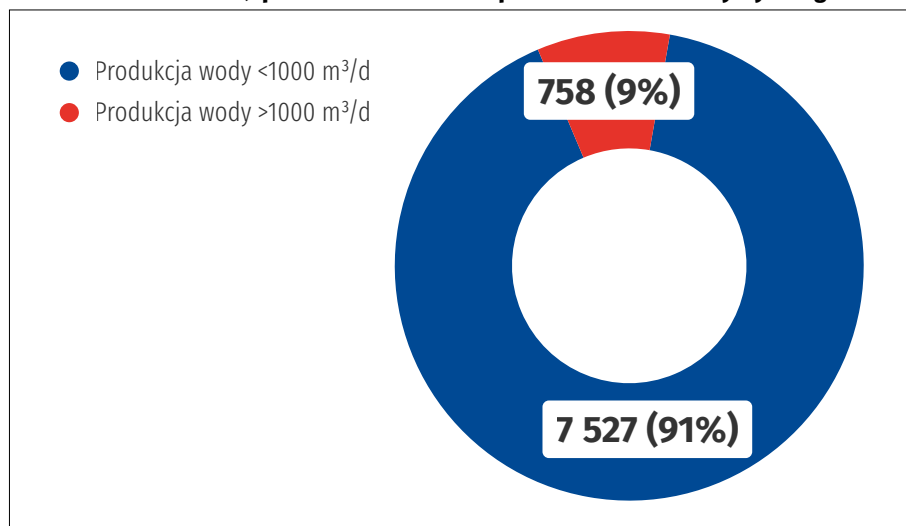
(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



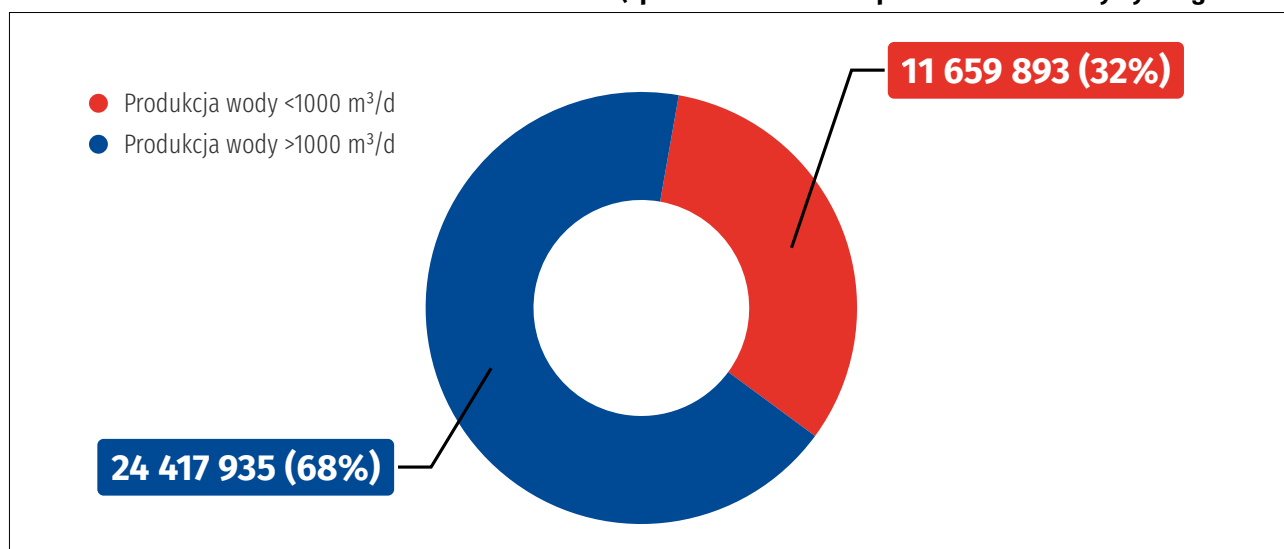
⁶ Liczba obiektów, które odpowiadają (w tym warunkowo odpowiadają wymaganiom) wymaganiom Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na podstawie oceny jakości wody produkowanej przez urządzenia dostarczające wodę z uwzględnieniem szacowania ryzyka zdrowotnego.

Małe wodociągi, czyli produkujące poniżej 1000 m³/d wody, stanowią prawie 90,9% wszystkich wodociągów i zaopatrują około 12 mln ludności, co stanowi 32,3% ludności zaopatrywanej w wodę. Pomimo że liczba małych wodociągów stale maleje, to nadal występuje ich znaczne rozproszenie.

Wyk. 43 Struktura podziału wodociągów w zależności od produkcji wody w 2022 r.
(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

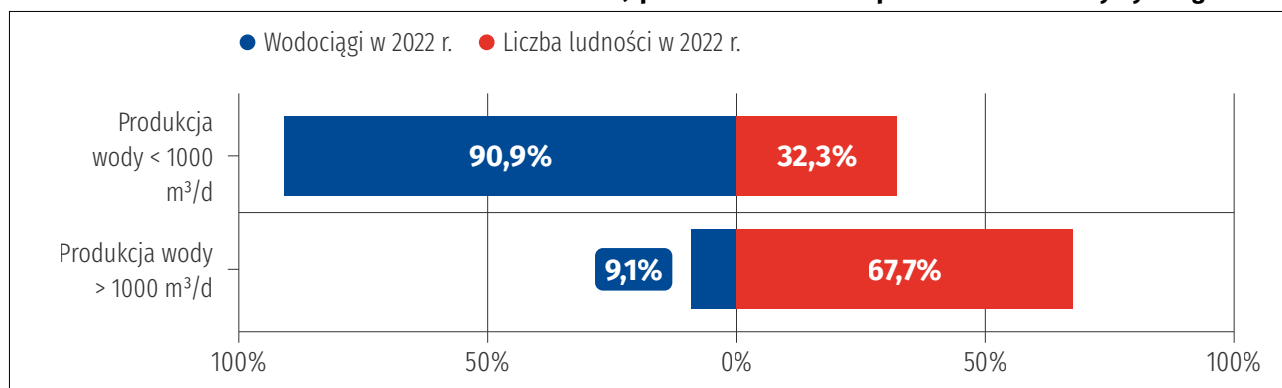


Wyk. 44 Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2022 r.
(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Centralizacja wodociągów produkujących wodę w niewielkich ilościach, jaka jest obserwowana każdego roku, jest ważna i pozytywna z uwagi na to, że włączenie małych systemów zaopatrzenia w wodę do większych systemów zapewnia większe możliwości stosowania w nich bardziej zaawansowanych procesów technologicznych, pozyskania specjalistów w zakresie technologii wody, a także większych środków finansowych na renowację i wymianę sieci wodociągowych, które stanowią ważne elementy systemu zaopatrzenia w kontekście bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

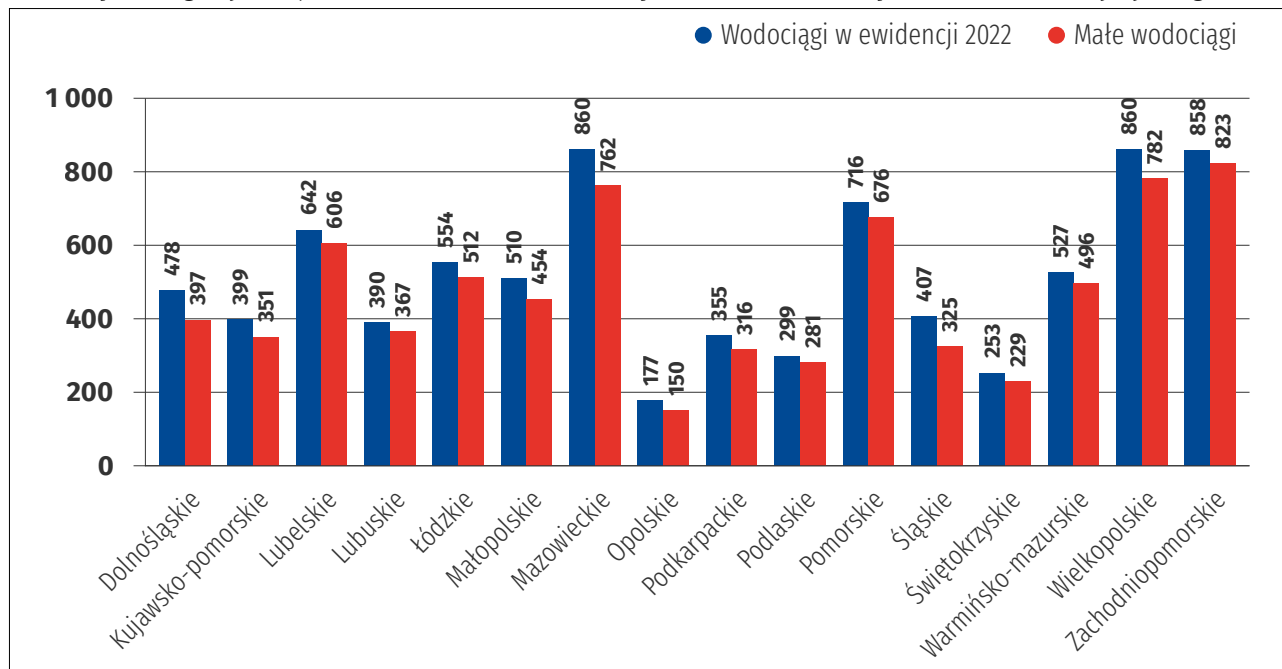
Wyk. 45 Struktura podziału wodociągów i zaopatrwanej ludności w zależności od produkcji wody w 2022 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



2.3. Struktura wodociągów w poszczególnych województwach

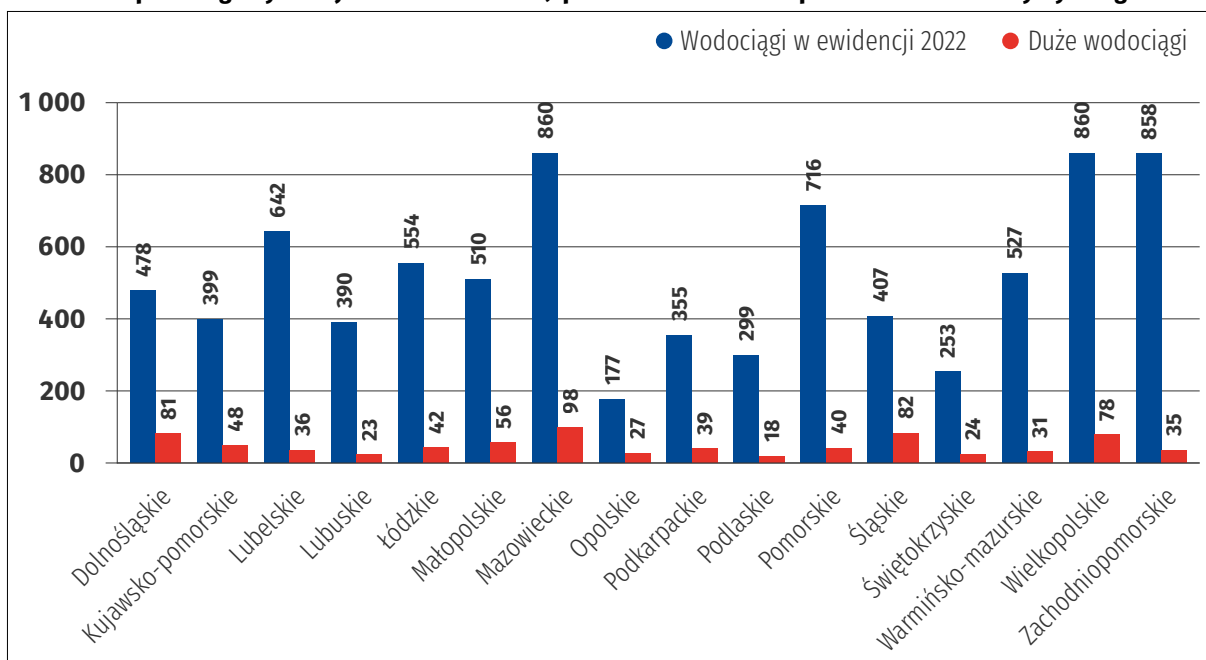
Jak wynika z ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, najwięcej małych wodociągów, produkujących poniżej 1000 m³/d, znajduje się w województwie zachodniopomorskim – 823, a najmniej w województwie opolskim – 150. Liczbę wodociągów znajdujących się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w tym liczbę małych wodociągów w poszczególnych województwach, przedstawia Wykres nr 46.

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



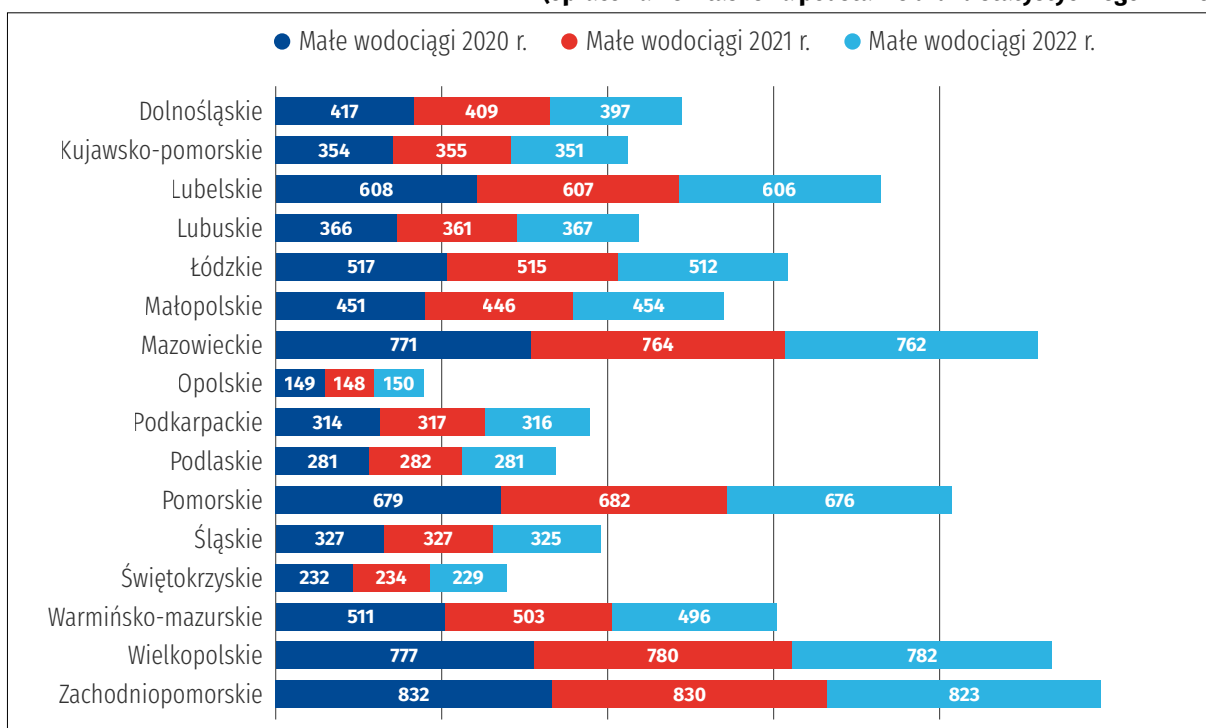
Najwięcej dużych wodociągów, czyli produkujących powyżej 1000 m³/dobę, znajduje się na terenie województwa mazowieckiego – 98 w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a najmniej na terenie województwa podlaskiego – 18 w ewidencji. Liczbę wodociągów znajdujących się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w tym liczbę dużych wodociągów w poszczególnych województwach, przedstawia Wykres nr 47.

Wyk. 47 Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i duże dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Jak wskazano powyżej, od kilkunastu lat obserwuje się spadek liczby tzw. małych wodociągów. Zmiany w poszczególnych województwach i kategoriach wodociągów przedstawiono na wykresach nr 48 i 49. Szczegółowe dane dla województw wskazują, że w części z nich w 2022 r. nastąpiło zmniejszenie liczby małych wodociągów w wyniku ich centralizacji, jednak w niektórych zaobserwować można ich zwiększenie. Zjawisko to spowodowane jest budową nowych małych wodociągów na potrzeby zbiorowego zaopatrzenia w wodę do spożycia przez mieszkańców miejscowości, które nie były wcześniej zwodociągowane.

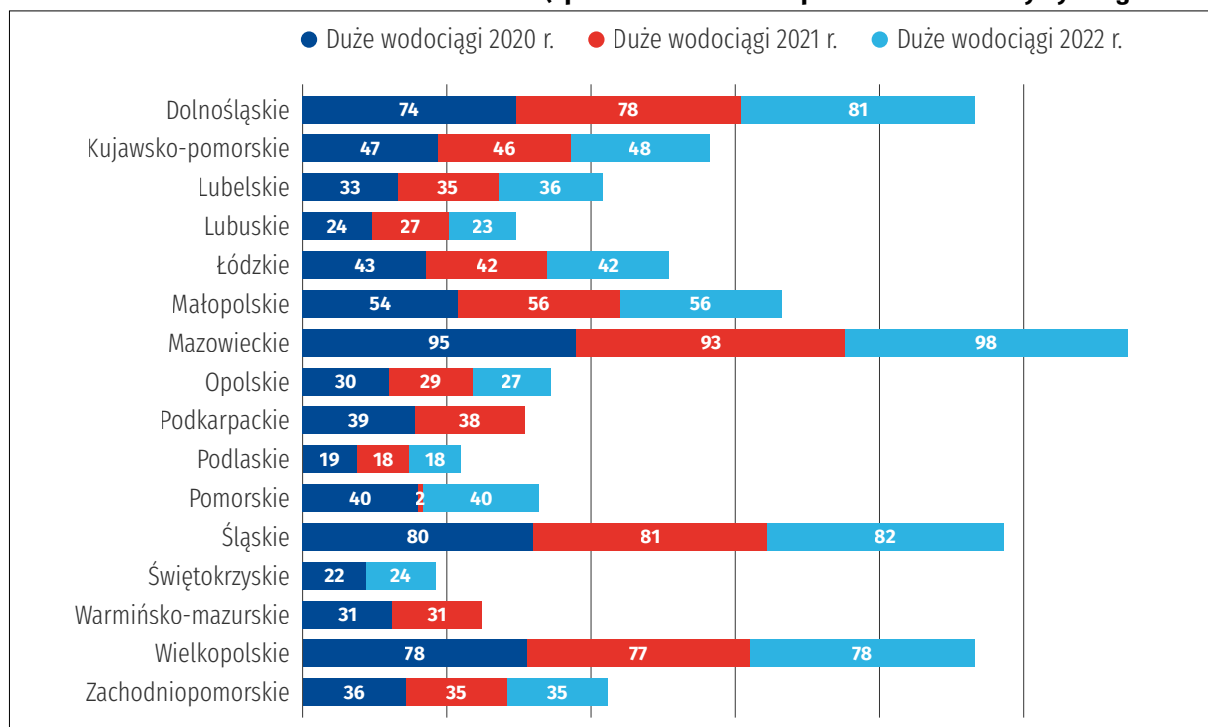
Wyk. 48 Liczba małych wodociągów w latach 2020-2022 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)





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

Wyk. 49 Liczba dużych wodociągów w latach 2020-2022 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

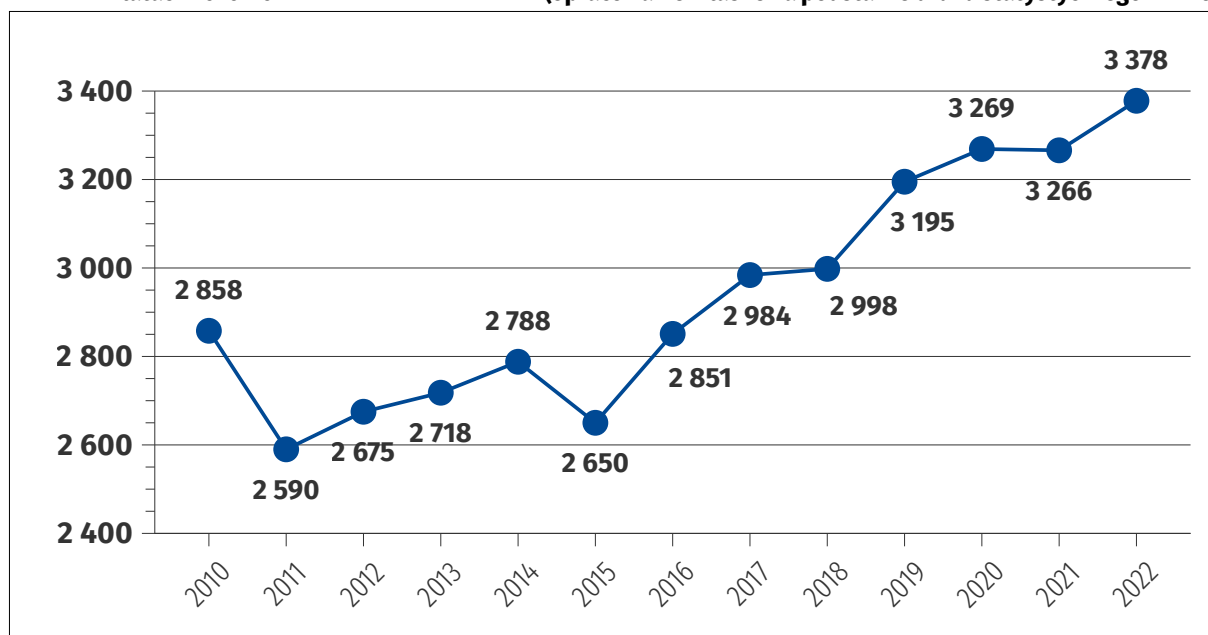


2.4. Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia

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

W ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2022 znajdowało się 3378 innych podmiotów prowadzących działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru sanitarnego skontrolowały 2868 podmiotów, co stanowi 85% wszystkich podmiotów tej grupy znajdujących się w ewidencji inspekcji. Spośród wszystkich skontrolowanych podmiotów 2808 podmiotów spełniło wymagania krajowych norm jakości wody, co stanowi 98% podmiotów skontrolowanych przez inspekcję w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody.

Wyk. 50 Liczba podmiotów znajdujących się w ewidencji organów PIS posiadających własne ujęcia w latach 2010-2022 (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



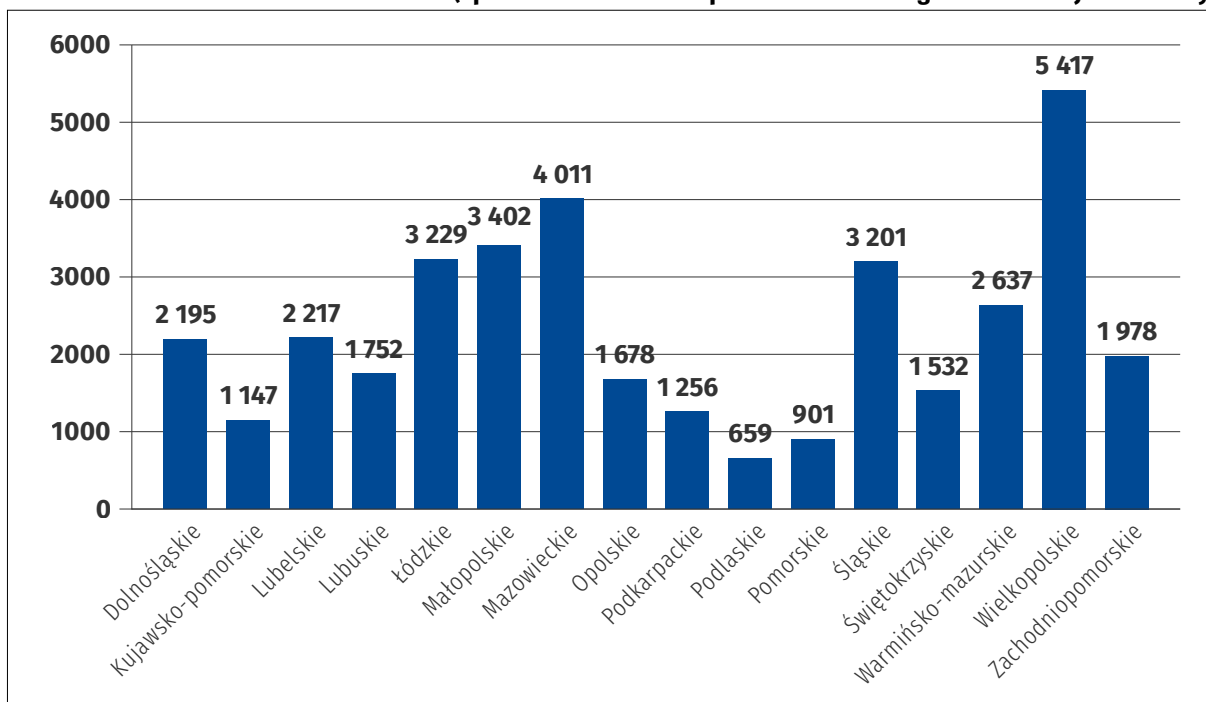
3. Jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi

3.1. Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi

Zapewnienie odpowiedniej ilości i jakości wody do spożycia jest ważnym i skomplikowanym zadaniem. Zagrożenia pojawiające się w systemach zaopatrzenia w wodę mogą mieć wpływ na zdrowie publiczne. Jakość dostaw wody do picia jest ściśle powiązana z możliwością wystąpienia szeregu czynników w cyklu produkcji wody, które mogą wpłynąć negatywnie na jakość wody docierającej do odbiorcy końcowego (konsumenta). Na jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi często ma wpływ sposób dystrybucji wody, realizowany przez przedsiębiorstwo wodociągowe, a zwłaszcza stan techniczny sieci wodociągowych, okres ich eksploatacji i rodzaj materiałów, z jakich zostały wykonane, sposób ich eksploatacji (płukanie sieci, planowe remonty i renowacje). Wpływ na jakość wody, jaka jest dostarczana konsumentowi, ma również wewnętrzny system wodociągowy, czyli przewody wodociągowe wraz z uzbrojeniem i urządzeniami, które są zainstalowane między kranami używanymi zwykle do poboru wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi, zarówno w obiektach publicznych, jak i prywatnych, a siecią dystrybucyjną, ale jedynie jeśli nie podlegają kompetencji dostawcy wody w zakresie jego obowiązków. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny oraz eksploatacja wewnętrznego systemu wodociągowego, w tym armatury w punktach pobierania wody, może przyczynić się do wtórnego zanieczyszczenia wody.

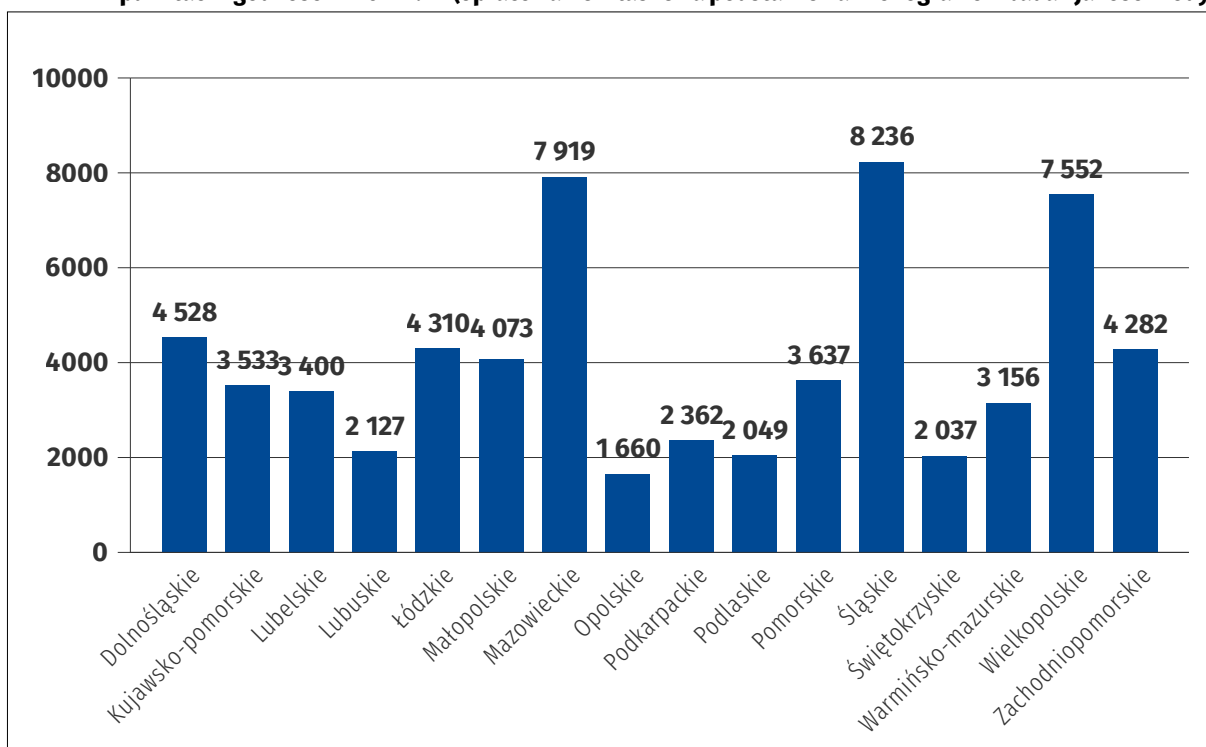
Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru nad jakością wody przeznaczoną do spożycia przez ludzi w roku 2022 wykonały około 37 tys. poborów prób wody z punktów zgodności, czyli o 3 tysiące więcej niż w roku poprzednim.

Wyk. 51 Liczba poborów prób wody dokonanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach planu działania na 2022 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)



Właściciele i zarządcy wodociągów w ramach kontroli wewnętrznej w 2022 r. wykonali 65 761 poborów prób wody z punktów zgodności ustalonych z właściwymi inspektorami sanitarnymi. Dane o wynikach badań jakości wody były przekazywane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej przez dostawców wody.

Wyk. 52 Liczba poborów prób wody dokonanych przez wodociągi w ramach kontroli wewnętrznej jakości wody w punktach zgodności w 2022 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)



Biorąc pod uwagę dane organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej za rok 2022 oraz lata poprzednie, obserwuje się tendencję do poprawy i tak już wysokiej jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w kontekście zapewnienia konsumentom wody bezpiecznej dla zdrowia. Potwierdzeniem tego są dane wskazujące, że w 2006 r. wodociągi dostarczały wodę spełniającą wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi do około 91% odbiorców, w 2009 r. do około 93% odbiorców, natomiast już w 2013 r. około 96% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego, o jakości zgodnej z wymaganiami. Trend wskazujący na poprawę jakości wody utrzymywał się w kolejnych latach. W 2014 r. około 98% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, a w 2022 r. 99,7% ludności – podobnie jak w 2019 r. (99,7%), w 2020 r. (99,6%), w 2021 r. (98,3%) – w tym warunkowo dopuszczalnej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Pozostałe 0,3% ludności miało natomiast dostęp do wody, która czasowo wykazywała brak zgodności spełnienia wymagań normatywów jakościowych. Jakikolwiek dostawy wody, która stanowiła zagrożenie dla zdrowia ludzi, nie były dopuszczone. W ślad za przepisami określonymi w rozporządzeniu w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, które wskazują na działania jakie należy podjąć w sytuacji zanieczyszczenia wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonywały odpowiednich działań pozostających w ich kompetencji z zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego wody. W takich sytuacjach zapewniano mieszkańcom wodę o odpowiedniej jakości z alternatywnych źródeł. Zadanie to było realizowane głównie przez wodociągi, które dostarczają mieszkańcom wodę na przykład za pomocą przewoźnych zbiorników z wodą. Dopuszczenie wody do spożycia dla konsumentów w warunkach odstępstwa bądź warunkowej przydatności każdorazowo związane

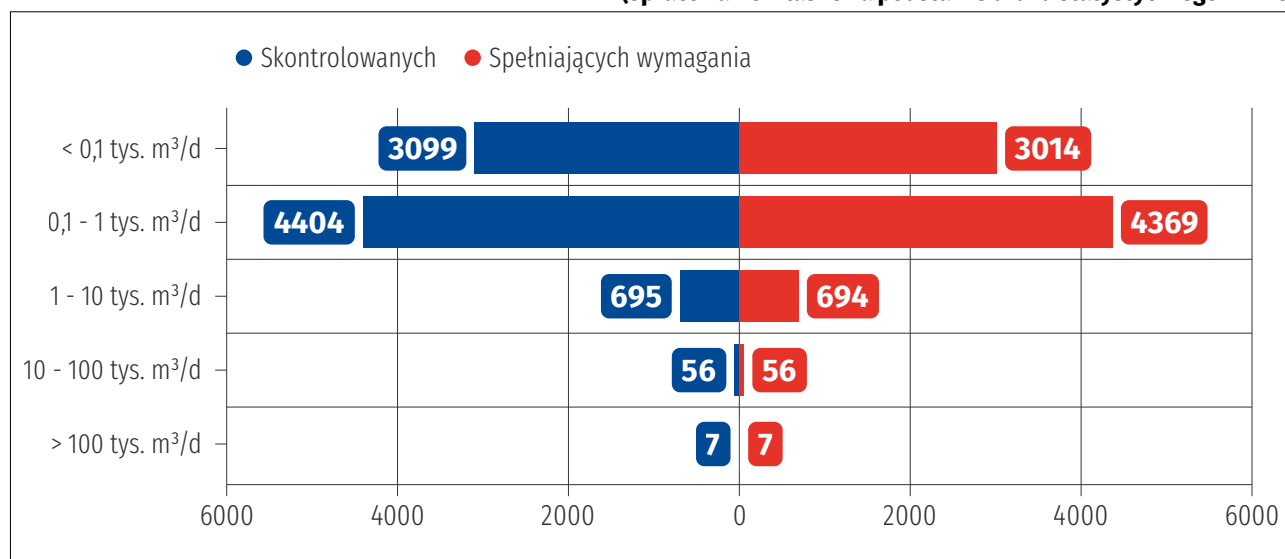


było z przeprowadzeniem przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceny zagrożeń i wykluczeniem negatywnego wpływu jej jakości na zdrowie. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej monitorowały również wywiązywanie się producentów wody z realizacji harmonogramów działań naprawczych i każdorazowo opracowywały komunikaty o jakości wody i zasadach jej użytkowania, które następnie rozpowszechniane były przez właściwego wójta (burmistrza, prezydenta miasta) w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi konsumentów z obszaru, dla którego wydano komunikat. Komunikaty umieszczane były również na stronach internetowych właściwych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Poniżej przedstawiono odsetek skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. wodociągów spełniających wymagania jakości wody do spożycia, określone przepisami prawa krajowego, z podziałem na produkcję wody. Wodociągi produkujące:

- ◆ poniżej 100 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 97,3%,
- ◆ 101-1000 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 99,2%,
- ◆ 1001-10000 m³/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 99,9%,
- ◆ 10001 do 100000 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 100%,
- ◆ powyżej 100000 m³/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 100%.

Wyk. 53 Wodociągi w 2022 r. spełniające wymagania dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi⁷, który dotyczy sprawdzenia jakości finalnego produktu, jaki jest dostarczany konsumentowi. Przedmiotem kontroli prowadzonych przez organy PIS był również stan techniczny infrastruktury wodociągowej. Producentom wody zwracano uwagę na odpowiedzialność za jakość dostarczanej wody oraz

⁷ zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków oraz art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej

konieczność sprawdzania jej jakości po pracach remontowych, wymianach złóż, po usunięciu awarii oraz po dłuższych przerwach w dostawie energii elektrycznej. Dostawcy wody oraz organy samorządowe w miarę możliwości finansowych oraz w oparciu o środki pozyskiwane z funduszy europejskich modernizowali istniejącą infrastrukturę wodociągową oraz realizowali nowe inwestycje, mające na celu poprawę sytuacji w zakresie zbiorowego zaopatrzenia w wodę. W wielu miejscowościach prowadzone były prace związane z przebudową stacji uzdatniania wody, tj. m.in.: wymiana urządzeń technologicznych, pomp głębinowych i armatury oraz przeprowadzano remonty budynków hydroforni.

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

Przeprowadzona przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej analiza wyników kontroli jakości wody oraz przyczyn zanieczyszczenia wody do spożycia wskazuje, że konieczne jest kontynuowanie działań mających na celu poprawę stanu sanitarno-technicznego infrastruktury wodociągowej, pełne zwodociągowanie i skanalizowanie gmin, zrównoważone stosowanie w rolnictwie środków ochrony roślin, dalsze łączenie tzw. małych wodociągów (czyli produkujących poniżej 1000 m³ wody na dobę) w większe systemy zaopatrzenia w wodę oraz objęcie nadzorem przez samorządy właścicieli indywidualnych ujęć wody, szczególnie w zakresie zabezpieczania przyłącza do wodociągu zaworami antyskażeniowymi.

Bezpieczeństwo zdrowotne wody wymaga współpracy i udziału wielu podmiotów (organów samorządowych, przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, resortów właściwych dla działów administracji rządowej, tj.: gospodarka wodna, zdrowie, środowisko, rolnictwo i infrastruktura).

3.2. Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych

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

Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej na bieżąco analizują wyniki badań jakości wody przeznaczonej do spożycia, zarówno wykonywanych w ramach nadzoru sprawowanego przez Inspekcję Sanitarną, jak również otrzymanych od podmiotów prowadzących zaopatrzenie w wodę. W zależności od uzyskanych wyników badań poszczególnych parametrów organy PIS podejmują odpowiednie działania, zgodnie z przepisami określonymi w rozporządzeniu w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

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

Najczęstsze przekroczenia wartości mikrobiologicznych parametrów jakości wody do spożycia, dostarczanej w ramach zaopatrzenia, występują dla parametrów dla bakterii grupy *coli*. Przekroczenia te stwierdzone są najczęściej w przypadku wodociągów o małej dobowej produkcji wody, które zaopatrują stosunkowo duży odsetek ludności w Polsce. Jest to parametr z grupy tzw. parametrów wskaźnikowych, który jest jednak ważnym wskaźnikiem potencjalnej obecności zanieczyszczeń, które mogłyby mieć wpływ na zdrowie konsumentów. Parametry wskaźnikowe mogą również sygnalizować zmiany w jakości wody ujmowanej, nieprawidłowości w procesie uzdatniania.

Pogorszenia jakości wody w zakresie parametrów mikrobiologicznych wskazanych w rozporządzeniu w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi były spowodowane głównie:

- ◆ awariami sieci i urządzeń wodociągowych,
- ◆ brakiem właściwie prowadzonego procesu uzdatniania wody i/lub jej dezynfekcji,
- ◆ zmianami w jakości ujmowanej wody,
- ◆ brakiem szczelności systemu dystrybucyjnego,
- ◆ spadkami ciśnienia wody,
- ◆ złym stanem technicznym wewnętrznej instalacji wodociągowej,
- ◆ małym rozbiorem wody,
- ◆ brakiem regularnego płukania sieci.

W niektórych przypadkach nie udało się ustalić bezpośredniej przyczyny niewłaściwej jakości bakteriologicznej wody w systemie dystrybucji.

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

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

3.3. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych – odstępstwa

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

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

W 2022 r. obowiązywało 12 odstępstw od wymaganej jakości wody do spożycia przez ludzi, w tym 6 odstępstw obowiązywało w zakresie azotanów (wodociągi: Radziszewo Sieńczuch i Czarnowo Biki w woj. podlaskim, Buczyna w woj. lubuskim, Kalinowice w woj. opolskim, wodociąg Lulemino w woj. pomorskim, Orchowiec w woj. lubelskim), 3 w zakresie fluorków (wodociąg sieciowy Pawonków w woj. śląskim, wodociąg publiczny Kolonowskie w woj. opolskim, wodociąg Krzywe Koło w woj. pomorskim), 3 w zakresie sumy pestycydów i pestycydu chloridazon-desfenyl, metabolitu pestycydu chloridazon (wodociąg sieciowy Łozina, wodociąg sieciowy Siedlec Trzebnicki i wodociąg publiczny Turzany zlokalizowane w woj. dolnośląskim).

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. wystąpiło 6 dostawców wody prowadzących zbiorowe zaopatrzenie w wodę z wnioskiem do właściwego państwowego inspektora sanitarnego o udzielenie zgody na odstępstwo od wymagań chemicznych, ustanowionych w przepisach krajowych. Każdorazowo wnioski o zgodę na odstępstwo od wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi były weryfikowane w zakresie kompletności i poprawności złożenia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawdzały, czy wydanie zgody na odstępstwo nie będzie stanowiło potencjalnego zagrożenia



dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie może być zrealizowane niezwłocznie za pomocą żadnych innych środków. W wyniku przeprowadzonych weryfikacji, sprawdzeń i ocen, właściwi państwowi inspektorzy sanitarni wydali dla 6 złożonych w 2022 r. wniosków decyzje wyrażające zgodę na odstępstwo, określając jednocześnie dla każdego z wniosków:

- ◆ maksymalną wartość parametru, na jaką pozwala odstępstwo,
- ◆ termin obowiązywania zgody,
- ◆ warunki, jakie mają być spełnione w trakcie obowiązywania zgody na odstępstwo, z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów.

Po wydaniu zgody na odstępstwo od wymagań jakości wody do spożycia właściwi państwowi inspektorzy sanitarni informowali o udzielonej zgodzie właściwego wójta, burmistrza i przekazywali komunikaty w tej sprawie, ze wskazaniem obowiązku rozpowszechnienia komunikatu w sposób umożliwiający bezzwłoczne zapoznanie się z nim konsumentów.

W 2022 r. właściwi państwowi inspektorzy sanitarni wydali decyzje udzielające zgodę na odstępstwo od wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi dostarczanej przez:

- ◆ wodociąg Krzywe Koło, zlokalizowany w gm. Suchy Dąb w woj. pomorskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 1300 osób (produkcja ok. 210 m³/dobę), dla którego do 31.12.2024 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie fluorków,
- ◆ wodociąg Buczyna, zlokalizowany w gm. Lubrza w woj. lubuskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 318 osób (produkcja ok. 25 m³/dobę), dla którego do 31.12.2023 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie azotanów,
- ◆ wodociąg publiczny Turzany, zlokalizowany w gm. Wińsko w woj. dolnośląskim zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 640 osób (produkcja 71 m³/dobę), dla którego do 20.04.2025 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie dwóch parametrów, tj. sumy pestycydów oraz pestycydu chloridazon-desfenyl,
- ◆ wodociąg Lulemino, zlokalizowany w gm. Kobylnica w woj. pomorskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 115 osób (produkcja 15-25 m³/dobę), dla którego do 31.12.2024 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie azotanów,
- ◆ wodociąg Czarnowo Biki, zlokalizowany w gm. Kulesze Kościelne w woj. podlaskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 330 osób (produkcja ok. 104 m³/dobę), dla którego do 14.03.2025 r. udzielono pierwszej zgody na odstępstwo w zakresie azotanów – przywrócenie jakości wody w zakresie wartości parametrycznej dla azotanów nastąpiło przed terminem określonym w decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego w Wysokiem Mazowieckiem, tj. 9.12.2022 r.,
- ◆ wodociąg Radziszewo Sieńczuch, zlokalizowany w gm. Ciechanowiec w woj. podlaskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 692 osoby (produkcja ok. 123 m³/dobę), dla którego do 17.07.2025 r. udzielono drugiej zgody na odstępstwo w zakresie azotanów.

Wszystkie wydane przez właściwych państwowych inspektorów sanitarnych decyzje na odstępstwo od wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w zakresie azotanów, uwzględniały wpływ najwyższego stężenia azotanów w wodzie na zdrowie grup wrażliwych – niemowląt poniżej 3 miesiąca życia i kobiet w ciąży. Wskazanym przez organy PIS grupom wrażliwym na przekroczenia wartości parametrycznych dostawcy wody zapewnili zastępcze źródła wody do spożycia.

3.4. Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Krajowe uregulowania w zakresie substancji promieniotwórczych transponują przepisy Dyrektywy 2013/51/Euratom⁸ określającej wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych. W rozporządzeniu w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi przewidziano wstępny monitoring substancji promieniotwórczych oraz kontrolny monitoring substancji promieniotwórczych. Wstępny monitoring substancji promieniotwórczych uwzględnił przeprowadzenie we wszystkich istniejących oraz nowo tworzonych ujęciach wody pomiaru stężenia substancji promieniotwórczych tj. radonu ²²²Rn, izotopów radu: 226Ra i 228Ra oraz trytu. Wstępny monitoring substancji promieniotwórczych był pierwszym badaniem poziomu stężenia substancji promieniotwórczych i ewentualnie ich przekroczeń w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Kontrolny monitoring substancji promieniotwórczych zdefiniowano natomiast jako: kolejny pomiar stężenia substancji promieniotwórczych w wodzie poddanej uzdatnianiu mającemu na celu obniżenie wartości parametrycznych substancji promieniotwórczych, wykonywany zgodnie z częstotliwością określoną w załączniku nr 6 do rozporządzenia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Wyniki pomiarów stężenia substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi otrzymane w ramach wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych wykazały, że w Polsce występuje znikome ryzyko dla zdrowia ludzkiego w związku z narażeniem na substancje promieniotwórcze pochodzące z wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.

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

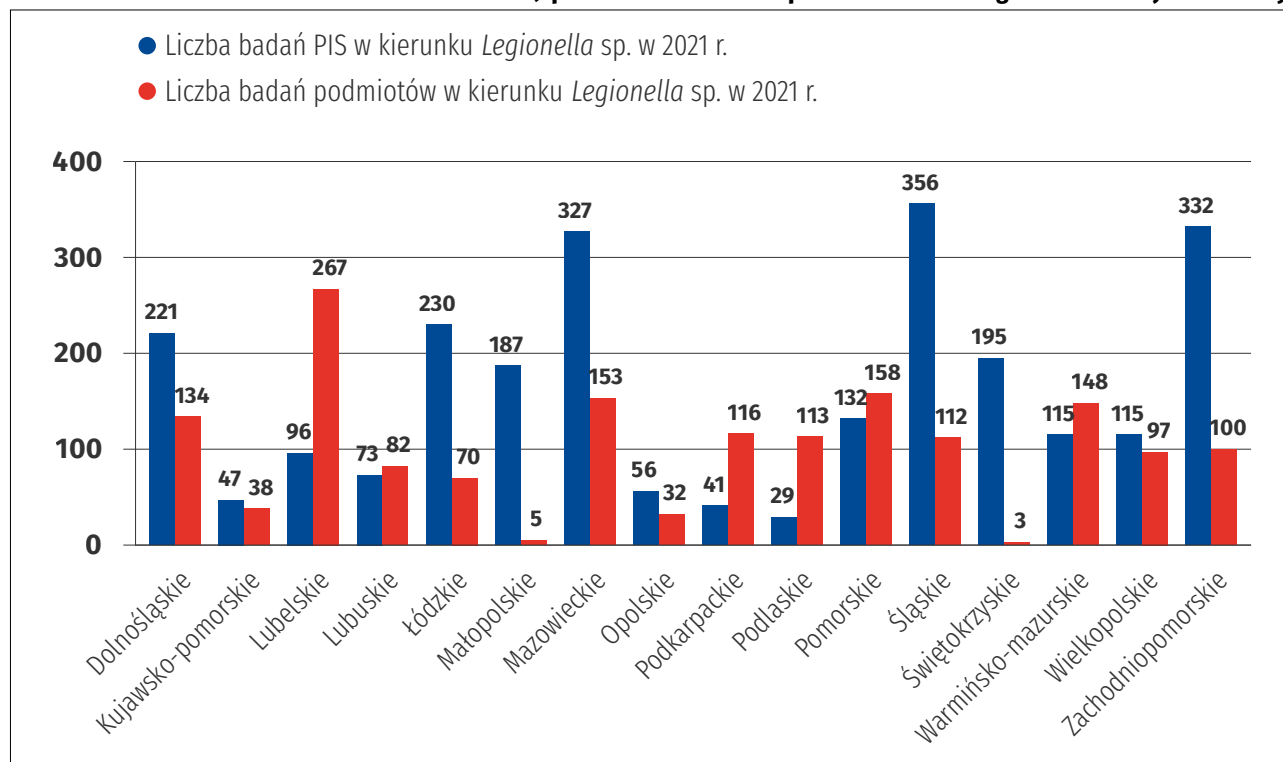
Jednym z elementów mogących wpłynąć na jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi na końcowym etapie jej dostarczania jest instalacja wewnętrzna budynków – tzw. wewnętrzny system wodociągowy. Niewłaściwe projektowanie, montaż i eksploatacja wewnętrznych instalacji wodociągowych oraz niedostosowanie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

⁸ Dyrektywa Rady 2013/51/Euratom z dnia 22 października 2013 r. określająca wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

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

W 2022 r. wykonano około 4180 badań ciepłej wody w kierunku oznaczenia bakterii z rodzaju *Legionella* sp. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały 2552 badań pałeczek *Legionella* w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego, natomiast właściciele i zarządcy podmiotów i obiektów wskazanych w przepisach krajowych do kontroli jakości wody ciepłej w zakresie tej bakterii zleciły wykonanie 1628 badań.

Wyk. 54 Liczba badań wykonanych w kierunku *Legionella* sp. dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)



3.6. Działania organów PIS w związku z sytuacją śnięcia ryb na rzece Odrze

W związku z sytuacją jaka wystąpiła na rzece Odrze, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały działania mające na celu sprawdzenie bezpieczeństwa zdrowotnego wody przeznaczanej do spożycia mogącej potencjalnie znajdować się pod wpływem wód z rzeki Odry.

W okresie od 10.08.2022 r. do 30.09.2022 r. na terenie 5 województw: dolnośląskiego, lubuskiego, opolskiego, śląskiego, zachodniopomorskiego oraz w związku z otrzymanymi informacjami o podobnych przypadkach występowania sytuacji na rzekach w dwóch kolejnych województwach (wielkopolskie, łódzkie) – od 13.08.2022 r. Główny Inspektorat Sanitarny koordynował działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku z wystąpieniem sytuacji na rzece Odrze.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (z 7 ww. województw) dokonały identyfikacji studni i ujęć indywidualnych wody ujmowanej i wykorzystywanej na cele zaopatrzenia w wodę do spożycia, pozostających w strefie oddziaływania wód rzeki Odry. W wyniku zdarzenia na Odrze podjęto nadzwyczajne środki ostrożności w postaci zintensyfikowania monitoringu ujęć wody przeznaczanej do spożycia (mimo iż na rzece nie było usytuowanych czynnych ujęć wody). Zdecydowano o monitorowaniu ujęć (głębinowych) sąsiadujących z rzeką (do 2 km od rzeki) oraz ujęć, dla których z dokumentacji hydrogeologicznej wynikała możliwość zasilenia przez wodę z Odry w krótkim czasie, a także wody surowej w ujęciach i studniach indywidualnych, na które potencjalnie mogło oddziaływać zanieczyszczenie. Monitoring ujęć wody przeznaczanej do spożycia prowadzony był przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Organy PIS analizowały wyniki badań i na ich podstawie oceniały jakość wody – z uwzględnieniem przede wszystkim

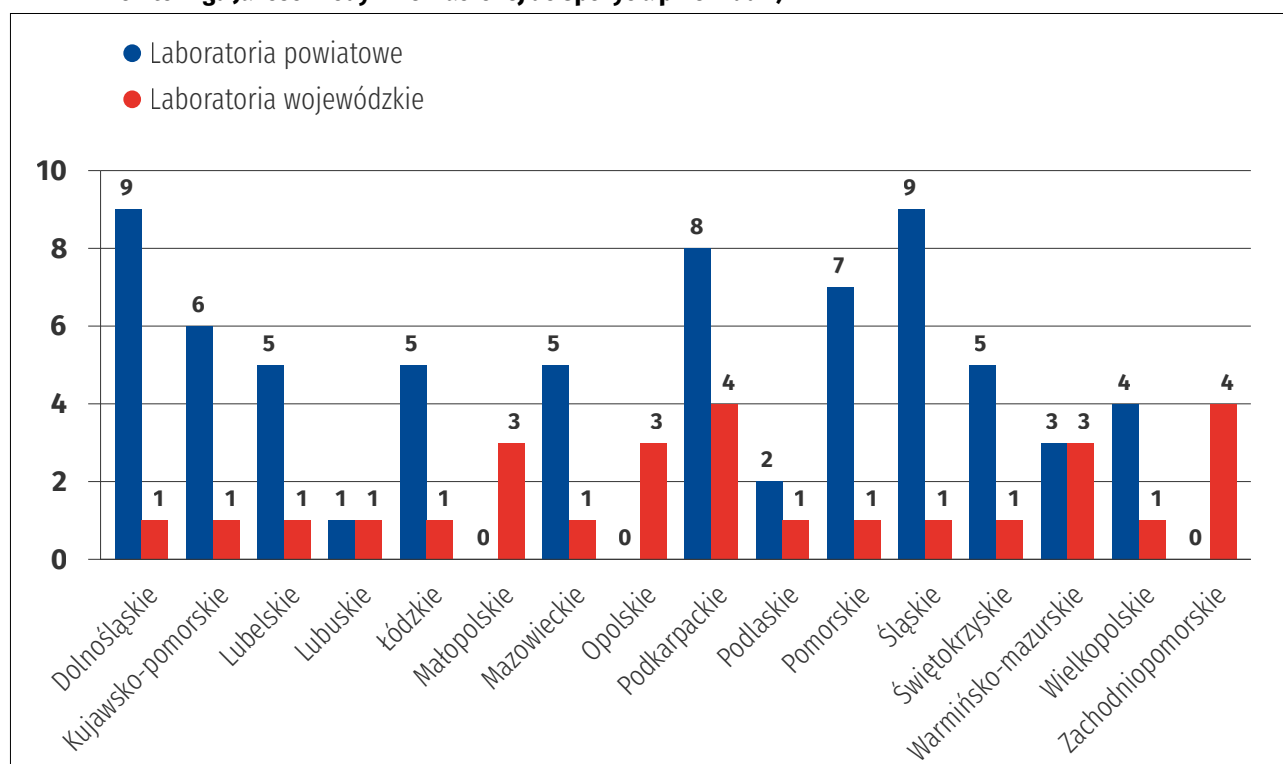


potencjalnego wpływu wody z rzeki Odry. Informacja o jakości wody ujmowanej była ważna w celu ustalenia możliwości uzdatnienia wody, która później była dostarczana konsumentom, oraz weryfikacji, czy na etapie jej ujmowania nie występują wyższe stężenia substancji wymagające modyfikacji technologii uzdatniania wody. Monitoring dostosowywano do prowadzonej na bieżąco przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceny ryzyka i szacowania ryzyka zdrowotnego. Badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi obejmowały maksymalnie 34 parametry. W sierpniu i wrześniu 2022 r. organy PIS wykonały 1081 sprawdzeń ujęć wody. Państwowa inspekcja sanitarna dokonała łącznie 63 236 oznaczeń parametrów jakości wody pochodzącej z ujęć: wodociągów i indywidualnych, w tym wody uzdatnionej.

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

Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad jakością wody obejmował również nadzór nad laboratoriami wykonującymi badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi – zgodnie z art. 12 ust. 4 Ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków. Wszystkie laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w 2022 r., jak i w latach ubiegłych, musiały posiadać aktualne zatwierdzenie do badania jakości wody, dokonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zatwierdzanie systemu jakości prowadzonych badań jest dokonywane każdego roku przez właściwego państwowego powiatowego lub granicznego inspektora sanitarnego w ramach prowadzenia nadzoru nad laboratoriami wykonującymi badania wody.

Wyk. 55 Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujących badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi z podziałem na województwa (opracowanie własne na podstawie danych z Systemu Monitoringu Jakości Wody Przeznaczonej do Spożycia przez Ludzi)





PŁYWALNIE



1. Wstęp

Pływalnia, zgodnie z definicją zawartą w Ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych, to obiekt kryty lub odkryty, z wodą przepływową, przeznaczony do pływania lub kąpieli, posiadający co najmniej jedną nieckę basenową, z trwałym brzegiem i dnem, wyposażony w urządzenia sanitarne, szatnie i natryski. Zagadnienia związane z funkcjonowaniem i nadzorem nad pływalniami w zakresie ich bezpieczeństwa zdrowotnego wody regulują krajowe akty prawne¹.

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

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

2. Wymagania, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach

Rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach, reguluje najważniejsze kwestie w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody dotyczące:

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

¹ Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 338); Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 714); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz.U. z 2015 r. poz. 2016 z późn. zm.).

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

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

2.1. Parametry mikrobiologiczne i fizykochemiczne

Czynnikami o najwyższym znaczeniu dla zdrowia, spośród wszystkich związanych z wodą na pływalni, są wskaźniki mikrobiologiczne. Zanieczyszczenia mikrobiologiczne wnoszone są do wody przez użytkowników basenów. Osoby korzystające z kąpielni mogą zanieczyszczać wodę przede wszystkim drobnoustrojami bytującymi w przewodzie pokarmowym, w górnych drogach oddechowych, błonach śluzowych i na skórze. Oprócz drobnoustrojów wchodzących w skład normalnej mikroflory, stanowiących normalną stałą lub przejściową mikroflorę ciała, mogą to być również organizmy chorobotwórcze, będące przyczyną infekcji. Występowanie patogenów w wodzie basenowej, tj. *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, w istotny sposób może zwiększać ryzyko zdrowotne użytkowników pływalni. Niebezpieczeństwo to wynika z czasu ekspozycji na zagrożenie mikrobiologiczne, zanim zostanie wykryte, dlatego tak istotna jest kontrola jakości wody basenowej oraz właściwe prowadzenie procesów uzdatniania i dezynfekcji wody.

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

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



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

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

2.2. *Legionella*

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

3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej

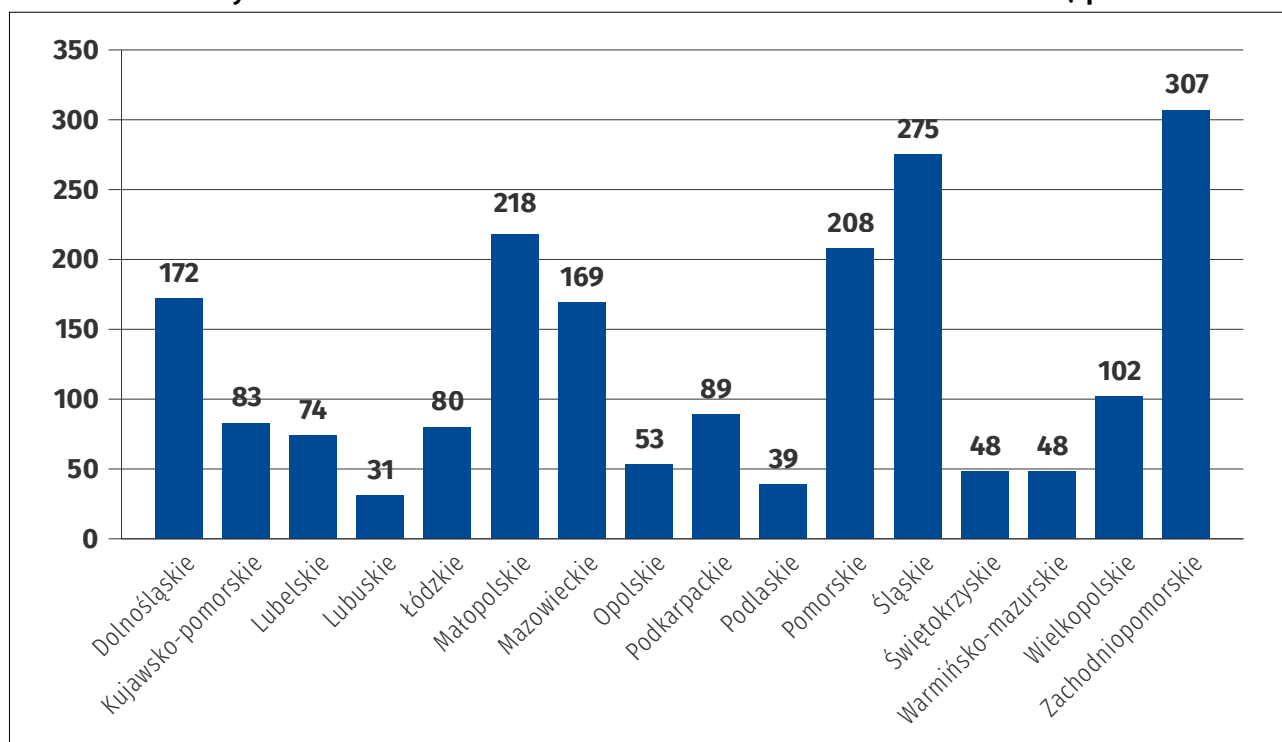
Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru nad wodą na pływalniach:

- ◆ uzgadniają przedkładane przez zarządzających pływalniami harmonogramy badań jakości wody,
- ◆ gromadzą i analizują dane jakości wody na pływalniach,
- ◆ wykonują badania jakości wody,
- ◆ wydają zbiorcze roczne oceny jakości wody na pływalniach na podstawie wyników badań i pomiarów realizowanych przez zarządzającego pływalnią oraz wyników badań wykonanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

3.1. Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody

Na podstawie danych raportowanych przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, w 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody dla 1996 pływalni.

Wyk. 56 Liczba pływalni dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody (opracowanie własne)



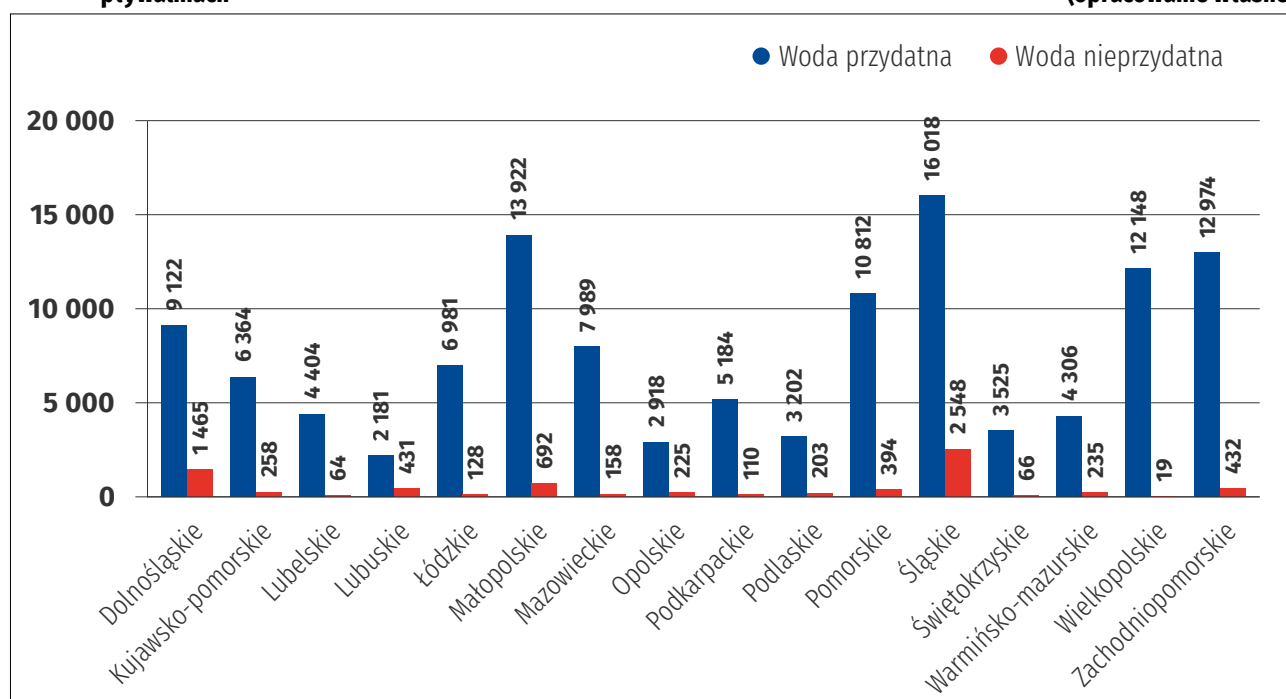
Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały 129 748 ocen jakości wody na pływalniach. Wydano 122 050 ocen o przydatności wody do kąpieli, co stanowi 94,1% wszystkich wydanych ocen.

Każdorazowo w sytuacji stwierdzenia zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody właściwi terenowo inspektorzy sanitarni nakazywali unieruchomienie obiektu i podjęcie skutecznych działań naprawczych w celu wyeliminowania z wody niebezpiecznych dla zdrowia mikroorganizmów oraz nakazywali zabezpieczyć użytkowników pływalni przed narażeniem na zanieczyszczenie. Przyczyn tego rodzaju przekroczeń parametrów należy upatrywać w niespełnieniu wymagań higienicznych w zakresie prawidłowej eksploatacji pływalni oraz nieprzestrzeganiu obowiązujących rygorów sanitarnych i przeciwepidemicznych przez osoby kąpiące się lub personel. Dlatego niezwykle istotne jest aby w każdym obiekcie, w widocznych miejscach, zarządzający obiektem umieszczał regulaminy ustanawiające prawa i obowiązki wszystkich osób przebywających na terenie obiektu w celu określania zaleceń higieniczno-sanitarnych oraz zasad bezpieczeństwa osób korzystających z rekreacji wodnej. Pozwoli to zapewnić kształtowanie i propagowanie wśród osób korzystających z pływalni prawidłowych nawyków higienicznych.

Tab. 24 Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2022 r. (opracowanie własne)

Województwo	Liczba badań	Ocena wody	
		przydatna	nieprzydatna
dolnośląskie	10 587	9 122	1 465
kujawsko-pomorskie	6 622	6 364	258
lubelskie	4 468	4 404	64
lubuskie	2 612	2 181	431
łódzkie	7 109	6 981	128
małopolskie	14 884	13 922	962
mazowieckie	8 147	7 989	158
opolskie	3 143	2 918	225
podkarpackie	5 294	5 184	110
podlaskie	3 405	3 202	203
pomorskie	11 206	10 812	394
śląskie	18 566	16 018	2 548
świętokrzyskie	3 591	3 525	66
warmińsko-mazurskie	4 541	4 306	235
wielkopolskie	12 167	12 148	19
zachodniopomorskie	13 406	12 974	432
POLSKA	129 748	122 050	7 698

Wyk. 57 Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2022 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach (opracowanie własne)



3.2. Roczna zbiorcza ocena wody na pływalniach

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

- ◆ parametrów jakości wody na pływalni ocenionych na podstawie wymagań określonych w przepisach krajowych,
- ◆ wyników badań wody na pływalni wykonanych przez zarządzającego pływalnią,
- ◆ zakresu i częstotliwości wykonywania badań wody przez zarządzającego pływalnią oraz zastosowanych metodyk referencyjnych analiz,
- ◆ wyników badań wody na pływalni wykonywanych przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego w roku kalendarzowym, którego dotyczy ocena.

Zgodnie z przepisami krajowymi zbiorcza roczna ocena za poprzedni rok kalendarzowy jest dokonywana do dnia 31 marca kolejnego roku.

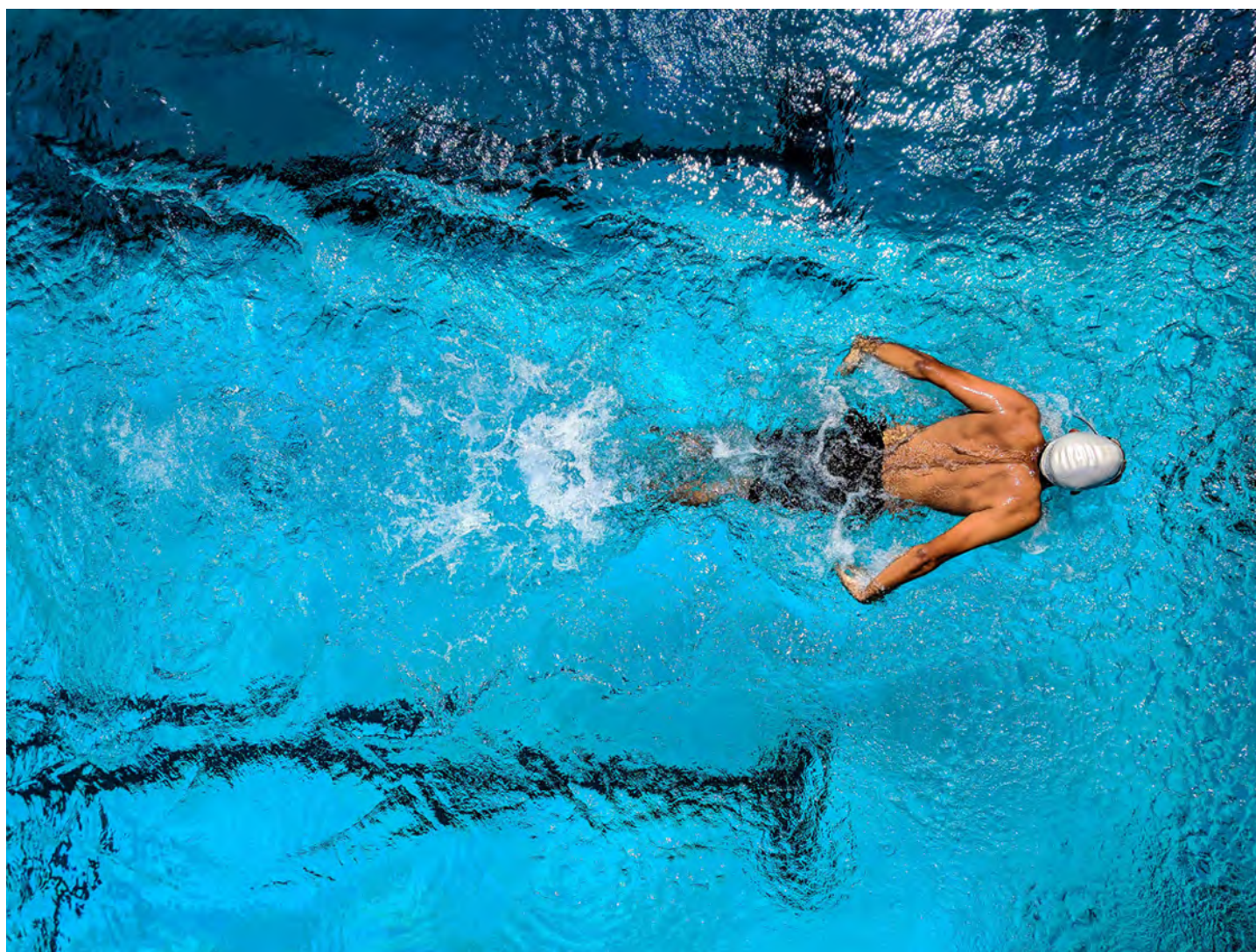
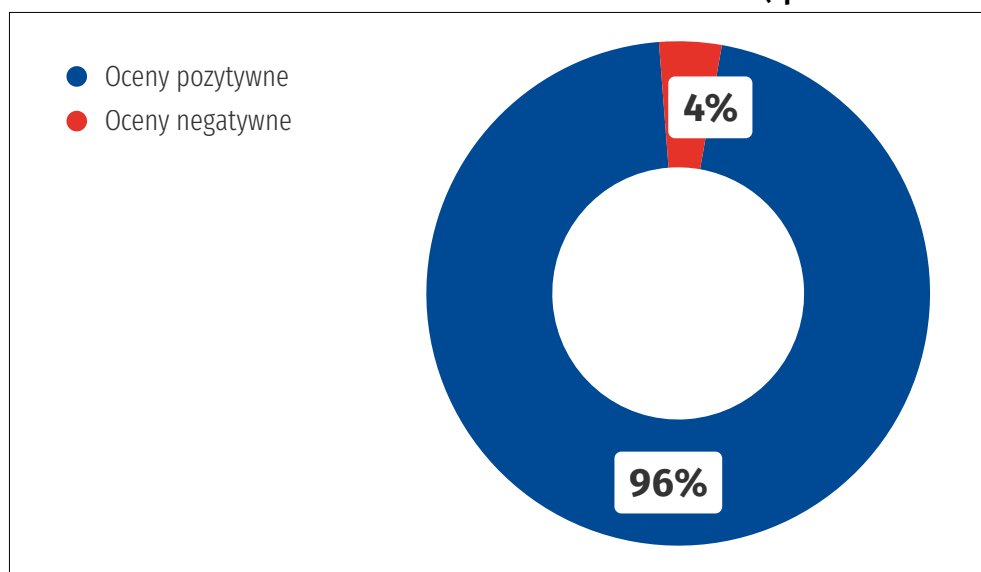
Tab. 25 Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen na pływalniach za 2022 r.

Wyszczególnienie		Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen	
		odpowiadających wymaganiom	nieodpowiadających wymaganiom
Pływalnie – ogółem		1 736	67
Pływalnie	kryte	1 385	41
	odkryte	284	24
	mieszane (kryto-odkryte)	116	1
w tym parki wodne		87	1

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. wydały 1803 ocen rocznych, w tym 1736 ocen pozytywnych (tj. woda odpowiadała wymaganiom), 67 ocen negatywnych (tj. woda nie odpowiadała wymaganiom). Oceny pozytywne stanowiły 96% wszystkich wydanych ocen.

Przyczyny ocen negatywnych: przekroczenie wymagań mikrobiologicznych lub fizykochemicznych; brak spełnienia kryterium częstotliwości wykonywania badań; brak realizacji badań zgodnie z ustalonym harmonogramem badań jakości wody na pływalniach.

Wyk. 58 Odsetek pływalni, dla których wydano pozytywną/negatywną zbiorczą roczną ocenę za 2022 r. (opracowanie własne)





**KĄPIELISKA I MIEJSCA OKAZJONALNIE
WYKORZYSTYWANE DO KĄPIELI**

1. Wstęp

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

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

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

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

Zgodnie z przepisami prawa krajowego środki zarządzania polegają na:

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

1 Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. Prawo wodne (Dz.U. z 2022 r. poz. 2625 z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpeli (Dz.U. poz. 255); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie ewidencji oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli (Dz. U. poz. 2476); Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 listopada 2019 r. w sprawie profilu wody w kąpielisku (Dz. U. z 2022 r. poz. 2499).

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

2. Terminy otwarcia kąpielisk

Zgodnie z ustawą Prawo wodne sezon kąpielowy obejmuje okres między 1 czerwca a 30 września. W sezonie kąpielowym w 2022 r. średni czas otwarcia kąpieliska wynosił 68 dni, najdłuższy 121 dni, a najkrótszy 5 dni.

Okres funkcjonowania kąpieliska, tj. data jego otwarcia i zamknięcia, jest ustalana przez organizatora indywidualnie dla każdego kąpieliska. Sezon kąpielowy jest określany i zatwierdzany przez radę gminy w uchwale gminy. Informacje te można znaleźć w internetowym Serwisie Kąpieliskowym prowadzonym przez Główny Inspektorat Sanitarny (<https://sk.gis.gov.pl/>).

3. Stan sanitarny kąpielisk

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

Bieżącym nadzorem sanitarnym w 2022 r. objęto 671 kąpielisk.

Tab. 26 Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014-2022

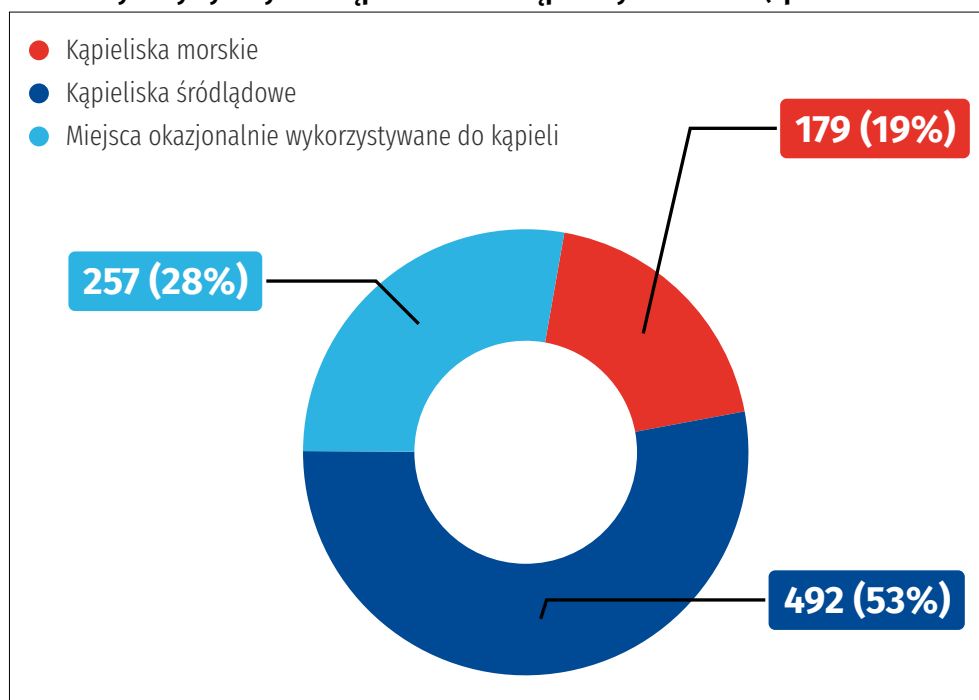
(opracowanie własne)

Rodzaj wody	Liczba kąpielisk								
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Wody przybrzeżne i przejściowe	84	82	88	97	146	163	166	173	179
Wody śródlądowe	117	115	113	108	337	443	436	484	492
Razem	201	197	201	205	483	606	602	657	671

Najwięcej kąpielisk w 2022 r. znajdowało się na obszarze województwa zachodniopomorskiego (136) i pomorskiego (134). Najmniej kąpielisk w 2022 r. zlokalizowanych było w województwie podkarpackim (11).

Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem w sezonie kąpielowym 2022 r. liczyła 179 obiektów (stanowi to odpowiednio około 27% ogółem i 100% skontrolowanych kąpielisk w grupie). Znaczenie tych kąpielisk jest duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim.

Wyk. 59 Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych oraz miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w sezonie kąpielowym 2022 r. (opracowanie własne)



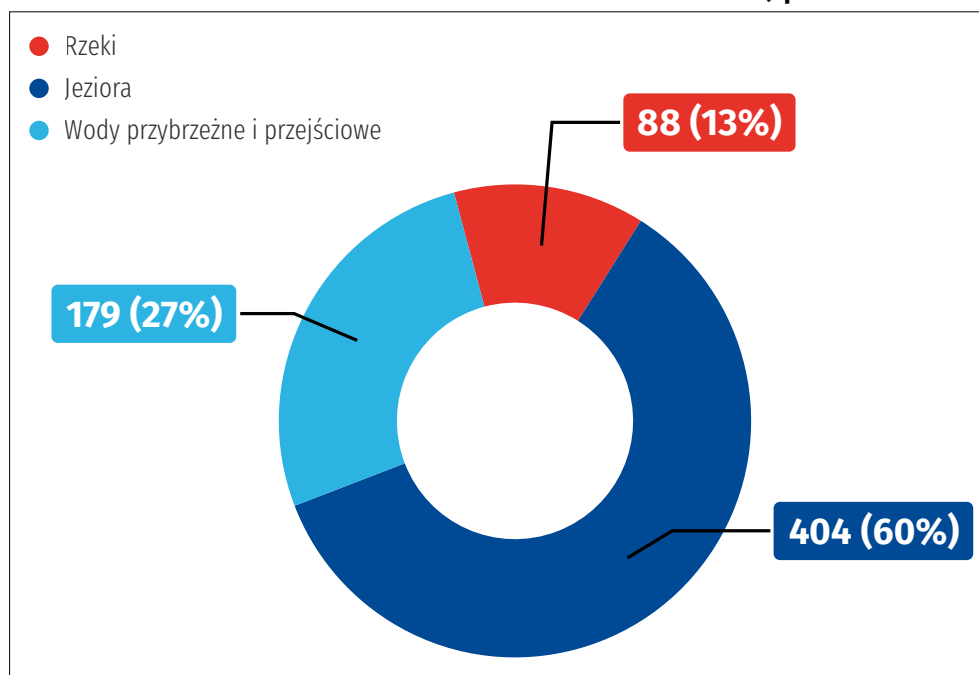
Największa liczba kąpielisk śródlądowych w 2022 r. zlokalizowana była w województwie wielkopolskim – 96.

Tab. 27 Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj kąpieliska (opracowanie własne)

Województwo	Kąpieliska		
	ogółem	śródlądowe	morskie
dolnośląskie	18	18	
kujawsko-pomorskie	41	41	
lubelskie	33	33	
lubuskie	27	27	
łódzkie	22	22	
małopolskie	14	14	
mazowieckie	34	34	
opolskie	13	13	
podkarpackie	11	11	
podlaskie	16	16	
pomorskie	134	55	79
śląskie	20	20	
świętokrzyskie	14	14	
warmińsko-mazurskie	42	42	
wielkopolskie	96	96	
zachodniopomorskie	136	36	100
POLSKA	671	492	179

W 2022 r. spośród 671 czynnych kąpielisk większość była zorganizowana na jeziorach.

Wyk. 60 Liczba kąpielisk z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym w 2022 r.
(opracowanie własne)



W 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały w sumie 3602 oceny o jakości wody w kąpieliskach, w tym:

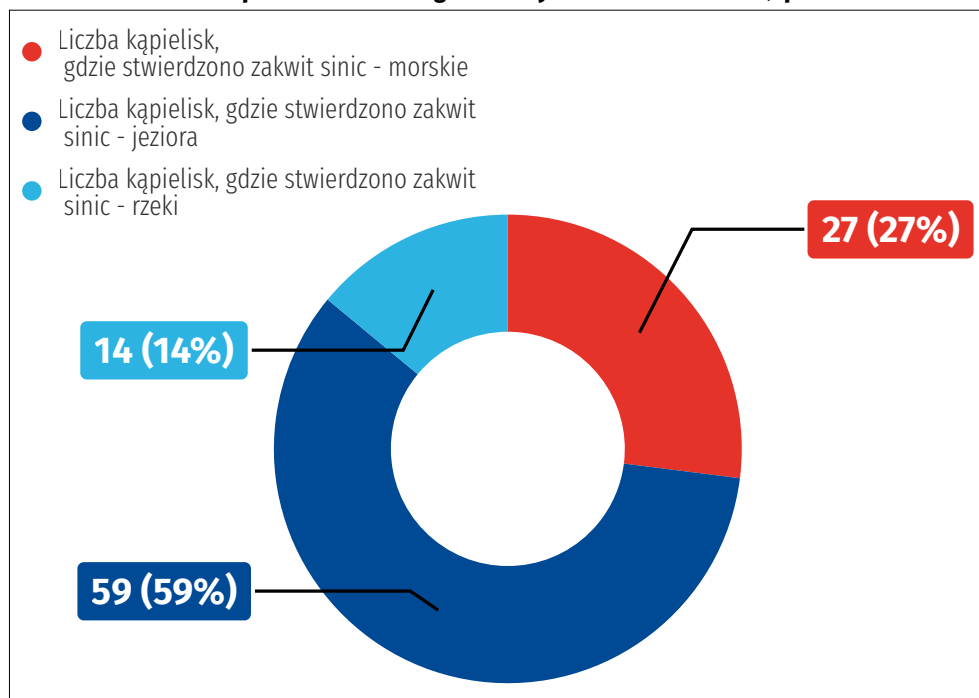
- ◆ 3322 oceny o przydatności wody do kąpeli dla 671 kąpielisk,
- ◆ 280 ocen o tymczasowym zakazie kąpeli dla 141 kąpielisk - głównie ze względu na wystąpienie zakwitów sinic lub przekroczenia parametrów mikrobiologicznych.

Tab. 28 Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2022 r.
(opracowanie własne)

		Liczba ocen bieżących	Liczba kąpielisk, dla których wydana została ocena bieżąca	
Wszystkich		3 602	671	
Woda przydatna do kąpeli		3 322	671	
Tymczasowy zakaz kąpeli	wszystkie	280	141	
	ze względu na parametry:	mikrobiologiczne	42	36
		mikrobiologiczne i inne wymagania	2	2
		inne wymagania:	236	110
		w tym zakwit sinic	200	100

Sezon kąpielowy w 2022 r. był charakterystyczny pod względem ilości wydanych ocen bieżących o tymczasowym zakazie kąpieli ze względu na zakwit sinic, co było szczególnie odczuwalne dla turystów wypoczywających nad Morzem Bałtyckim. Do tej sytuacji przyczyniło się wyjątkowo ciepłe lato – wysoka temperatura sprzyja nadmiernemu namnażaniu się sinic, podobnie jak bezwietrzna aura i brak intensywnego mieszania się wody. Czynnikiem sprzyjającym zakwitowi sinic w Morzu Bałtyckim jest również obecność znacznych ilości azotu i fosforu.

Wyk. 61 Liczba kąpielisk w sezonie kąpielowym 2022 r., w których stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody (opracowanie własne)



W każdym przypadku okresowych zanieczyszczeń mikrobiologicznych, nadmiernego zakwitnięcia sinic lub innych przekroczeń organizatorzy kąpielisk oraz organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowali natychmiastowe środki zarządzenia w odniesieniu do bezpieczeństwa osób kąpiących się oraz wód w kąpieliskach. Polegały one na określeniu i ocenie przyczyn zanieczyszczenia, skutecznym informowaniu osób kąpiących się (w tym zamieszczaniu stosownych informacji na internetowym [Serwisie kąpieliskowym](#)), podejmowaniu czynności mających na celu zapobieganie narażeniu osób kąpiących się na działanie zanieczyszczeń oraz obniżeniu ryzyka zanieczyszczenia. Stwierdzone okresowe braki spełnienia wymagań jakości wody na kąpielisku nie obrazują stanu z całego sezonu kąpielowego, a wskazują na sytuacje zaistnienia na nim incydentalnych zanieczyszczeń mikrobiologicznych lub zakwitnięcia sinic.

Główny Inspektor Sanitarny, zgodnie z ustawą Prawo wodne, sporządził w terminie do dnia 31 grudnia 2022 r. sprawozdanie o jakości wody w kąpieliskach w Polsce wraz z informacją o podjętych środkach zarządzenia oraz przypadkach i przyczynach zawieszenia stosowania harmonogramu pobierania próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej, które przekazał Komisji Europejskiej. Na podstawie danych krajowych za 2022 r. Europejska Agencja Środowiska publikuje coroczny [raport o jakości wody w kąpieliskach w Unii Europejskiej](#).



4. Stan sanitarny miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii

Zgodnie z ustawą Prawo wodne poza kąpieliskami możliwe jest również utworzenie miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii, które mogą funkcjonować przez okres nie dłuższy niż 30 kolejnych dni w roku kalendarzowym, gdy utworzenie kąpieliska nie jest uzasadnione. Utworzenie miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii wymaga zgłoszenia wójtowi, burmistrzowi lub prezydentowi miasta, właściwemu ze względu na planowaną lokalizację tego miejsca. Organizator może utworzyć miejsce okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii, jeżeli w drodze decyzji wójt, burmistrz lub prezydent miasta nie wniesie sprzeciwu w terminie 30 dni od dnia doręczenia zgłoszenia utworzenia miejsca okazjonalnie wykorzystywanego do kąpielii. Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii mają zabezpieczyć wyjątkowe sytuacje, w których występuje konieczność zorganizowania krótkoterminowej formy rekreacji związanej z kąpielą. Sytuacje te to przypadki, w których nie dało się wcześniej przewidzieć konieczności utworzenia terenu do kąpielii zgodnie z wymaganiami i procedurą przewidzianą dla kąpielisk. Mogą one być związane z koniecznością np. zorganizowania zawodów sportowych, obozów letnich czy też wydarzeń kulturalnych połączonych z wypoczynkiem (kąpielą).

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzą nadzór nad miejscami okazjonalnie wykorzystywanymi do kąpielii. W 2022 r. zorganizowanych zostało 257 miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii i było ich o 23 mniej niż w roku 2021. W ramach nadzoru nad miejscami okazjonalnie wykorzystywanymi do kąpielii organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie letnim 2022 r. wydały łącznie 520 bieżących ocen jakości wody, w tym 14 ocen o okresowej nieprzydatności wody do kąpielii. 253 miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii spełniały wymagania jakości wody, zaś w przypadku 4 miejsc wystąpiły przypadki czasowego braku spełnienia wymagań – w większości przypadków z powodu nadmiernego zakwitnięcia sinic.



Tab. 29 Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii wg ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. (opracowanie własne)

Województwo	Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii
dolnośląskie	4
kujawsko-pomorskie	18
lubelskie	5
lubuskie	21
łódzkie	4
małopolskie	4
mazowieckie	16
opolskie	1
podkarpackie	12
podlaskie	8
pomorskie	53
śląskie	15
świętokrzyskie	21
warmińsko-mazurskie	39
wielkopolskie	20
zachodniopomorskie	16
POLSKA	257

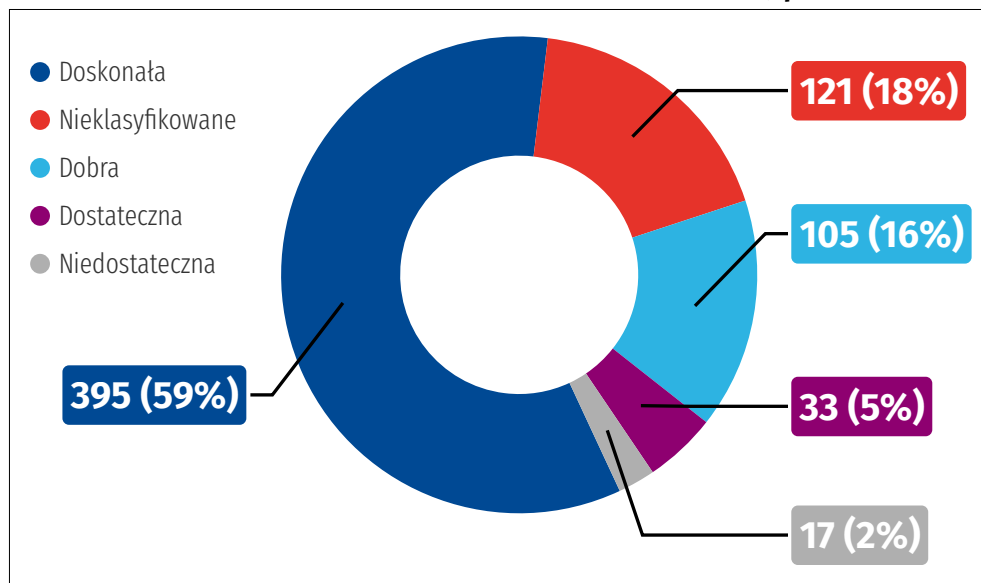
W sezonie kąpielowym w 2022 r. na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego zamieszczony został wykaz wszystkich miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, który był aktualizowany co dwa tygodnie w czasie trwania sezonu kąpielowego.

5. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej po zakończeniu sezonu kąpielowego w 2022 r. przeprowadziły klasyfikację jakości wody dla kąpielisk. Klasyfikacja kąpieliska jest dokonywana zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpielii. Kąpieliska klasyfikowane otrzymują status: doskonałe, dobre, dostateczne lub niedostateczne. Kąpieliska, które mogą być poddane klasyfikacji, muszą posiadać wyniki badań wody z okresu 4 lub mniej sezonów kąpielowych w ilości minimum 16 próbek lub minimum 12 próbek wody, dla kąpielisk których sezon kąpielowy trwa krócej niż

8 tygodni. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach przeprowadzana jest na podstawie wyników badań parametrów mikrobiologicznych *Escherichia coli* i enterokoki. W sezonie kąpielowym w 2022 r. klasyfikacja mogła zostać wykonana dla 550 kąpielisk – z uwagi na dostępność pełnych zestawów danych o jakości wody, niezbędnych do przyporządkowania kąpielisk do poszczególnych klas jakości wody. W sezonie kąpielowym w 2022 r. 121 kąpielisk nie zostało sklasyfikowanych przede wszystkim z uwagi na to, że były nowymi kąpieliskami i nie posiadały jeszcze pełnego zestawu danych.

Wyk. 62 Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2022 r.
(opracowanie własne)

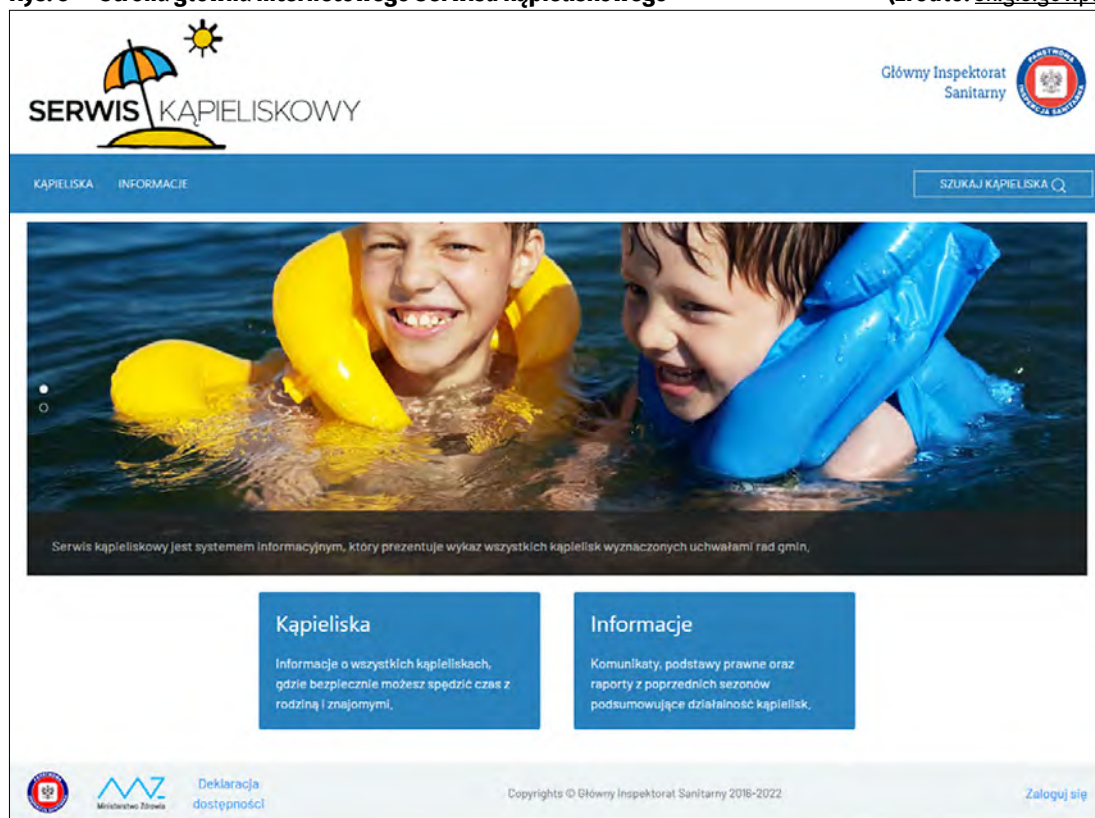


6. Serwis kąpieliskowy

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

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

Rys. 5 Strona główna internetowego Serwisu kąpieliskowego

(źródło: sk.gis.gov.pl)

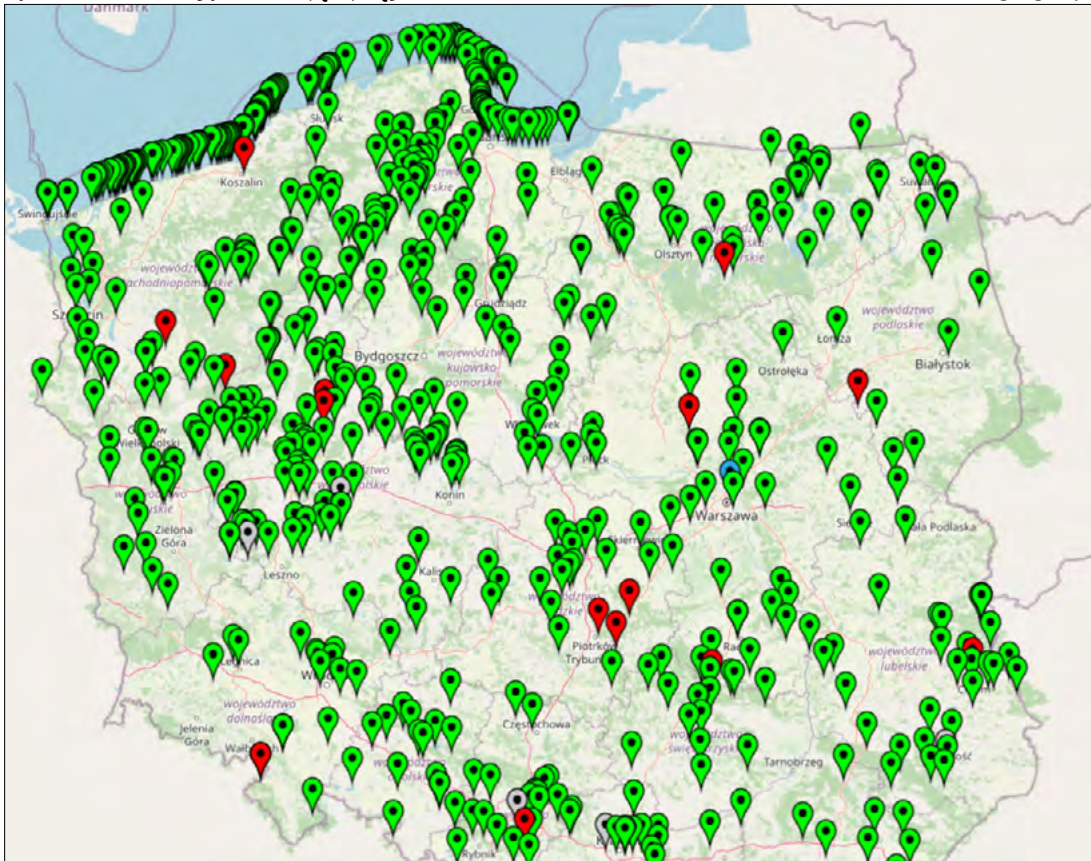
W sezonie kąpielowym 2022 r. internetowy Serwis kąpieliskowy był na bieżąco aktualizowany od 1 czerwca do 30 września, zgodnie z ustawowym okresem trwania sezonu kąpielowego. Administratorami internetowego Serwisu kąpieliskowego są Główny Inspektorat Sanitarny, wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz organizatorzy kąpielisk. Dla każdego kąpieliska na podstawie sprawozdania z badania jakości wody właściwy państwowy powiatowy lub państwowy graniczny inspektor sanitarny dokonywał bieżącej oceny jakości, w celu określenia jej przydatności do kąpeli. Informacje o bieżącej ocenie jakości wody były niezwłocznie zamieszczane na stronie internetowej Serwisu kąpieliskowego.

Internetowy Serwis kąpieliskowy zawierał informacje dotyczące kąpielisk, a w szczególności:

- ◆ wykaz kąpielisk i bieżącą ocenę jakości wody w kąpielisku,
- ◆ informacje o zakazie kąpeli wraz ze wskazaniem przyczyn zakazu oraz informacje o innych zaleceniach dotyczących jakości wody,
- ◆ ogólny opis wody w kąpielisku, sporządzony w oparciu o profil wody w kąpielisku, przedstawiony w języku nietechnicznym,
- ◆ informacje o krótkotrwałych zanieczyszczeniach i o rodzaju oraz spodziewanym czasie trwania sytuacji wyjątkowej, której występowania nie przewiduje się przeciętnie częściej niż raz na cztery lata (jeśli takie przypadki mają miejsce).

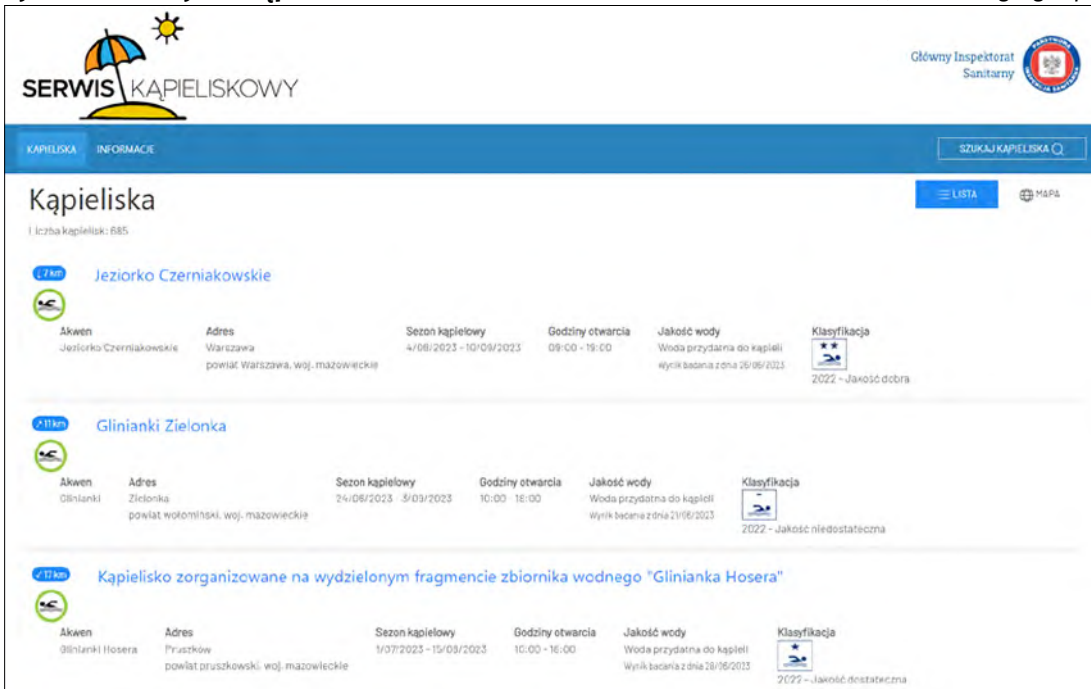
Rys. 6 Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce

(źródło: sk.gis.gov.pl)



Rys. 7 Widok wykazu kąpielisk

(źródło: sk.gis.gov.pl)



Internetowy Serwis kąpieliskowy zawiera również informacje z zakresu infrastruktury, tj. udogodnienia i zakazy występujące na obszarze kąpieliska, sposoby jego zagospodarowania oraz informacje o przyznaniu kąpieliskom wyróżnienia „Błękitna flaga”.

Rys. 8 Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska

(źródło: sk.gis.gov.pl)

Rys. 9 Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska

(źródło: sk.gis.gov.pl)

W 2022 r., jak co roku, internetowy Serwis kąpieliskowy cieszył się popularnością – liczba aktywnych użytkowników w bieżącym sezonie przekroczyła 600 000 odwiedzających. Najwięcej użytkowników w czasie trwania sezonu kąpielowego przypadało na dzień 13 sierpnia 2022 r. (25 317).

W internetowym Serwisie kąpieliskowym zamieszczane są przydatne dla organizatorów kąpielisk podstawowe informacje dotyczące tego, jak zorganizować kąpielisko. Publikowane na nim były również raporty z podsumowania sezonów kąpielowych 2010-2021 oraz kompendia wiedzy, w tym dla społeczeństwa i pracowników ochrony zdrowia o wibriozach, jak również cieszący się dużym zainteresowaniem materiał informacyjny pt. „Przyczyny występowania i zagrożenia wynikające z obecności potencjalnie toksycznych cyjanobakterii (sinic) w wodzie”.

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

7. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk

Główny Inspektorat Sanitarny po sporządzeniu raportu o jakości wody w kąpieliskach za rok 2022 przekazał Państwowemu Gospodarstwu Wodnemu Wody Polskie oraz Głównemu Inspektorowi Ochrony Środowiska zestawienie kąpielisk, w których odnotowano pogorszenie klasyfikacji jakości wody, z prośbą o podjęcie działań na rzecz poprawy stanu ochrony wód przed zanieczyszczeniami.

Ponadto Główny Inspektor Sanitarny zwrócił się do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sprawie dalszego prowadzenia na nadzorowanym terenie działań edukacyjnych i promocyjnych, kierowanych do zarządców kąpielisk i przedstawicieli jednostek samorządów, mających na celu utrzymanie raz już utworzonych i funkcjonujących kąpielisk w kolejnych sezonach kąpielowych. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w trakcie podejmowanych działań wskazują na wagę utrzymywania kąpielisk w kolejnych sezonach kąpielowych. Uchwalanie tych samych kąpielisk każdego roku jest istotne z uwagi na to, że obiekt raz funkcjonujący jako kąpielisko pozostaje w świadomości kąpiących się jako obiekt stały i corocznie otwierany i w związku z tym odwiedzany, niejednokrotnie bez względu na to czy posiada status kąpieliska czy nie.

8. Działania organów PIS w związku z sytuacją śnięcia ryb na rzece Odrze

W wyniku wystąpienia masowego śnięcia ryb na rzece Odrze, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały identyfikacji kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli potencjalnie zasilanych przez wodę z Odry. Bezpośrednio na linii brzegowej rzeki nie było zlokalizowanych kąpielisk ani miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli. Na terenie woj. zachodnio-pomorskiego wytypowane zostały

natomiast kąpieliska, na które potencjalnie mogły oddziaływać wody Odry. W związku z tym 12.08.2022 r. wprowadzono zakaz kąpeli w 5 kąpieliskach zasilanych przez wody Odry – decyzją Wojewody dla kąpielisk: Dziewoklicz w Szczecinie (kanał Odyńca, w bezpośrednim sąsiedztwie rz. Odra); Dąbie (j. Dąbie Małe); Lubczynie (j. Dąbie); w Stepnicy i Trzebieży (Zalew Szczeciński). Woda w tych kąpieliskach była stale monitorowana w zakresie zanieczyszczeń mikrobiologicznych. W województwie dolnośląskim przebadana została woda z kąpieliska Wały – Kąpielisko OW Wały, usytuowane na zbiorniku wodnym zamkniętym, odległość od Odry ok. 120 m w linii prostej – woda spełniała wymagania mikrobiologiczne i chemiczne. Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ustaliły, że na terenie województw: dolnośląskiego, śląskiego, opolskiego i lubuskiego nie funkcjonowały kąpieliska/miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli na terenie Odrzańskiej Drogi Wodnej.

Podczas zdarzenia kryzysowego w sezonie kąpielowym kąpieliska i miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpeli zostały poddane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczególnemu nadzorowi oraz analizie i ocenie bezpieczeństwa zdrowotnego wody wykorzystywanej w celach rekreacyjnych. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ściśle współpracowały z organami Inspekcji Ochrony Środowiska i wojewodami.

W wyniku wystąpienia masowego śnięcia ryb na rzece Odrze, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały łącznie 1 305 oznaczeń parametrów jakości wody w kąpieliskach. Szczegółowe informacje dotyczące kąpielisk, w tym m.in. bieżące oceny jakości wody w kąpieliskach oraz informacje o zakazach kąpeli, wraz ze wskazaniem przyczyn wprowadzenia zakazu kąpeli, publikowane były w prowadzonym i aktualizowanym na bieżąco przez Państwową Inspekcję Sanitarną internetowym Serwisie kąpieliskowym.





ZAPOBIEGAWCZY NADZÓR SANITARNY

1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny

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

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

1.1. Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

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

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

1.2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

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

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

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

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

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



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

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

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

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

W 2022 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały stanowiska dotyczące:

- ◆ projektów, programów i strategii oraz innych dokumentów odnoszących się do terenów gmin, województw i całego kraju, działając w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko,
- ◆ planów zagospodarowania przestrzennego oraz studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko,
- ◆ planowanych przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko na etapie oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko,
- ◆ dokumentacji projektowych inwestycji, w szczególności projektów budowlanych,
- ◆ obiektów budowlanych przed dopuszczeniem ich do użytkowania przez właściwy organ,

- ◆ zgod, opinii i uzgodnień wynikających z odrębnych przepisów prawa, w tym rewitalizacji, remediacji, naprawy szkód w środowisku, stref przemysłowych, wykorzystania terenów po składowiskach odpadów.

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

Strategiczne oceny oddziaływania na środowisko

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

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

Ocena oddziaływania przedsięwzięcia mogącego znacząco oddziaływać na środowisko

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

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

Odpowiednio do stopnia szczegółowości dokumentów strategicznych bądź przedsięwzięć mogących znacząco oddziaływać na środowisko dokonywana była kompleksowa ocena ryzyka wpływu zamierzeń (zadań) projektowanego dokumentu strategicznego lub danego przedsięwzięcia na poszczególne komponenty środowiska. Analiza obejmowała oddziaływanie na powietrze, gruntowo-wodne (w tym jakość wód podziemnych zasilających ujęcia służące do zbiorowego lub indywidualnego zaopatrzenia ludności w wodę, kąpieliska) oraz na inne pochodne elementy, w szczególności w kontekście emisji



zanieczyszczeń do środowiska (ścieków, odpadów, emisji do powietrza), energii (PEM, hałasu, interferencji, promieniowania jonizującego, radioaktywności itp.). Ponadto brano pod uwagę ingerencję planowanych zamierzeń/strategii/programów/przedsięwzięć/cia w środowisko w zakresie przyjętych rozwiązań niwelujących, ograniczających lub rekompensujących negatywne oddziaływanie i przewidywane uciążliwości w szeroko rozumianym środowisku, pod kątem bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi.

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

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

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

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

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

Główny Inspektor Sanitarny w 2022 r. nadał uprawnienia rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych 1 osobie (w 2021 r. – 7 osobom, w 2020 r. – 7 osobom, w 2019 r. – 7 osobom, w 2018 r. – 11 osobom, w 2017 r. – 7 osobom, a w 2016 r. – 8 osobom).

W roku sprawozdawczym na terenie całego kraju zarejestrowanych było 345 rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych, w tym aktywnie działających 327 rzeczoznawców (w 2021 r. 361 zarejestrowanych, w tym aktywnie działających 284).

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

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

Stanowiska w zakresie odstępstw od przepisów dotyczyły m.in. obniżenia wysokości pomieszczeń, zagłębienia poniżej poziomu terenu oraz oświetlenia wyłącznie światłem sztucznym pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi. Odnosiły się również do zastosowania recyrkulacji powietrza w budynkach działalności leczniczej, usytuowania wyrzutni powietrza instalacji wentylacyjnych i klimatyzacyjnych, a także odległości lokalizowania zbiorników na nieczystości ciekłe, miejsc na kontenery na odpady stałe od okien i drzwi budynków z pomieszczeniami na pobyt ludzi, od granicy z sąsiednią działką, czy od magazynów spożywczych.

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały również:

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

Zapobiegawczy nadzór sanitarny – dane liczbowe

W 2022 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowa Inspekcja Sanitarna zajęła ogółem 115 747 stanowisk, w tym 959 negatywnych, co stanowi 0,83% (w 2021 r. 108 675 stanowisk, w tym 933 negatywnych, co stanowiło 0,86%).

W ramach powyższych działań dokonano: 36 854 uzgodnień dokumentacji projektowej inwestycji pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych (w 2021 r. 26 997 uzgodnień), w tym przez:

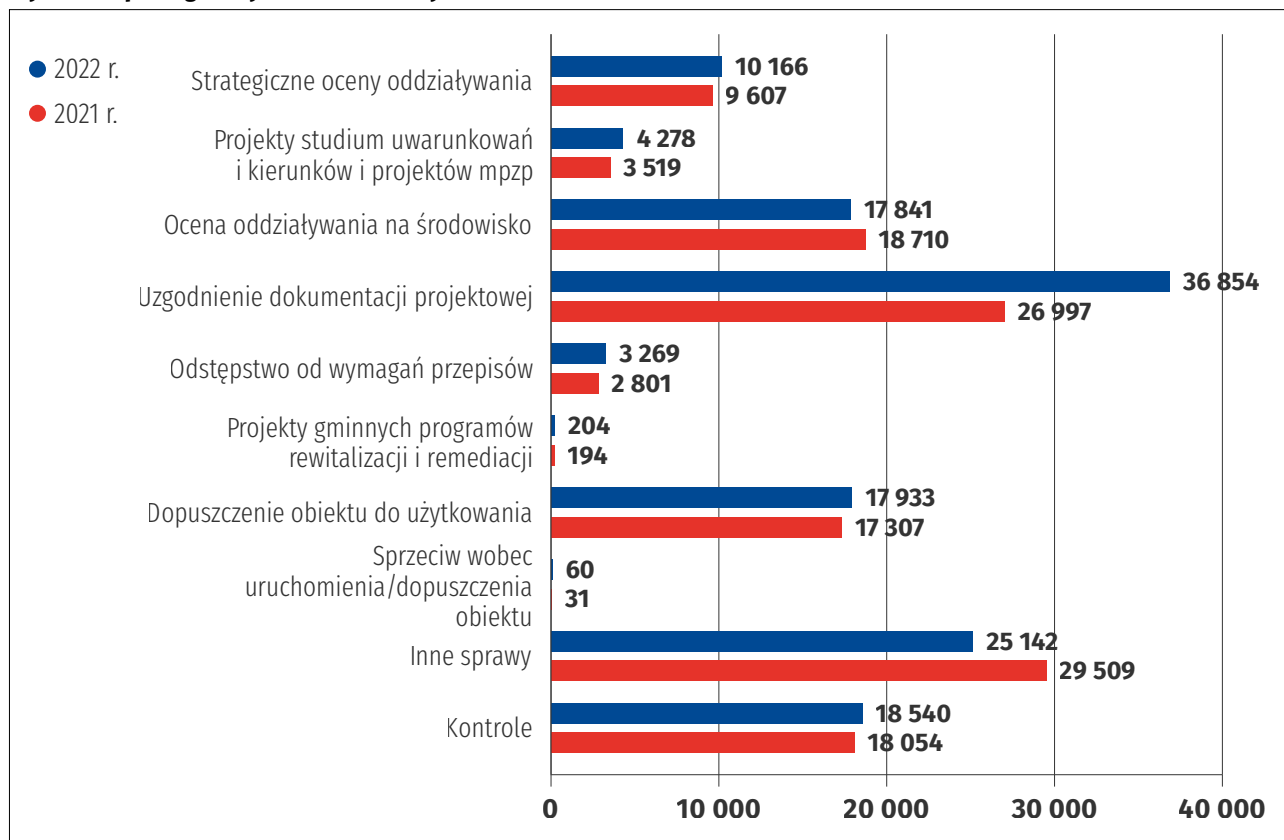
- ◆ organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej – 5142 uzgodnień dokumentacji projektowej (w 2021 r. – 5346 uzgodnień),
- ◆ rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych – 31 712 uzgodnień dokumentacji projektowej (w 2021 r. – 21 651 uzgodnień).

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

- ◆ 10 166 uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów (w 2021 r. – 9 607),
- ◆ 4 278 opinii dotyczących projektów studium uwarunkowań i kierunków oraz projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko (w 2021 r. – 3 519),
- ◆ 17 841 opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko (w 2021 r. – 18 710),
- ◆ 3 269 stanowisk dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych, w tym w zakresie warunków technicznych, (w 2021 r. – 2 801),
- ◆ 17 933 stanowiska w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego (w 2021 r. – 17 307),
- ◆ 60 sprzeciwów wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowywanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania (w 2021 r. – 31),
- ◆ 204 opinie do projektów gminnych programów rewitalizacji i planów remediacji oraz warunków przeprowadzania działań naprawczych w środowisku (w 2021 r. – 194),
- ◆ 25 142 inne sprawy (w 2021 r. – 29 509).

W związku ze sprawowaniem zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały 19 034 kontrole oraz wizje lokalne obiektów i terenów (w 2021 r. – 18 054).

Wyk. 63 Zapobiegawczy nadzór sanitarny



1.3. Podsumowanie

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

Ocena projektowanych rozwiązań skupia się w szczególności na ocenie ryzyka narażenia ludności na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, uciążliwe lub szkodliwe dla zdrowia człowieka w miejscu jego zamieszkania i przebywania, a także na minimalizacji tego ryzyka. Uzgadnianie dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych polega na sprawdzeniu dokumentacji projektowej (projektów różnych branż) i przeanalizowaniu zaplanowanych rozwiązań w aspekcie zgodności z zapisami prawa mającymi wpływ na stan sanitarno-higieniczny obiektu oraz możliwości wystąpienia w zrealizowanym na podstawie przedmiotowego projektu obiekcie zagrożeń dla życia i zdrowia człowieka.

Rok 2022 r. zaznaczył się znacznym wzrostem wydanej liczby uzgodnień dokumentacji projektowej planowanych inwestycji pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych. W stosunku do 2021 r. odnotowano wzrost o 36,5%. Powyższe może wskazywać na wzrost świadomości i uwrażliwienia inwestorów oraz projektantów na aspekty bezpieczeństwa sanitarnego na etapie planowania i projektowania rozwiązań lokalowo-przestrzennych w obiektach planowanych i istniejących. Odpowiednio zaprojektowany układ funkcjonalny pomieszczeń, w którym planuje się działalność, ma istotne znaczenie w aspekcie zapewnienia wymagań higienicznych i zdrowotnych. Dlatego właśnie, pomimo braku przepisu prawnego zobowiązującego inwestora do dokonania uzgodnienia dokumentacji projektowej przez państwowego inspektora sanitarnego, inwestorzy oraz projektanci dążą do uzyskania uzgodnienia dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych w celu zapewnienia prawidłowości rozwiązań w aspekcie sanitarno-higienicznym.





STAN SANITARNY OBIEKTÓW UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

1. Informacje ogólne

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

W 2022 r. skontrolowano ogółem 59 772 obiekty użyteczności publicznej, co stanowiło 37,03% spośród 161 424 ujętych w ewidencji, m.in.:

- ◆ domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych oraz inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – skontrolowano 1891 spośród 3303 ujętych w ewidencji, co stanowiło 57,25%,
- ◆ domy przedpogrzebowe – skontrolowano 705 spośród 1 410, co stanowiło 50%,
- ◆ salony fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz inne zakłady, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z takich usług – skontrolowano 25 672 spośród 69 487 ujętych w ewidencji, co stanowiło 36,94%,
- ◆ obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie – skontrolowano 7768 spośród 22 877 ujętych w ewidencji, co stanowiło 33,96%,
- ◆ ustępy – skontrolowano 1554 ustępy publiczne (szalety publiczne) i 852 ustępy ogólnodostępne w obiektach użyteczności publicznej spośród 3712 ujętych w ewidencji, co stanowiło 64,82%,
- ◆ dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze i morskie, przystanie żeglugi morskiej i śródlądowej, stacje metra, przystanie jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych – skontrolowano 761 spośród 1485 ujętych w ewidencji, co stanowiło 51,25%,
- ◆ przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne – skontrolowano 46 spośród 52 ujętych w ewidencji, co stanowiło 88,46%,
- ◆ cmentarze – skontrolowano 2365 spośród 9132, co stanowiło 25,9%,
- ◆ inne obiekty i urzędzenia użyteczności publicznej, m.in. apteki, kina, hale sportowe, targowiska, zakłady pralnicze – skontrolowano 11 974 spośród 35 411, co stanowiło 33,81%.

2. Stan sanitarny wybranych obiektów

2.1. Domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych, inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej

W 2022 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 3303 takie obiekty, z których skontrolowano 1891 obiektów. W porównaniu z rokiem 2021 odsetek skontrolowanych obiektów zwiększył się z 37,6% do 57,25%.

Zakres kontroli obejmował m.in. stan higieniczny, stan sanitarno-techniczny, postępowanie z odpadami, w tym medycznymi w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, postępowanie z bielizną, przestrzeganie zakazu palenia tytoniu.

Stwierdzono następujące uchybienia:

- ◆ 44 przypadki niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym (co stanowiło 2,33%),
- ◆ 35 przypadków niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem higieniczno-sanitarnym (1,85%),
- ◆ 49 przypadków niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem technicznym (2,59%).

Wśród kontrolowanych obiektów pomocy społecznej znalazły się obiekty o różnych profilach działalności:

- ◆ domy pomocy społecznej stanowiące placówki zapewniające całodobową opiekę z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności,
- ◆ inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej stanowiące placówki w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, takie jak: ośrodki dla cudzoziemców, domy dziennego pobytu, ośrodki wsparcia, w tym ośrodki wsparcia tworzone na podstawie przepisów o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, środowiskowe domy samopomocy, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży itp.,
- ◆ placówki zapewniające całodobową opiekę, tj. placówki, które zapewniają opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, prowadzone w ramach działalności gospodarczej,
- ◆ noclegownie i domy dla bezdomnych wraz z pomieszczeniami pomocniczymi niezbędnymi do prawidłowego funkcjonowania i udzielania pomocy.

2.2. Zakłady przedpogrzebowe

Spośród 1410 obiektów zewidencjonowanych w 2022 r. skontrolowano 705 (w 2021 r. spośród 1411 skontrolowano 706 obiektów). W 15 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny (2,13%), w 2 – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny (0,28%) i w 10 przypadkach – niezadawalający stan techniczny (1,42%).



W roku 2022 pion higieny komunalnej, wspólnie z pionem higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, kontynuował realizację zamierzenia rozpoczętego w 2021 r. pn.: „Nadzór nad stanem higieniczno-sanitarnym w zakładach pogrzebowych oraz warunkami pracy i oceny narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach pogrzebowych”. W zakresie pionu higieny komunalnej sprawdzano warunki higieniczno-sanitarne m.in. pomieszczeń do ubierania i przechowywania zwłok, chłodnie, sposób postępowania ze zwłokami oraz odpadami.

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości w zakładach pogrzebowych dotyczyły:

- ◆ warunków higieniczno-sanitarnych pomieszczeń do przygotowania zwłok do pochówku, pomieszczeń i urządzeń do przechowywania zwłok (chłodnie/urządzenia chłodnicze), pomieszczeń przeznaczonych do wystawiania zwłok,
- ◆ warunków higieniczno-sanitarnych środków transportu do przewozu zwłok i szczątków ludzkich (procedury mycia i dezynfekcji),
- ◆ warunków przechowywania odpadów powstających podczas świadczenia usług związanych z przygotowaniem zwłok do pochówku i postępowania z odpadami,
- ◆ warunków pomieszczeń do przechowywania: sprzętu związanego z ceremonią pogrzebową, sprzętu porządkowego, środków do mycia i dezynfekcji, mat i skrzyń wykorzystywanych przy ekshumacji.

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

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

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

Pomimo braku obowiązku prawnego dotyczącego uzyskania opinii sanitarnej odnośnie rozpoczęcia takiej działalności, zaleca się wystąpienie z wnioskiem o wydanie opinii na podstawie art. 3 Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁴ do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego ze względu na lokalizację usług. Niezależnie od powyższego, stanowisko organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej może być wymagane przepisami ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane⁵ w przypadku

1 Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.

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

3 Dz. U. z 2022 r. poz. 1225

4 Dz. U. z 2023 r. poz. 338

5 Dz. U. z 2023 r. poz. 682

konieczności uzyskania pozwolenia na użytkowanie obiektu budowlanego (art. 56) celem świadczenia tego rodzaju usług.

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

W 2022 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się:

- ◆ 31 414 zakładów fryzjerskich,
- ◆ 23 336 zakładów kosmetycznych,
- ◆ 1351 zakładów tatuażu,
- ◆ 5263 zakłady odnowy biologicznej,
- ◆ 8123 inne zakłady, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z wymienionych usług.



W porównaniu z rokiem 2021 liczba podmiotów oferujących takie usługi zwiększyła się o 1774. Odsetek obiektów skontrolowanych zwiększył się z 25,1% w roku 2021 do 36,94% w roku 2022, niemniej jednak odsetek obiektów z uchybieniami pozostaje na porównywalnym poziomie.

Tab. 30 Kontrole zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu, odnowy biologicznej w 2022 r.

Wyszczególnienie	Liczba urządzeń i obiektów				
	według ewidencji na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Zakłady fryzjerskie	31 414	10 998	45	140	52
Zakłady kosmetyczne	23 336	9 182	30	130	25
Zakłady tatuażu	1 351	665	7	19	4
Zakłady odnowy biologicznej	5 263	2 032	10	9	18
Inne zakłady, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z usług: fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej, tatuażu	8 123	2 795	15	35	18
Ogółem	69 487	25 672 (36,94%)	107 (0,42%)	333 (1,30%)	117 (0,46%)

Kontrole solariów są prowadzone w zw. z przepisami Ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium⁶ i obejmowały m.in. zagadnienia takie jak:

- ◆ obowiązek całkowitego zakazu promocji i reklamy usług w zakresie udostępniania solarium,
- ◆ zakaz udostępniania solariów osobom nieletnim,
- ◆ obowiązek prawidłowego oznakowania dot. zakazu korzystania z solarium przez osoby niepełnoletnie oraz negatywnych skutków korzystania z solarium, o którym mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie umieszczania informacji o zakazie udostępniania solarium osobom, które nie ukończyły 18 roku życia⁷ oraz treści informacji o ryzyku związanym z korzystaniem z solarium.

Ogólną statystykę kontroli solariów w latach 2019-2022 przedstawia poniższa tabela.

6 Dz. U. z 2017 r. poz. 2111

7 Dz. U. z 2018 r. poz. 275

Tab. 31 Statystyka kontroli solariumów w latach 2019-2022

Dane za rok	Liczba kontroli (w tym sprawdzających)	Liczba obiektów skontrolowanych	Liczba zaleceń w formie pouczenia na podstawie art.8 ust. 1 pkt 1-4 ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium – Dz.U. z 2017 r. poz. 2111	Liczba kar na podstawie art. 8 ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium – Dz.U. z 2017 r. poz. 2111	Ogólna kwota mandatów (PLN)
2019	2 846	2 799	26	12	18 000
2020	990	985	4	2	2 000
2021	1 269	1 234	3	7	8 000
2022	1 756	1 729	5	5	16 000

2.4. Obiekty hotelarskie – hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, kempingi, pola biwakowe i inne obiekty, w których świadczone są usługi hotelarskie

W 2022 r. skontrolowano 7768 obiektów hotelarskich spośród zewidencjonowanych 22 850 obiektów tego typu (w roku 2021 wykonano 6743 kontrole obiektów hotelarskich). W 125 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym (co stanowiło 1,61%), w 95 przypadkach – niezadawalający stan sanitarny pod względem higieniczno-sanitarnym (1,22%) oraz w 135 – niezadawalający stan sanitarny pod względem technicznym (1,74%).

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach nadzoru nad obiektami hotelarskimi kontroluje:

- ◆ jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi,
- ◆ zaopatrzenie w bieżącą wodę ciepłą i zimną,
- ◆ gospodarkę ściekami i odpadami,
- ◆ postępowanie z brudną i czystą bielizną oraz pościelą,
- ◆ procedury utrzymania czystości, środki czystości i dezynfekcyjne,
- ◆ warunki eksploatacji instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji,
- ◆ stan sanitarno-higieniczny, techniczny oraz infrastrukturę terenów przeznaczonych pod kempingi, pola namiotowe i wokół budynków.

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

Skontrolowano 628 dworców i stacji (autobusowe, kolejowe, metra) na 1279 znajdujących się w ewidencji, w 10 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym (co stanowiło 1,59%), natomiast w 17 przypadkach wyłącznie pod względem technicznym (2,71%).

W 2022 r. skontrolowano ogółem również 5535 środków transportu, w tym:

- ◆ 1576 autobusów komunikacji publicznej,
- ◆ 248 autobusów turystycznych,
- ◆ 319 tramwajów i trolejbusów, wagonów w metrze czy szybkiej kolei miejskiej,
- ◆ 252 wagony w pociągach dalekobieżnych i podmiejskich,
- ◆ 479 statków morskich,
- ◆ 99 statków i promów pasażerskich morskich i żeglugi śródlądowej,
- ◆ 44 samoloty pasażerskie,
- ◆ 259 samochodów do przewozu chorych,
- ◆ 1975 samochodów do przewozu zwłok i szczątków ludzkich,
- ◆ 143 samochody do przewozu bielizny,
- ◆ 141 innych środków transportu.

W 4 przypadkach skontrolowanych środków transportu stwierdzono niezadowalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym (co stanowiło 0,07%), w 26 przypadkach – tylko pod względem higieniczno-sanitarnym (0,47%), a w 3 przypadkach tylko pod względem technicznym (0,05%).



2.6. Zakłady karne i areszty śledcze

W 2022 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 170 zakładów karnych i aresztów śledczych, z czego w 157 przeprowadzono kontrolę (o 72 kontrole więcej niż w 2021 r.). Wyniki kontroli wykazały 9 przypadków niezadawalającego stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego (co stanowiło 5,73%) oraz 12 przypadków niezadawalającego stanu technicznego (7,64%) a także w 2 przypadkach stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny (1,27%).

2.7. Inne obiekty użyteczności publicznej

Przedmiotowa grupa obiektów obejmuje inne niż wyżej wymienione obiekty użyteczności publicznej, w tym obiekty i urządzenia użyteczności publicznej, m.in apteki, kina, hale sportowe, targowiska, zakłady pralnicze. W przypadku tego typu obiektów zachowanie właściwego stanu sanitarnego jest niezbędne z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób z nich korzystających, a także przebywających w ich sąsiedztwie.

Spośród 35 411 zewidencjonowanych obiektów, skontrolowano 11 974. W 94 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny (0,79%) w 54 – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny (0,45%) oraz w 159 przypadkach niezadawalający stan techniczny (1,33%).



2.8. Cmentarze

Spośród 9132 obiektów (według ewidencji na 31 grudnia 2022 r.) skontrolowano 2365 (co stanowi 25,9%). W 9 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny (0,38%), w 6 (0,25%) – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i w 17 przypadkach – niezadawalający stan techniczny (0,72%). W porównaniu z rokiem 2021 r. (skontrolowano 1816 obiektów spośród 9108), odsetek skontrolowanych cmentarzy zwiększył się o ok. 6%.

W ramach bieżącego nadzoru ocenie poddawano stan sanitarny cmentarzy, w tym m.in. w zakresie: postępowania z odpadami pochodzącymi z powierzchni grzebalnej cmentarza (stan sanitarno-porządkowy i sanitarno-techniczny kontenerów i pojemników do gromadzenia odpadów), zapewnienia ogrodzenia terenu cmentarza. Weryfikowano także podstawowe źródło zaopatrzenia w wodę do celów użytkowych (wodociąg sieciowy/źródło własne) oraz warunki przeprowadzania ekshumacji.

3. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów Ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w miejscach użyteczności publicznej

Jednym z priorytetów działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest zabezpieczenie prawa osób niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego oraz pary z papierosów elektronicznych, dlatego kluczowe znaczenie mają działania, których celem jest spadek liczby osób narażonych na bierne palenie w miejscach użyteczności publicznej. Dostępne badania wskazują jednoznacznie, że nie ma bezpiecznego poziomu narażenia na dym tytoniowy. Każdy obywatel ma konstytucyjne prawo do ochrony swojego zdrowia, a narażenie na bierne palenie, szczególnie w przestrzeni publicznej, zdecydowanie to prawo narusza.

Dlatego istotne jest, aby w obiektach objętych przepisami ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych⁸ przeprowadzać cykliczne kontrole sprawdzające przestrzeganie tych przepisów oraz, w razie wykrycia nieprawidłowości, skutecznie egzekwować prawo.

W 2022 r. przeprowadzono łącznie 213 035 kontroli, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zakazu palenia tytoniu. Należy wskazać, iż w roku 2022 przeprowadzono znacznie więcej kontroli w stosunku do lat ubiegłych (137 671 skontrolowanych miejsc w 2021 r. oraz 83 251 w roku 2020). Na wzrost kontroli dokonanych w 2022 r. przełożyło się zniesienie obostrzeń związanych z sytuacją epidemiczną.

8 Dz.U. z 2023 r. poz. 700

Z wykonanych kontroli wynika, że przepisy ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych dotyczące zakazu palenia wyrobów tytoniowych w 2022 r. były stosowane w 99,98% skontrolowanych obiektów użyteczności publicznej. Natomiast w 0,02% skontrolowanych obiektów stwierdzono nieprzestrzeganie przepisów ustawy. Najlicniejszą grupą obiektów, w których nie były przestrzegane przepisy ustawy, były lokale gastronomiczno-rozrywkowe oraz zakłady pracy. Ustawa była przestrzegana w 100% w przypadku obiektów sportowych, kultury i wypoczynku, obsługi podróżnych, pomocy społecznej, a także uczelni. Skontrolowano 31 024 przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych, 33 800 jednostek organizacyjnych systemu oświaty, 251 uczelni wyższych, 2552 jednostki organizacyjne pomocy społecznej, 53 158 zakładów pracy, 13 481 obiektów kultury i wypoczynku, 30 643 lokali gastronomiczno-rozrywkowych, 2083 pomieszczenia obiektów sportowych, 4296 obiektów służących obsłudze podróżnych oraz 41 747 innych pomieszczeń użytku publicznego.

Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. wystawiły łącznie 33 mandaty na łączną kwotę 6950 zł za łamanie zakazu palenia papierosów tradycyjnych oraz za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem (w roku 2021 – 22 mandaty wynoszące 4550 zł).



Biorąc pod uwagę ogólną sytuację dotyczącą przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, zauważyć należy, że w ciągu ostatnich dwóch lat odsetek miejsc i zakładów użyteczności publicznej naruszających przepisy ustawy utrzymuje się na bardzo niskim poziomie (poniżej 1% przypadków stwierdzonych nieprawidłowości w porównaniu z ogólną liczbą dokonanych kontroli). Biorąc pod uwagę powyższe, założyć można, iż przeprowadzane regularnie kontrole przynoszą pozytywny efekt, niemniej jednak w przyszłości szczególną uwagę należałoby poświęcić tym obiektom, gdzie każdego roku stwierdza się najwięcej przypadków łamania obowiązujących przepisów – czyli w zakładach pracy oraz lokalach gastronomiczno-rozrywkowych.

4. Podsumowanie

W roku 2022 przeprowadzono znacznie więcej kontroli w stosunku do roku poprzedniego. Na wzrost kontroli planowych dokonanych w 2022 r. przełożyło się zniesienie obostrzeń związanych z sytuacją epidemiczną na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej. Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości były usuwane na bieżąco lub w terminach wyznaczonych w postępowaniu administracyjnym. Nieznacznie wzrosła również liczba obiektów w ewidencji w porównaniu z rokiem 2021. Biorąc pod uwagę udział procentowy obiektów z nieodpowiednim stanem sanitarnym lub technicznym, ogólny stan obiektów użyteczności publicznej należy uznać zatem za dobry.

Tab. 32 Dane porównawcze wyników kontroli w latach 2021-2022 w odniesieniu do obiektów zewidencjonowanych

liczba obiektów użyteczności publicznej	Rok 2021	Rok 2022
wg ewidencji stan na 31 XII	157 725	161 424
skontrolowanych	43 673 27,69%	59 772 37,03%
z nieodpowiednim stanem sanitarno-higienicznym i technicznym	354 0,22%	495 0,31%
z nieodpowiednim stanem sanitarno-higienicznym	413 0,26%	581 0,36%
z nieodpowiednim stanem wyłącznie pod względem technicznym	425 0,27%	642 0,4%



**NADZÓR NAD WARUNKAMI
SANITARNO-HIGIENICZNYMI
ŚRODOWISKA PRACY**

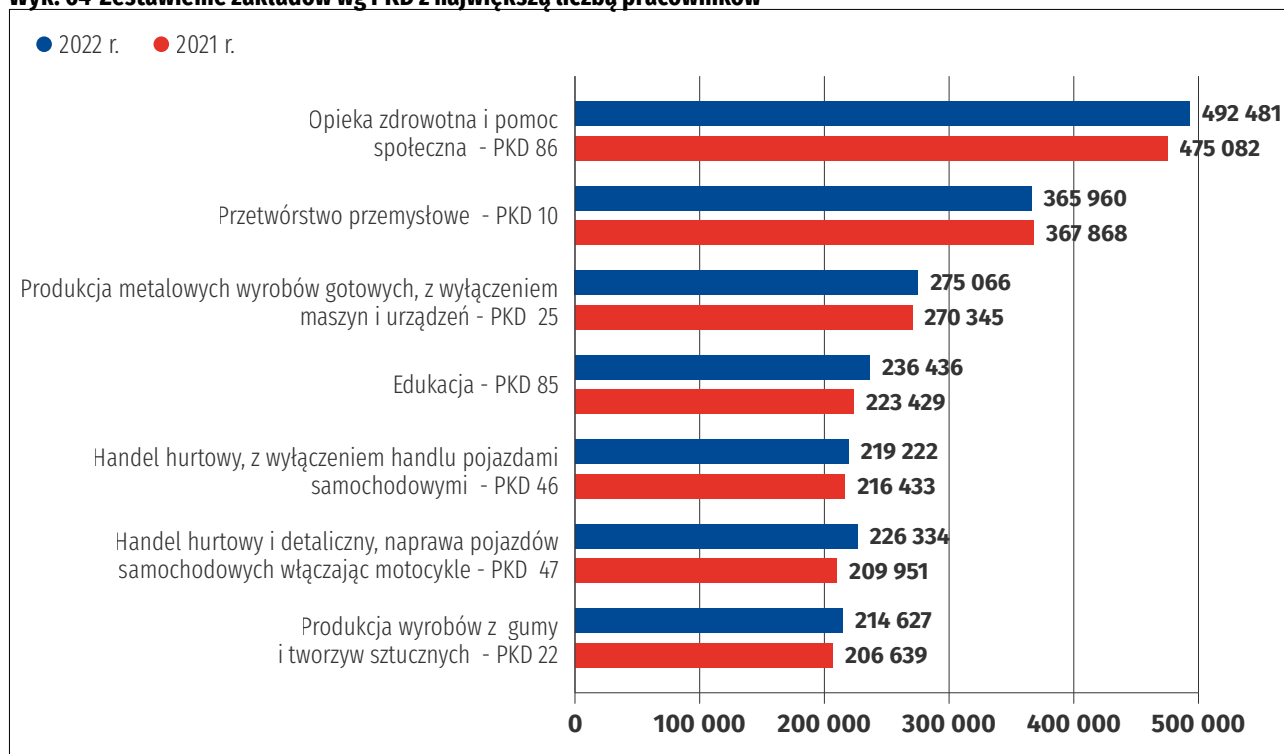


1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Główne kierunki działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie prowadzonego nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących na stanowiskach pracy określone były w Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował w 2022 r. kontrole dotyczące: przestrzegania przepisów m.in. z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich u zatrudnionych pracowników, występowania substancji chemicznych i ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy, a także oceny ryzyka zawodowego.

Pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. obejmował ewidencją **145 916** zakładów pracy (**142 369** w roku 2021), zatrudniających ogółem **5 164 491** pracowników (w 2021 r. – **5 115 742**), z czego największą liczbę zatrudnionych stanowili pracownicy wg klasyfikacji działalności, którą przedstawia poniższy wykres:

Wyk. 64 Zestawienie zakładów wg PKD z największą liczbą pracowników



W 2022 r. pracownicy pionu Higieny Pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili **46 129** kontroli (w 2021 r. – 31 033 kontrole) w **37 293** zakładach (w 2021 r. w 25 212 zakładach), zatrudniających

łącznie **2 075 249** pracowników (w 2021 r. – 1 502 324 pracowników). Nadzorem objętych zostało **26%** zewidencjonowanych podmiotów.

Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono łącznie w **3381** zakładach pracy, co stanowiło 9% ogółu skontrolowanych zakładów pracy. Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i najwyższych dopuszczalnych natężeń (NDN) odnotowane w 2022 r., tak jak w roku ubiegłym, dotyczyły głównie branż o następującym profilu produkcji:

- ◆ PKD 16 – produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli; produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – przekroczenia zostały stwierdzone w **1,5%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2021 r. – 1,8%),
- ◆ PKD 25 – produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – przekroczenia zostały stwierdzone w **1,4%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2021 r. – 1,4%),
- ◆ PKD 10 – produkcja artykułów spożywczych – przekroczenia zostały stwierdzone w **0,8%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2021 r. – 1,1%),
- ◆ PKD 31 – produkcja mebli – przekroczenia zostały stwierdzone w **0,6%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2021 r. – 0,7%),
- ◆ PKD 22 – produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych – przekroczenia zostały stwierdzone w **0,6%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2021 r. – 0,6%).

Ogółem w warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2022 r. zatrudnionych było **202 493** pracowników, co stanowiło 9,8% zatrudnionych w skontrolowanych zakładach.

Najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy, podobnie jak i w latach ubiegłych, był ponadnormatywny hałas, którego przekroczenie stwierdzono w **6097** zakładach objętych kontrolami. Łączna liczba zakładów narażonych na oddziaływanie hałasu stanowiła **16,3%** ogółu skontrolowanych zakładów w różnych gałęziach gospodarki.

W wyniku przeprowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną postępowań administracyjnych i egzekucyjnych dotyczących warunków higieniczno-sanitarnych oraz realizacji zadań wynikających z bieżącego nadzoru, ogółem wydano **9997 decyzji** (w 2021 r. wydano 6 907 decyzji), w tym aż **5831 decyzji** (w 2021 r. – 3563 decyzji) dotyczących poprawy warunków pracy oraz **5 decyzji** unieruchamiających stanowisko pracy i **2 decyzje** unieruchamiające zakład pracy. W 2022 r. nakazy decyzji w liczbie **34 580** dotyczyły, tak jak w ubiegłym roku m.in.:

- ◆ badań i pomiarów czynników szkodliwych – co stanowiło **20,9%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2021 r. – 20%),
- ◆ oceny ryzyka zawodowego – co stanowiło **8%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2021 r. – 8,1%),



- ◆ substancji chemicznych i ich mieszanin – co stanowiło **6,5%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2021 r. – 5,5%),
- ◆ obniżenia normatywów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – co stanowiło **4,4%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2021 r. – 3,6%),
- ◆ czynników biologicznych w środowisku pracy – co stanowiło **2,4%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2021 r. – 3,9%),
- ◆ substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – co stanowiło **6,8%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2021 r. – 6,3%).

W 2022 r. wydano 106 postanowień o nałożeniu grzywnien celem przymuszenia do wykonywanych decyzji. W drodze mandatu karnego nałożono **214 grzywnien** na łączną kwotę **42 060 zł**.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowanego nadzoru nad warunkami pracy szczególny nacisk kładzie na występujące w środowisku pracy **czynniki o działaniu rakotwórczym lub mutagennym**. Ze względu na charakter skutków zdrowotnych temat ten jest realizowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną w sposób ciągły.

W 2022 r. przeprowadzono **6556** kontroli (w 2021 r. – 4243 kontrole) w **5813** obiektach (w 2021 r. – 3893 obiektach), co stanowiło 34% skontrolowanych zakładów pracy, w których występują czynniki o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. Liczba pracowników narażonych na czynniki o działaniu rakotwórczym lub mutagennym ogółem wyniosła **156 330**, w tym **34 882** kobiety i **121 448** mężczyzn. Wydano **1290** decyzji w zakresie nadzoru nad czynnikami o działaniu rakotwórczym/mutagennym, co stanowiło 22,2% skontrolowanych zakładów pracy, w których występują czynniki rakotwórcze lub mutagenne.

Kolejna grupa pracowników będąca pod szczególnym nadzorem pionu Higieny Pracy to stanowiska pracy, na których występuje narażenie na szkodliwe **czynniki biologiczne w środowisku pracy**. W 2022 r. skontrolowanych zostało **8879** zakładów pracy (w 2021 r. – 6945 zakładów pracy), co stanowiło 20% zewidencjonowanych podmiotów, w których występują szkodliwe czynniki biologiczne. Liczba pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne wyniosła ogółem **383 483**, w tym **366 081 osób** narażonych na grupę 2 zagrożenia i **246 788 osób** na grupę 3 zagrożenia. Wydano **łącznie 578** decyzji, co stanowiło **6,5%** skontrolowanych zakładów pracy, w których występują szkodliwe czynniki biologiczne.

W 2022 r. najczęściej stwierdzane uchybienia w zakładach pracy, których występują szkodliwe czynniki biologiczne, tak jak w roku ubiegłym, dotyczyły głównie:

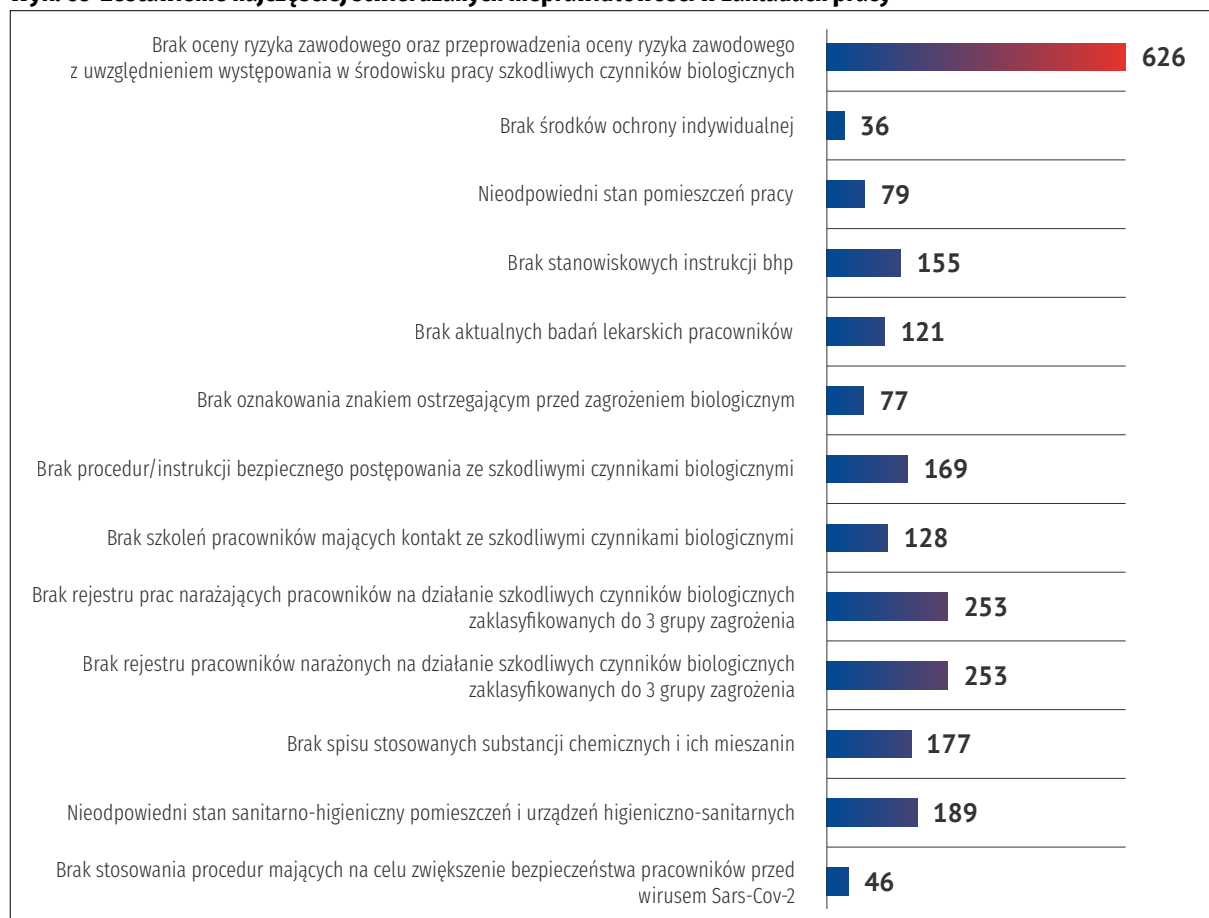
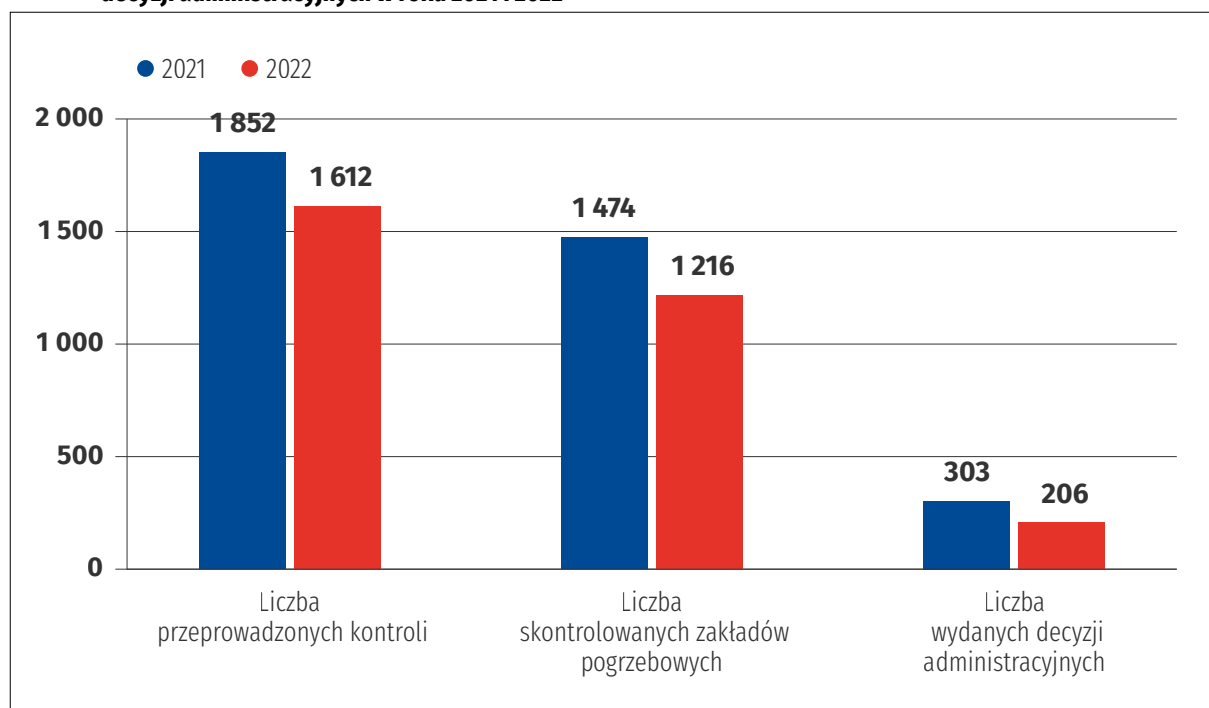
- ◆ braku rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 – zostały stwierdzone w **3,3%** skontrolowanych zakładach pracy (w 2021 r. w 4,3%),

- ◆ braku oceny ryzyka zawodowego pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne – zostały stwierdzone w **4,3%** skontrolowanych zakładach pracy (w 2021 r. w 6,5%),
- ◆ braku rejestru pracowników pracujących w narażeniu na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 – zostały stwierdzone w **3,4%** skontrolowanych zakładach pracy (w 2021 r. w 4,3%),
- ◆ braku stosownych procedur i instrukcji – zostały stwierdzone w **1,5%** skontrolowanych zakładach pracy (w 2021 r. w 2,1%),
- ◆ braku szkoleń pracowników – zostały stwierdzone w **1%** skontrolowanych zakładach pracy (w 2021 r. w 1,5%).

2. Ocena warunków pracy i narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach pogrzebowych

W roku 2022 pion higieny pracy wspólnie z pionem higieny komunalnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuował realizację zamierzenia rozpoczętego w 2021 r. pn. „Nadzór nad stanem higieniczno-sanitarnym w zakładach pogrzebowych oraz warunkami pracy i oceny narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach pogrzebowych”. W zakresie pionu higieny pracy sprawdzano warunki pracy, wypełnianie przez pracodawców ogólnych wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz obowiązków wynikających z zatrudniania pracowników w warunkach narażenia na szkodliwe czynniki w środowisku pracy, w tym na szkodliwe czynniki biologiczne. Łącznie w latach 2021-2022 skontrolowano **2690** podmiotów zatrudniających ogółem **12 259** pracowników. W 2021 r. odsetek skontrolowanych zakładów pracy stanowił 33,7% zewidencjonowanych podmiotów, w 2022 r. natomiast 36,2%. Przeprowadzono łącznie **3464** kontrole, w tym **363** kontrole sprawdzające i interwencyjne. W **630** zakładach pracy stwierdzono nieprawidłowości, co stanowiło 23% ogółu skontrolowanych zakładów pogrzebowych. Zestawienie najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości w zakładach pogrzebowych przedstawia wykres nr 65.

W wyniku prowadzonych postępowań administracyjno-egzekucyjnych, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydano ogółem **509** decyzji administracyjnych, zawierających **2491** nakazów.

Wyk. 65 Zestawienie najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości w zakładach pracy**Wyk. 66 Zestawienie liczby przeprowadzonych kontroli/skontrolowanych zakładów pogrzebowych/wydanych decyzji administracyjnych w roku 2021 i 2022**

3. Choroby zawodowe

W 2022 r. postępowania administracyjne w sprawie chorób zawodowych prowadzone były na podstawie przepisów określonych w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 2022 r., poz. 1836) oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz.U. z 2013 r., poz. 1379 ze zm.).

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. wpłynęło łącznie **4987** podejrzeń o chorobę zawodową (w 2021 r. – **5020**). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających i administracyjnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały **2714** decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz **1570** decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

Łącznie w 2022 r. po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono **2661** chorób zawodowych (w 2021 r. – **2532**).

W roku 2022 r. stwierdzono najwięcej chorób zawodowych w następujących jednostkach chorobowych:

- ◆ choroby zakaźne lub pasożytnicze – **1426** przypadków (w 2021 r. – **1386** przypadków), w tym m.in. choroby wywołane wirusem SARS-CoV-2 – **1097** przypadków (w 2021 r. – **996** przypadków),
- ◆ pylica płuc – **473** przypadki (w 2021 r. – **357** przypadków),
- ◆ schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym – **310** przypadków (w 2021 r. – **291** przypadków),



- ◆ przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy – **179** przypadków (w 2021 r. – **220** przypadków),
- ◆ przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy – **86** przypadków (w 2021 r. – **96** przypadków).

Wyk. 67 Liczba i rodzaj stwierdzonych chorób zawodowych w 2022 r.



Państwowa Inspekcja Sanitarna w roku 2020 i 2021 brała czynny udział w procedowaniu zmian do rozporządzenia w sprawie chorób zawodowych oraz rozporządzenia w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób. Analiza funkcjonowania systemu orzekania w sprawie chorób zawodowych oraz sytuacja epidemiologiczna kraju i związana z tym kwestia narażenia, w szczególności pracowników zatrudnionych w ochronie zdrowia, na wirusa SARS-CoV-2, wykazała potrzebę wprowadzenia zmian, celem których było przede wszystkim przyspieszenie oraz usprawnienie procesu orzeczniczego wszystkich chorób zawodowych, w tym choroby zawodowej COVID-19. Doprecyzowano sposób i tryb postępowania dotyczącego zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych, w tym również w przypadku śmierci pracownika albo byłego pracownika objętego zgłoszeniem podejrzenia choroby zawodowej. W wyniku zmian postępowanie administracyjne w przedmiocie stwierdzenia choroby zawodowej COVID-19 zostało skrócone, średnio z 12 do 5 miesięcy (w niektórych przypadkach nawet do 2 tygodni).

Okres trwania postępowania administracyjnego w przedmiocie podejrzenia choroby zawodowej w znacznej mierze zależy od czasu oczekiwania na wydanie orzeczenia lekarskiego przez uprawnioną jednostkę orzeczniczą.

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.

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

W ramach działalności laboratoryjnej w 2022 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili **85 989** oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych (porównując, w 2021 r. – **85 355** oznaczeń), dokonując przy tym kontroli i oceny **33 765** stanowisk pracy (porównując, w 2021 r. oceniono **27 741** stanowisk pracy).

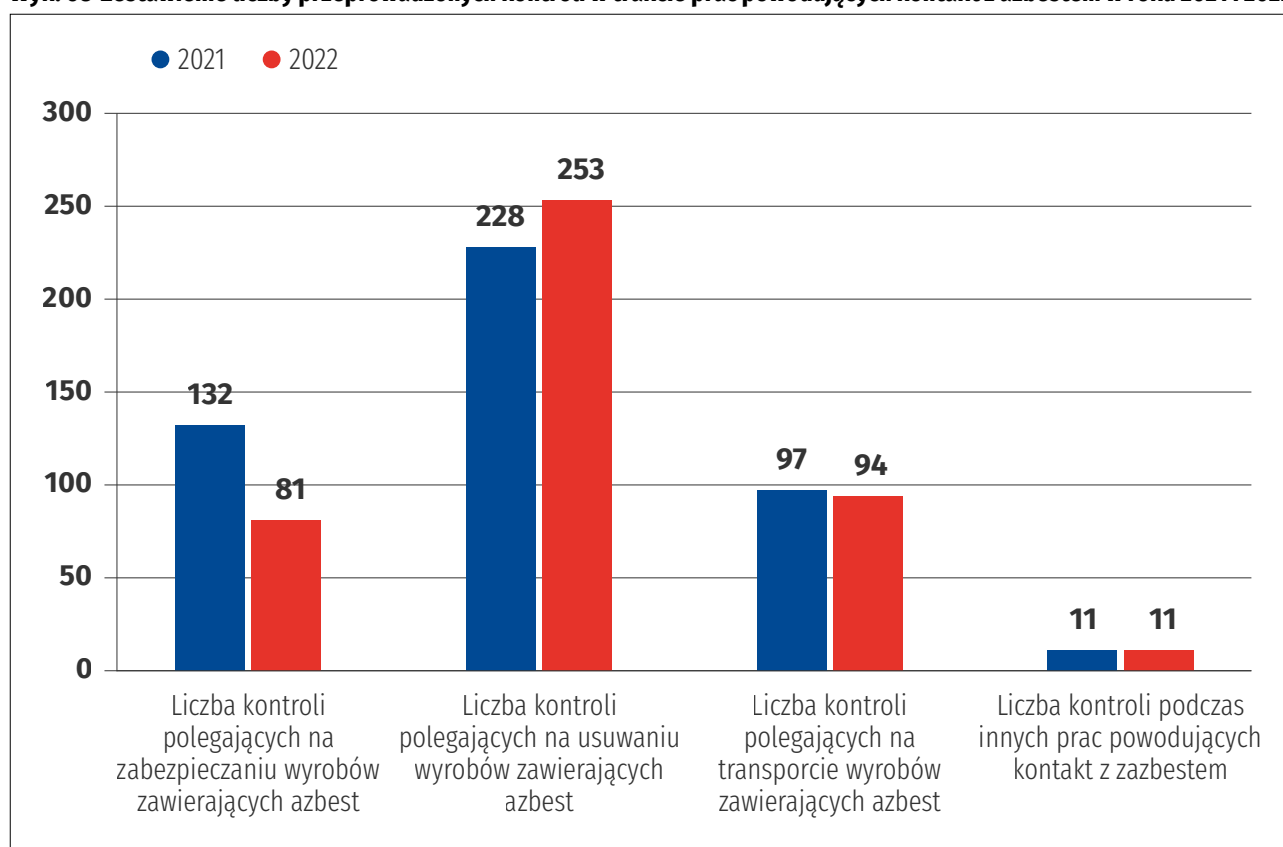
Tab. 33 Ilość wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych/uciążliwych w odniesieniu do ogółu wykonanych oznaczeń

Czynniki szkodliwe i uciążliwe	Procent wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych/uciążliwych [%]	
	2022 r.	2021 r.
Substancje chemiczne	18,1	19,5
Biologiczne	0,5	0,5
Mikroklimat gorący	0,5	0,3
Mikroklimat zimny	0,1	0,1
Mikroklimat umiarkowany	0,4	0,4
Hałas	58,3	58,2
Drgania	9,4	8,9
Oświetlenie	12,6	11,9

5. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest – na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2022 r.

W ramach realizacji programu wieloletniego pn. „Program oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032” w 2022 r., jak i w latach ubiegłych, upoważnieni przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili czynności kontrolne w zakładach zajmujących się usuwaniem bądź transportem wyrobów/odpadów zawierających azbest. Działania kontrolne obejmowały przede wszystkim aspekty bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy rozbiórkach. W **2022 r.** ewidencją pionu higieny pracy objętych zostało **378** firm zajmujących się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest. Pracownicy pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili w **2022 r.** na terenie całego kraju **163** kontrole w siedzibach firm zajmujących się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest, oraz **296** kontroli podczas prowadzonych prac powodujących kontakt z azbestem.

Wyk. 68 Zestawienie liczby przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w roku 2021 i 2022



W 2022 r. wydano łącznie **16 decyzji administracyjnych**, które obejmowały w sumie **50** nakazów. Najczęściej stwierdzane uchybienia sanitarno-higieniczne stwierdzone podczas przeprowadzonych działań kontrolnych dotyczyły braku:

- ◆ aktualnych orzeczeń lekarskich, stwierdzających brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku – **w 4 firmach**,

- ◆ przekazywania do właściwego PWIS informacji o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach lub procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – **w 16 firmach,**
- ◆ rejestru pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym – **w 16 firmach,**
- ◆ rejestru prac, których wykonanie powoduje konieczność kontaktu z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym – **w 14 firmach,**
- ◆ oceny i udokumentowania ryzyka zawodowego – **w 6 firmach,**
- ◆ planu usuwania wyrobów zawierających azbest – **w 4 firmach,**
- ◆ przeszkolenia pracowników i osób kierujących lub nadzorujących w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy pracach związanych z zabezpieczaniem lub usuwaniem wyrobów albo innych materiałów zawierających azbest – **w 5 firmach.**

6. Podsumowanie

Pion higieny pracy realizował w 2022 r. **działania profilaktyczne, administracyjne i kontrolne**, których celem była poprawa warunków pracy oraz zwiększenie poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących w miejscu pracy.

Realizacja zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie kompetencji pionu higieny pracy stopniowo przyczynia się do poprawy warunków pracy oraz zwiększenia poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników, a także wzrostu świadomości pracodawców.





HIGIENA RADIACYJNA

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie higieny radiacyjnej, zgodnie z Ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej¹, są realizowane przez Głównego Inspektora Sanitarnego oraz przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych.

Oddziały higieny radiacyjnej, realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego, prowadzą nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników w podmiotach stosujących źródła promieniowania jonizującego w celach medycznych oraz w podmiotach stosujących źródła promieniowania elektromagnetycznego. Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizują zadania polegające na ochronie populacji przed promieniowaniem jonizującym, elektromagnetycznym i skażeniami promieniotwórczymi o poziomach wyższych niż dopuszczalne.

1. Zgody i zezwolenia

Główny Inspektor Sanitarny wydaje zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (art. 33p ust. 1 Ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe²).

Państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni w ramach sprawowania nadzoru wydają zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych (art. 33q ust. 1 ustawy Prawo atomowe) oraz wydają zezwolenia na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich do celów rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej lub radioterapii schorzeń nienowotworowych oraz zezwolenia na uruchamianie pracowni stosujących takie aparaty (art. 5 ust. 4 ustawy Prawo atomowe).

Tab. 34 Liczba zgód na prowadzenie działalności związanej z narażeniem i zezwoleń na uruchamianie aparatów i pracowni rentgenowskich

Zgody i zezwolenia		2020	2021	2022
Zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym:		760	662	1 538
Wydawane przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych	z zakresu rentgenodiagnostyki	683	575	1 392
	z zakresu radiologii zabiegowej	57	66	122
	diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych	10	8	9
Wydawane przez Głównego Inspektora Sanitarnego	z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych	10	13	13
Zezwolenia na uruchamianie lub stosowanie aparatów rentgenowskich		2 247	2 772	2 636
Zezwolenia na uruchamianie pracowni rentgenowskich		1 407	1 485	1 577

¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 338.

² Dz. U. z 2023 r. poz. 1173

2. Nadzór i kontrola w zakresie przestrzegania warunków ochrony radiologicznej

W zakresie działań obejmujących ochronę radiologiczną pacjentów i optymalizację badań oraz zabiegów Państwowa Inspekcja Sanitarna w szczególności sprawuje nadzór nad aparatami rentgenowskimi do celów medycznych.

Tab. 35 Liczba jednostek wykorzystujących promieniowanie jonizujące w swojej działalności oraz osób wykonujących procedury z wykorzystaniem promieniowania jonizującego w tych jednostkach

Jednostki prowadzące działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego:	20 076
pracownie rentgenowskie	16 220
jednostki organizacyjne bez pracowni	3 725
ambulanse	131
Osoby wykonujące procedury z wykorzystaniem promieniowania jonizującego w ww. jednostkach podlegające kontroli dawek indywidualnych:	51 637
pracownie rentgenowskie	39 558
jednostki organizacyjne bez pracowni	11 910
ambulanse	169

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej w 2022 r. przeprowadzono 3995 kontroli w jednostkach prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.

Państwowa Inspekcja Sanitarna, w ramach sprawowanej kontroli, weryfikuje stan ochrony radiologicznej poprzez m.in. wykonywanie testów specjalistycznych urządzeń radiologicznych celem potwierdzenia sprawności technicznej aparatury rentgenowskiej. W 2022 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna wykonała 477 testów jakości aparatów rentgenowskich.

Ponadto Państwowa Inspekcja Sanitarna, w ramach realizowanych kontroli, przeprowadza w jednostkach ochrony zdrowia pomiary dozymetryczne w otoczeniu aparatów rentgenowskich. Łącznie w 2022 r. wykonano 1800 pomiarów przy aparatach rentgenowskich.

3. Nadawanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej

Zgodnie z ustawą Prawo atomowe oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej sprawującego wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia³ w 2022 r. Główny

³ Dz. U. z 2021 r. poz. 1908

Inspektor Sanitarny wyznaczył miejsce i termin 27 egzaminów dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej (IOR).

Tab. 36 Liczba nadanych uprawnień inspektora ochrony radiologicznej (IOR)

Uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych	2019		2020*		2021*		2022*	
	typ R	typ S	typ R	typ S	typ R	typ S	typ R	typ S
	542	235	232	52	111	25	216	32
Łącznie	777		284		136		248	

* Według art. 15zzzzn pkt 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 i innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 z późn. zm.) uprawnienia IOR, o których mowa w art. 7 ust. 3 lub 5 ustawy Prawo atomowe – których ważność upływa w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemiologicznego albo stanu epidemii, albo w okresie 30 dni następujących po ich odwołaniu, zachowują ważność przez okres kolejnych 18 miesięcy od upływu ich ważności.

W 2022 r. Główny Inspektor Sanitarny dokonał wpisu kolejnych 4 jednostek uprawnionych do prowadzenia szkoleń dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej do nowego rejestru. Główny Inspektor Sanitarny weryfikuje wnioski o wpis do nowego rejestru poprzez sprawdzenie



spełnienia wymagań ustawowych przez jednostki ubiegające się o wpisanie do rejestru jednostek uprawnionych do prowadzenia szkoleń dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień IOR w zakresie: dysponowania odpowiednią kadrą dydaktyczną, posiadania obiektów, urządzeń i wyposażenia umożliwiających prowadzenie szkoleń, posiadania szczegółowych programów szkoleń, a następnie wydaje zaświadczenia o wpisie jednostki do rejestru.

4. Podnoszenie kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta

Na podstawie informacji przekazanych przez podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta (na podstawie art. 33n ust. 9 pkt 8 ustawy Prawo atomowe) w 2022 r. szkolenie w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, kończące się wewnętrznym egzaminem i uzyskaniem certyfikatu potwierdzającego ukończenie tego szkolenia oraz zdanie egzaminu, ukończyło 4049 osób.

Tab. 37 Liczba osób, które ukończyły szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta zakończone egzaminem

Specjalności										
LR	LMN	LRZ	LIX	LST	FT-1	FT-2	FT-3	PMN	LRT	łącznie
277	23	450	138	2 016	943	99	13	62	28	4 049

wykonujący procedury z zakresu radiologii zabiegowej lub nadzorujący wykonywanie takich procedur; LIX – lekarze wykonujący inne medyczne procedury radiologiczne z wykorzystaniem promieniowania jonizującego lub nadzorujący wykonywanie takich procedur; LST – lekarze dentyści wykonujący medyczne procedury radiologiczne lub nadzorujący wykonywanie takich procedur; FT – fizycy medyczni, technicy elektroradiologii oraz inny personel medyczny wykonujący procedury radiologiczne – FT-1 rentgenodiagnostyki i radiologii zabiegowej, FT-2 radioterapii, FT-3 medycyny nuklearnej; PMN – pielęgniarki uczestniczące w procedurach z zakresu medycyny nuklearnej; LRT – lekarze wykonujący procedury z zakresu radioterapii.

W 2022 r. Główny Inspektor Sanitarny dokonał wpisu do rejestru 5 nowych podmiotów uprawnionych do prowadzenia szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej, o których mowa w art. 33n ust. 3 pkt 1 ustawy Prawo atomowe. Główny Inspektor Sanitarny weryfikuje wnioski o wpis do rejestru poprzez sprawdzenie spełnienia przez podmioty ubiegające się o wpisanie do rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia szkoleń wymagań ustawowych w zakresie: dysponowania odpowiednią kadrą dydaktyczną, posiadania obiektów, urządzeń i wyposażenia umożliwiających prowadzenie szkoleń, posiadania jednolitego systemu oceny wykładów, kadry dydaktycznej i organizacji szkoleń oraz egzaminów, a następnie wydaje zaświadczenia o wpisie podmiotu do rejestru.

5. Ochrona przed polem elektromagnetycznym w środowisku pracy

W obszarze dotyczącym ochrony przed polem elektromagnetycznym w środowisku pracy nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęte były źródła pola elektromagnetycznego wykorzystywane w ochronie zdrowia, energetyce, przemyśle, radiokomunikacji i łączności oraz w nauce.

Tab. 38 Ochrona przed polem elektromagnetycznym w środowisku pracy

Urządzenia i instalacje	Według ewidencji	Skontrolowano
Ochrona zdrowia	11 268	2 324
Energetyka	238	9
Przemysł	5 232	1 049
Radiokomunikacja i łączność	9 819	813
Nauka	251	13
Inna	28	9

W roku 2022 przeprowadzono 528 kontroli w podmiotach stosujących źródła pola elektromagnetycznego (w tym 425 kontroli w jednostkach ochrony zdrowia) – w 86 przypadkach stwierdzono nieprawidłowości.

Liczba osób zatrudnionych przy urządzeniach będących źródłem pól elektromagnetycznych w 2022 r. wynosiła 100 189, z czego m.in. w ochronie zdrowia – 64 307.

6. Pomiary skażeń promieniotwórczych

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach podstawowych placówek pomiarów skażeń promieniotwórczych wykonuje pomiary skażeń elementów środowiska. Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne wykonują pomiary radionuklidów zawartych w wodzie i żywności, na podstawie własnych harmonogramów opracowanych zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego w uzgodnieniu z Prezesem Państwowej Agencji Atomistyki. Pomiary zawartości radionuklidów w żywności, wodzie i paszach wykonuje się dwoma metodami: spektrometrii promieniowania i radiochemii.

Tab. 39 Liczba wykonanych pomiarów w 2022 r.

Badanie Cs-137		Badanie Sr-90
Metoda radiochemiczna	Metoda spektrometryczna	
297	1 188	28



7. Kwestie legislacyjne

W ramach działalności legislacyjnej Główny Inspektor Sanitarny zaopiniował, po uzyskaniu stanowisk państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, 6 rozporządzeń dotyczących kwestii narażenia na promieniowanie jonizujące w związku z ekspozycjami medycznymi, które zostały wydane przez Ministra Zdrowia, a w szczególności:

- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie szczegółowego zakresu audytów klinicznych wewnętrznych oraz audytów klinicznych zewnętrznych oraz wzoru raportów z ich przeprowadzenia (Dz. U. z 2022 r. poz. 2683),
- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie diagnostycznych poziomów referencyjnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2626),
- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2759),
- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2022 r. w sprawie kategorii oraz kryteriów kwalifikowania ekspozycji niezamierzonych i narażeń przypadkowych, działań, które należy podjąć w jednostce ochrony zdrowia po ich wystąpieniu, a także zakresu informacji objętych Centralnym Rejestrem Ekspozycji Niezamierzonych i Narażeń Przypadkowych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2700),
- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 195),
- ◆ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2023 r. w sprawie szczególnej ochrony niektórych kategorii osób w związku z ekspozycją medyczną w badaniach diagnostycznych, zabiegach lub leczeniu (Dz. U. z 2023 r. poz. 576).

8. Radon

8.1. Identyfikacja terenów, na których poziom średniorocznego stężenia radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekroczyć poziom odniesienia

Zgodnie z art. 23e ust. 1 ustawy Prawo atomowe Główny Inspektor Sanitarny prowadzi działania mające na celu identyfikację terenów, na których wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków poziom średniorocznego stężenia promieniotwórczego radonu w powietrzu może przekroczyć poziom odniesienia tj. 300 Bq/m³.

W ramach realizacji tego zadania w 2022 r. kontynuowano pomiary średniorocznego stężenia radonu w pomieszczeniach znajdujących się na parterze w:

- ◆ budynkach użyteczności publicznej (m.in. szkoły, przedszkola, żłobki),

- ◆ budynkach zamieszkania zbiorowego (m.in. domy dziecka, domy pomocy społecznej, internaty, domy studenckie).

Główny Inspektor Sanitarny w 2022 r. zawarł umowę na wykonanie dodatkowych pomiarów w liczbie 1956 w latach 2022-2023.

W 2022 r. do Głównego Inspektoratu Sanitarnego wpłynęły wyniki 9020 pomiarów średniorocznego stężenia radonu, wykonanych w 3150 budynkach na terenie województw: lubelskiego, lubuskiego, podlaskiego, pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, łódzkiego, świętokrzyskiego, podkarpackiego, opolskiego, śląskiego, kujawsko-pomorskiego i zachodniopomorskiego. Stężenia przekraczające poziom odniesienia odnotowano w 325 budynkach.

Główny Inspektor Sanitarny gromadzi, analizuje i archiwizuje wyniki pomiarów średniorocznego stężenia radonu w pomieszczeniach oraz sukcesywnie przekazuje je do podmiotów, w budynkach których zostały one wykonane.

8.2. Działania informacyjno-edukacyjne

Do podmiotów, w przypadku których wyniki pomiarów wskazują na średnioroczne stężenie radonu przekraczające poziom odniesienia, Główny Inspektor Sanitarny wysyła raporty z pomiarów oraz indywidualne pisma informujące o możliwościach:

1. zapoznania się z informacjami dotyczącymi radonu, jego występowania na wybranych obszarach Rzeczypospolitej Polskiej, uwarunkowań występowania radonu w budynkach mieszkalnych czy zakładach pracy, sposobach zmniejszenia stężenia radonu w budynkach, zamieszczonych w „Krajowym planie działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy” (zwanego dalej Krajowym Planem) oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Głównego Inspektoratu Sanitarnego,
2. uzyskania od pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej porady/informacji odnośnie zagadnień związanych z narażeniem na radon zagrożeń dla zdrowia, znaczenia przeprowadzania pomiarów radonu czy dostępnych środków technicznych służących ograniczeniu występujących stężeń radonu w budynku – w każdej z 334 stacji sanitarno-epidemiologicznej została wyznaczona co najmniej jedna osoba do udzielania ww. porad/informacji.

W 2022 r. przekazywano ww. informacje do podmiotów objętych pomiarami w latach 2021-2022.

Główny Inspektor Sanitarny opracowuje, aktualizuje i udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu materiały informacyjno-edukacyjne zawierające najważniejsze aspekty z zakresu zagadnień związanych z radonem skierowane do pracodawców, pracowników i ogółu społeczeństwa.

W związku z Europejskim Dniem Radonu, przypadającym na dzień 7 listopada, informacje o radonie umieszczone zostały również na stronie internetowej urzędu w zakładce wiadomości oraz na profilu Głównego Inspektoratu Sanitarnego w mediach społecznościowych (m.in. Twitter, Instagram, Facebook).

Główny Inspektor Sanitarny opublikował w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej informację o organizowanych w 2022 r. międzylaboratoryjnych pomiarach porównawczych średniorocznego stężenia promieniotwórczego radonu w powietrzu w budynkach, lokalach lub pomieszczeniach. Do udziału w badaniach zostały zakwalifikowane 3 podmioty, które wykazały posiadanie wymaganych kompetencji. Raport z pomiarów zostanie opublikowany w 2023 r., po opracowaniu wyników badań.

W 2022 r. ponad 900 pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej wzięło udział w szkoleniach nt. zagadnień związanych z narażeniem na radon prowadzonych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy oraz Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi (narażenie na radon w miejscach pracy). Zakres tematyczny szkolenia obejmował: podstawowe informacje o radonie, regulacje prawne dotyczące aspektów związanych z narażeniem na radon, informacje dotyczące celu i znaczenia przeprowadzania pomiarów stężenia radonu, zagrożenia dla zdrowia (dla osób palących i niepalących) oraz dostępnych środków technicznych służących ograniczeniu stężenia radonu w budynkach i pomieszczeniach.

8.3. Ocena krajowego planu radonowego w zakresie jego kompletności i aktualności

W dniu 29 listopada 2022 r. odbyło się posiedzenie „Zespołu do spraw krajowego planu działania w przypadku narażenia na radon” (dalej: Zespół), powołanego przez Ministra Zdrowia na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego. W skład Zespołu wchodzi przedstawiciele administracji rządowej oraz nauki (instytutów badawczych, uczelni wyższych), wskazani w Zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2019 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw krajowego planu działania w przypadku narażenia na radon (ze zmianami wynikającymi z zarządzenia zmieniającego z dnia 4 maja 2022 r.).

Celem posiedzenia była ocena:

1. skuteczności regulacji dotyczących ochrony pracowników przed ryzykiem negatywnego wpływu na zdrowie w związku z narażeniem pracowników na występujący w środowisku radon – Zespół ocenił, że obowiązujące regulacje zapewniają wystarczającą ochronę pracowników,
2. skuteczności obowiązujących regulacji prawnych dotyczących ograniczenia używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w zakresie ograniczenia ryzyka nowotworu płuc u osób palących w związku z narażeniem tych osób na radon – Zespół ocenił, że obowiązujące przepisy są skuteczne i nie wymagają rozszerzenia,
3. kompletności i aktualności Krajowego Planu – Zespół uznał, że treść Krajowego Planu jest adekwatna do potrzeb i nie wymaga zmian.

8.4. Weryfikacja krajowych planów radonowych przez Komisję Europejską – projekt EU-RAP

Główny Inspektor Sanitarny uczestniczył w weryfikacji krajowych planów radonowych przez Komisję Europejską. W ramach kontynuacji projektu, przekazano wkład do końcowego raportu “Review and evaluation of national radon action plans established in EU Member States according to the requirements in Council Directive 2013/59/Euratom – the BSS Directive – focusing on the practical implementation of the actions defined in these action plans”.

W dniach 20-21 września 2022 r. w Brukseli odbyły się również warsztaty mające na celu ocenę wdrożonych krajowych planów działania dotyczących radonu, ustanowionych w państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz Wielkiej Brytanii, zorganizowane przez Komisję Europejską we współpracy z Zespołem EU-RAP. Zespół EU-RAP pozytywnie odniósł się do obowiązujących w Polsce regulacji, w szczególności uznał za mocną stronę polskiego planu radonowego prowadzenie szeroko zakrojonych działań informacyjnych o radonie, w tym: możliwość uzyskania informacji od organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz dużą dostępność i szeroki zakres szkoleń związanych z narażeniem na radon.





**HIGIENA PROCESÓW NAUCZANIA,
WYCHOWANIA ORAZ WYPOCZYNKU
I REKREACJI DZIECI I MŁODZIEŻY W ROKU 2022**

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór sanitarny nad placówkami dla dzieci i młodzieży przeznaczonymi zarówno na pobyt dzienny, jak i całodobowy, dla których warunki i zasady funkcjonowania określają następujące akty prawne:

- ◆ Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, w odniesieniu do żłobków i klubów dziecięcych,
- ◆ Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe, w odniesieniu do przedszkoli, innych form wychowania przedszkolnego i szkół,
- ◆ Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, w odniesieniu m. in. do miejsc wypoczynku dzieci i młodzieży,
- ◆ Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, w odniesieniu do uczelni oraz szkół wyższych,
- ◆ Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w odniesieniu do m.in. placówek wsparcia dziennego, pogotowia opiekuńczo-wychowawczego, domów dziecka.

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego należy kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczących:

1. higieny pomieszczeń i wymagań w stosunku do sprzętu używanego w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, szkołach wyższych oraz ośrodkach wypoczynku,
2. higieny procesów nauczania.

1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży

W roku 2022 w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się ogółem **47 722 placówki** opieki, wychowania, nauki oraz wypoczynku i rekreacji. Katalog placówek objętych nadzorem obejmował:

- ◆ żłobki, kluby dziecięce,
- ◆ przedszkola, inne formy wychowania przedszkolnego,
- ◆ szkoły wszystkich typów, w tym szkoły wyższe,
- ◆ placówki kształcenia ustawicznego: warsztaty szkolne, centra szkolenia zawodowego,
- ◆ placówki wsparcia dziennego,
- ◆ placówki wychowania pozaszkolnego, np.: młodzieżowe domy kultury i pałace młodzieży, międzyszkolne ośrodki sportowe, ogniska pracy pozaszkolnej, ogrody jordanowskie, pozaszkolne placówki specjalistyczne,

- ◆ placówki z pobytem całodobowym, np.: domy studenckie, bursy i internaty, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, specjalne ośrodki wychowawcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze, domy pomocy społecznej,
- ◆ placówki rekreacyjne, np.: domy wczasów dziecięcych, „zielone/białe szkoły”, schroniska młodzieżowe.

W 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły **34 163** kontrole sanitarne w **24 455** placówkach, z których korzystało łącznie **4 289 607** dzieci i młodzieży. Niektóre obiekty skontrolowano więcej niż 1 raz w roku. W roku 2021 przeprowadzono **22 878** kontroli w **15 983** placówkach, w których kształciło się łącznie **2 363 913** dzieci.

Tab. 40 Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2019–2022

Rok sprawozdawczy	Liczba placówek będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej	Liczba przeprowadzonych kontroli	Liczba skontrolowanych placówek
2019	44 494	40 256	28 117
2020	46 254	14 981	9 273
2021	47 496	22 878	15 983
2022	47 722	34 163	24 455

2. Stan sanitarny budynków lub ich części, w których funkcjonują placówki opieki, wychowania i nauczania dla dzieci i młodzieży

W 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w ramach przeprowadzonych czynności kontrolnych w placówkach nauczania i wychowania dzieci i młodzieży, stwierdziły nieprawidłowości natury sanitarnej ogółem: w **1162** placówkach, które stanowiły **4,75%** spośród **24 455** skontrolowanych placówek, wykazując uchybienia w następujących trzech zakresach (w 2021 r. nieprawidłowości stwierdzono w **621** placówkach, które stanowiły **3,9%** spośród **15 983** skontrolowanych placówek):

1. sanitarno-higienicznym i technicznym, występujących jednocześnie – w **2,08%** skontrolowanych placówek (w 2021 r. – **1,6%** skontrolowanych placówek),
2. wyłącznie sanitarno-higienicznym – w **1,01%** skontrolowanych placówek (w 2021 r. – **0,8%** skontrolowanych placówek),
3. wyłącznie technicznym – w **1,67%** skontrolowanych placówek (w 2021 r. – **1,5%** skontrolowanych placówek).

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku ujawnienia nieprawidłowości w trakcie kontroli podejmowały następujące działania zmierzające do wyeliminowania wykazanych uchybień natury sanitarnej:

- ◆ w odniesieniu do uchybień wymagających nakładu sił i środków (np. remont, wymiana urządzeń) nakładano obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w drodze decyzji administracyjnej,
- ◆ egzekwowano wykonanie obowiązku poprzez kontrole sprawdzające, a w sytuacji niewykonania decyzji wdrażano postępowanie egzekucyjne w administracji,
- ◆ w odniesieniu do uchybień, które można było usunąć na bieżąco lub małym nakładem środków w krótkim czasie, odnotowywano w protokole warunki i termin usunięcia nieprawidłowości, a tam gdzie przepisy prawa to przewidują, nakładano grzywnę w drodze mandatu.

3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej

Zapewnienie w placówkach prawidłowych warunków higieniczno-sanitarnych zaplecza sanitarnego i jego wyposażenia jest jednym z elementów profilaktyki. Bieżąca czystość, dobry stan techniczny powierzchni, instalacji, wentylacja, podłączenie do instalacji wodociągowej i kanalizacyjnej, wyposażenie w wystarczającą liczbę urządzeń sanitarnych w odniesieniu do liczby osób korzystających oraz zapewnienie środków higieny osobistej składają się na podstawowe standardy higieniczne.



Spośród **23 738** placówek skontrolowanych w 2022 r. (w roku 2021 r. skontrolowano **14 946** placówek) pod kątem gospodarki wodno-ściekowej:

- ◆ **23 211 (97,78%)** placówek było podłączonych do wodociągu miejskiego/gminnego (w 2021 r. było to **14 567** placówek – **97,5%**),
- ◆ **527** placówek korzystało z własnego ujęcia wody, co stanowiło **2,22%** skontrolowanych placówek (w 2021 r. było to **287** placówek – **2,6%**),
- ◆ **20 532** placówki były podłączone do sieci kanalizacyjnej centralnej (miejskiej/gminnej), co stanowi **ok. 86%** placówek skontrolowanych (w 2021 r. było to **12 701** placówek – **85%**),
- ◆ w **3196** placówkach stwierdzono brak podłączenia do sieci kanalizacyjnej (**13,46%** skontrolowanych placówek, w roku 2021 – **15%** skontrolowanych placówek) z czego:
 - ✦ **2515 (79%, w 2021 r. – 78%)** placówek posiadało zbiorniki bezodpływowe (szamba),
 - ✦ **691 (22%, w 2021 r. – 22%)** placówek – własne oczyszczalnie ścieków,
- ◆ w **890** placówkach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępności do urządzeń sanitarnych (zbyt wielu uczniów w obiekcie w odniesieniu do liczby urządzeń sanitarnych), **co stanowi 3,75%** skontrolowanych placówek (w 2021 r. skontrolowano **432** placówki z czego **2,9%** nie zapewniły standardu dostępności do urządzeń sanitarnych),
- ◆ **3** placówki spośród wszystkich skontrolowanych, tj. bazy harcerskie, świetlica, zlokalizowane na terenie woj. podlaskiego, kujawsko-pomorskiego oraz zachodnio-pomorskiego korzystały z ustępów zewnętrznych (**0,01%** skontrolowanych) – w 2021 r. było to **7** placówek, co stanowiło **0,04%** skontrolowanych).

W **97,13%** skontrolowanych placówek, tj. w **23 057** placówkach, nie stwierdzono uchybień w zakresie warunków do utrzymania higieny osobistej (w 2021 r. skontrolowano **97,7%** placówek, z czego w **14 608** placówkach nie stwierdzono uchybień). Stwierdzono natomiast następujące uchybienia:

- ◆ **79** placówek (**0,3%**) wykazało brak bieżącej ciepłej wody (w 2021 r. było to **18** placówek – **0,1%**),
- ◆ **29** placówek (**0,1%**) wykazało brak wyposażenia w środki higieny osobistej np. brak papieru toaletowego, mydła w płynie w dozownikach, ręczników papierowych do suszenia rąk (w 2021 r. – było to **10** placówek – **0,07%**),
- ◆ **539** placówek (**3,9%**) wykazywało niewłaściwy stan techniczny pomieszczeń i urządzeń (w 2021 r. były to **223** placówki – **1,5%**),
- ◆ **92** placówki (**0,4%**) wykazały zaniedbania dotyczące czystości i porządku (w 2021 r. były to **53** placówki – **0,4%**).

W związku z uchybieniami dotyczącymi niezapewnienia właściwego stanu sanitarno-higienicznego toalet, w tym sprawności technicznej armatury oraz wyposażenia w środki higieniczne, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2022 wydały **568** decyzji administracyjnych (w 2021 r. – **291**).

4. Higiena procesu nauczania

Jednym z zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest bieżąca kontrola w zakresie zapewnienia prawidłowych warunków i odpowiedniej organizacji pracy ucznia w celu jego ochrony przed niekorzystnymi warunkami pobytu w placówce. W celu zintensyfikowania sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego w szkołach organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmują również działania o charakterze prewencyjnym. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej ukierunkowany na ochronę ucznia przed niekorzystnymi warunkami pobytu w placówce obejmuje m.in.:

- ◆ działania prozdrowotne, m.in. w zakresie profilaktyki wad postawy czy wad wzroku,
- ◆ monitoring w zakresie właściwej organizacji procesu nauczania np. higieniczna ocena rozkładu zajęć lekcyjnych, odpoczynek w czasie trwania przerw międzylekcyjnych,
- ◆ promowanie dobrych praktyk, np. w odniesieniu do zapewnienia w placówce dostępu do wody przeznaczonej do spożycia.

W 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły ocenę obciążenia uczniów ciężarem tornistrów szkolnych. Właściwie dobrany tornister korzystnie wpływa na kształtowanie prawidłowej postawy ciała u dzieci i młodzieży. Zgodnie z zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego, opierającymi się na wynikach badań WHO, **waga tornistra nie powinna przekraczać od 10 do 15%** masy ciała ucznia. Dodatkowo ciężar powinien być rozłożony równomiernie, a tornister uczeń powinien nosić na obu ramionach. W 2022 r. ważenie tornistrów szkolnych przeprowadzono w **812** szkołach podstawowych (w 2021 r. – **78**), w **5936** oddziałach (w 2021 r. – **473**) oraz brało w nim udział **90 734** uczniów (w 2021 r. – **7069**). Pomiary wykazały, że zbyt ciężkie plecaki nosiło **15 246** uczniów, co stanowi ok. **17%** (w 2021 r. było to **11%**) wszystkich poddanych ocenie.

Zbyt duże obciążenie uczniów ciężarem tornistrów/plecaków szkolnych może powodować nasilenie bólu pleców, sprzyjać kształtowaniu nieprawidłowej statyki ciała i w efekcie prowadzić do skrzywienia kręgosłupa. W trosce o stan zdrowia uczniów został wprowadzony prawny obowiązek zapewnienia uczniom miejsca na pozostawienie w placówkach podręczników i przyborów szkolnych. Spośród **15 413** szkół skontrolowanych, tylko **176** z nich nie zapewniło uczniom miejsca na podręczniki i przybory szkolne, co stanowi **1,14%** skontrolowanych placówek (w 2021 r. – **1,62%**).

Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. oceniły dostosowanie mebli do warunków antropometrycznych uczniów i przedszkolaków w **5898** placówkach (**333 164 stanowiska uczniów**), co stanowi **38%** skontrolowanych placówek (w 2021 r. – wskaźnik wyniósł **31%**). Nieprawidłowości w powyższym zakresie wykazano w **215** placówkach (**2,39%** skontrolowanych). W 2021 r. nieprawidłowości stwierdzono w przypadku **75** placówek – **2,5%** skontrolowanych.



Istotnym elementem mającym wpływ na higienę procesu nauczania jest również właściwa organizacja i przebieg procesu nauczania, w tym tygodniowy rozkład zajęć lekcyjnych.

W 2022 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna dokonała oceny rozkładów zajęć lekcyjnych pod względem higienicznym w **7818** szkołach, co stanowi **58%** skontrolowanych placówek (w 2021 r. oceny dokonano w **3903** szkołach – **50%** skontrolowanych placówek). Podczas czynności kontrolnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zwracały szczególną uwagę na stałą porę rozpoczynania zajęć lekcyjnych, z nie większą od 1 godziny różnicą czasu rozpoczynania zajęć w poszczególnych dniach tygodnia, jak również różnicę liczby godzin lekcyjnych w kolejnych dniach tygodnia – nie większą od 1 godziny. Niezgodność rozkładu zajęć lekcyjnych z zasadami higieny wykazano w **485** szkołach (**6,20%** szkół skontrolowanych, w 2021 r. – **5,7%**).

Dodatkowo, w trakcie przeprowadzanych czynności kontrolnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej monitorowały kwestię związaną z odpoczynkiem ucznia w czasie trwania przerw międzylekcyjnych w aspekcie m.in. zapewnienia odpowiedniego (wystarczającego) czasu na odpoczynek lub zjedzenie posiłku, jak również możliwości spędzenia przerw na świeżym powietrzu.

Spośród **13 511** placówek skontrolowanych w tym obszarze, jedynie **83** z nich zapewnia przerwy krótsze niż 10 minut (**0,6%** skontrolowanych). W 2021 r. skontrolowano **7829** placówek, spośród których przerwy krótsze niż 10 minut zapewniało **39** szkół – **0,5%**. W przeważającej większości w placówkach zapewnione są:

- ◆ przerwy 10 min, z co najmniej jedną przerwą 15-20 minutową (**5661** szkół – **42%**, w 2021 r. było to **3419** szkół na **7829** skontrolowanych – **55%**),
- ◆ przerwy krótsze niż 10 min, ale z co najmniej jedną przerwą 15-20 minutową (**3395** szkół – **25%**, w 2021 r. było to **1691** szkół – **22%**).

Dodatkowo **62%** skontrolowanych szkół (w 2021 r. – **61%**) umożliwia uczniom spędzanie przerw na świeżym powietrzu, natomiast w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb uczniów, dyrektorzy placówek umożliwiają uczniom skorzystanie z dystrybutorów wody przeznaczonej do spożycia (źródółka/poidółka) – **ok. 28%** skontrolowanych szkół (w 2021 r. – **22%**).

5. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

W ramach nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pobytu dzieci i młodzieży w szkołach, kontrolami objęto również warunki sanitarno-higieniczne prowadzenia zajęć wychowania fizycznego. Ocenie poddano m.in. posiadaną przez placówkę infrastrukturę sportową oraz stan sanitarno-techniczny zaplecza sportowego.

Na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2022 r. w **10 408** (w 2021 r. w **6500**) szkołach wykazano, że z pełnej infrastruktury sportowej, tj. szkolnego zespołu sportowego wraz z boiskiem, w skład którego

wchodzą jedna lub dwie sale sportowe oraz pomieszczenia pomocnicze, tj. przebieralnie, natryskownie, ustępy, przechowalnie sprzętu sportowego, gabinet wychowania fizycznego – pokój nauczycieli, mogli korzystać uczniowie **4471 szkół**, co stanowi **blisko 43%** wszystkich skontrolowanych placówek (w 2021 r. **2843** szkoły, co stanowiło **44%** wszystkich skontrolowanych placówek). Zespoły sportowe bez boiska posiadały natomiast **523** placówki, co stanowi **ok. 5%** skontrolowanych placówek (w 2021 r. – **239** placówek, co stanowiło **3,7%** skontrolowanych placówek).

W **397** skontrolowanych szkołach, co stanowi **3,8%**, odnotowano, że pomimo posiadania infrastruktury sportowej, zajęcia wychowania fizycznego prowadzono również na korytarzach (w 2021 r. – **4,7%** skontrolowanych placówek). Całkowity brak zaplecza sportowego stwierdzono w przypadku **674** placówek, co stanowi **6,47%** placówek skontrolowanych (w 2021 r. – **4,6%**). Podczas kontroli oceniano również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach sportowych – w **4385** szkołach (w 2021 r. – w **2704** szkołach) uczniowie mieli możliwość korzystania z natrysków po każdym zajęciach sportowych, co stanowi **42%** skontrolowanych placówek, w 2021 r. **41,6%**), natomiast nieczynne natryski (nieudostępnione do użytku dla uczniów) posiadało **814** szkół (w 2021 r. **525** szkół).



6. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży

W 2022 r. w elektronicznej bazie wypoczynku Ministerstwa Edukacji Narodowej zarejestrowano **37 680** turnusów zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży (w 2021 r. zarejestrowano **29 955** turnusów). W ramach wypoczynku dzieci i młodzieży podejmowano działania profilaktyczne i prewencyjne zmierzające do zapewnienia bezpiecznego wypoczynku.

Warunki sanitarno-higieniczne skontrolowano podczas **10 941** turnusów (**29%**), z których skorzystało łącznie **465 361** osób, z czego **152** kontrole miały charakter interwencyjny – **54** spośród zgłoszonych interwencji okazało się uzasadnionych. W roku 2021 skontrolowano **8350** turnusów (**28%**), z których korzystało **341 623** osoby, **536** kontroli miało charakter interwencyjny, w tym **61** kontroli było uzasadnionych. W **378** przypadkach (**3,5%**) kontrole wykazały uchybienia w zakresie warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku (**278** przypadków w 2021 r. – **3,3%**). W **146** przypadkach (**1,6%**) stwierdzono brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu. W roku 2021 było **130** takich przypadków – **1,6%**. W **3** przypadkach podjęto decyzję o zamknięciu całości lub części obiektu, w którym odbywał się wypoczynek dzieci i młodzieży (w 2021 r. odnotowano **7** takich przypadków).

7. Żłobki i kluby dziecięce

W roku 2022 pod bieżącym nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się **5478** żłobków i klubów dziecięcych, w tym skontrolowano **2856** placówek, co stanowi **52%** ogółu ujętych w ewidencji (w 2021 r. skontrolowano **37%** placówek tj. **1946** spośród **5248** ujętych w ewidencji), a liczba wszystkich przeprowadzonych kontroli wyniosła **3375** (niektóre obiekty kontrolowano więcej niż 1 raz w roku). Łącznie nieprawidłowości wykazano jedynie w **41** placówkach (**1,4%**), z czego 25 przypadków dotyczyło złego stanu higieniczno-sanitarnego (w 2021 r. nieprawidłowości stwierdzono w **40** przypadkach – **2%**).

8. Nadzór nad placówkami z pobytem całodobowym

Do katalogu placówek z pobytem całodobowym zaliczamy m.in. domy studenckie, bursy i internaty, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, domy pomocy społecznej oraz wiele innych obiektów. Ogółem w 2022 r. skontrolowano tych obiektów **874**, co stanowi **51,35%** spośród ujętych w ewidencji (w 2021 r. skontrolowano **455** obiektów – **27,1%** spośród ujętych w ewidencji). Blisko **98%** skontrolowanych obiektów posiadało właściwy stan techniczny mebli i sprzętu (w 2021 r. – wskaźnik utrzymywał się na takim samym poziomie), ok. **94%** z nich posiadało właściwy stan pomieszczeń higieniczno-sanitarnych (w 2021 r. – **95%**), natomiast właściwy stan aneksów kuchennych wykazano w **96%** skontrolowanych obiektów (w 2021 r. – **97%**).

9. Podsumowanie

W 2022 r. w znacznej większości skontrolowanych placówek zapewniono bezpieczne i higieniczne warunki pobytu dzieci i młodzieży. Placówki oświatowo-wychowawcze są sukcesywnie doposażane w nowe meble, wyposażenie i pomoce dydaktyczne, posiadające certyfikaty zgodności lub atesty. Dyrektorzy chętnie przystępują do udziału w projektach wspierających edukację, dzięki którym pozyskują nowoczesne wyposażenie, tworzą nowe pracownie i dają uczniom dostęp do nowoczesnych technologii, wyrównując szanse uczniów w całej Polsce i jednocześnie dostarczając mechanizmy umożliwiające współpracę pomiędzy szkołami.

W 2022 r. w zdecydowanej większości zimowych i letnich turnusów wypoczynkowych organizatorzy zapewnili uczestnikom wypoczynku bezpieczne i higieniczne warunki pobytu. Opracowano regulaminy oraz wdrożono procedury zawierające zasady bezpieczeństwa oraz podejmowano wzmożone działania profilaktyczne w celu zapewnienia bezpieczeństwa oraz prawidłowego przebiegu wypoczynku dzieci i młodzieży.

W ramach bieżącego nadzoru sanitarnego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowały działania o charakterze edukacyjnym, w tym przekazywały placówkom materiały informacyjne dotyczące m.in. zapobiegania zakażeniom oraz prawidłowego mycia i dezynfekowania rąk. Propagowano szczepienia ochronne odgrywające ważną rolę w zapobieganiu chorobom zakaźnym, a także udzielano instruktaży dotyczących właściwego przygotowania ergonomicznego stanowiska pracy ucznia.

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej koordynowali również realizację programów edukacyjnych m.in. „Bieg po zdrowie” czy „ARS, czyli jak dbać o miłość?” w placówkach oświatowych. Koordynatorzy z wojewódzkich oraz powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych zapewnili wsparcie merytoryczne oraz szkolenia dla szkolnych koordynatorów programu.





STAN SANITARNY PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

- Warunki higieniczno-sanitarne, jakie powinien spełniać sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne
- Odpady medyczne – postępowanie w miejscu wytworzenia

1. Informacje podstawowe

W 2022 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawowała nadzór nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinny spełniać pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w 83 907 podmiotach. Celem prowadzonych działań była ochrona zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Na ocenę warunków higieniczno-sanitarnych placówek wpływały:

- ◆ stan techniczny pomieszczeń i urządzeń,
- ◆ warunki zaopatrzenia w bieżącą wodę ciepłą i zimną obejmujące stan instalacji i urządzeń wodociągowych wewnątrz budynków,
- ◆ sposób prowadzenia gospodarki odpadami medycznymi,
- ◆ postępowanie z brudną i czystą bielizną,
- ◆ postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w miejscach stacjonarnego i całodobowego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Stan higieniczno-sanitarny obiektów działalności leczniczej był kontrolowany pod kątem zgodności z wymaganiami przepisów:

- ◆ Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹ i przepisów wykonawczych do ww. ustawy^{2,3},
- ◆ Ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach⁴ i wydanego na jej podstawie (art. 33 ust. 2 ustawy) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi⁵ – w kontekście spełnienia warunków określonych w przepisach,
- ◆ Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁶,
- ◆ Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy⁷, i przepisów wykonawczych do ustawy⁸,
- ◆ Ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane⁹ i przepisów wykonawczych do ustawy¹⁰,
- ◆ Ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków¹¹ i przepisów wykonawczych do ustawy¹².

1 Dz.U. z 2022 r. poz. 633

2 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402)

3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 420)

4 Dz.U. z 2022 r. poz. 699

5 Dz.U. z 2017 r. poz. 1975

6 Dz.U. z 2022 r. poz. 1657

7 Dz.U. z 2022 r. poz. 1510

8 m. in. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz.U. 2005 Nr 81, poz. 716, z późn. zm.)

9 Dz.U. z 2021 r. poz. 2351

10 Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. z 2022 r. poz. 1225)

11 Dz.U. z 2023 r. poz. 537

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

2. Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze

Oceny stanu higieniczno-sanitarnego dokonywano na podstawie kontroli pomieszczeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

1. przez podmioty wykonujące działalność leczniczą:
 - ◆ udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych: szpitale (szpitale ogólne, specjalistyczne, jednodniowe, uzdrowiskowe) i inne niż szpitale (np. zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, sanatoria, hospicja i inne),
 - ◆ udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych: przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice, zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne, zakłady rehabilitacji leczniczej i inne, w tym uzdrowiskowe,
2. w ramach działalności leczniczej wykonywanej przez praktykę zawodową:
 - ◆ indywidualne praktyki lekarskie, w tym indywidualne praktyki lekarzy dentyków,
 - ◆ indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, w tym indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków,
 - ◆ grupowe praktyki lekarskie, w tym grupowe praktyki lekarzy dentyków,
 - ◆ indywidualne praktyki pielęgniarek,
 - ◆ indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek,
 - ◆ grupowe praktyki pielęgniarek.

2.1. Działalność lecznicza realizowana przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

W 2022 r. w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 33 745 obiektów działalności leczniczej realizowanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Ogółem skontrolowano 15 324 obiekty, co stanowi 45,41% ujętych w ewidencji placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W porównaniu z 2021 r. odsetek wykonanych kontroli zwiększył się z 26,42% do 45,41% ponieważ działalność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2021 r. skupiona była głównie na realizacji działań w zakresie zwalczania chorób zakaźnych z powodu stanu epidemii.



Podczas kontroli w 2022 r. w 470 placówkach stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny i techniczny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, co stanowi 3,07% spośród skontrolowanych obiektów. W 234 przypadkach (1,53% skontrolowanych obiektów) odnotowano nieprawidłowości tylko higieniczno-sanitarne. W 360 obiektach (2,35% skontrolowanych obiektów) stwierdzono niezadowalający stan techniczny. W porównaniu z rokiem 2021 sytuacja znacznie poprawiła się, ponieważ odsetek obiektów ze stwierdzonymi uchybieniami pozostał na podobnym poziomie, przy przeprowadzeniu kontroli w około 23% większej ilości obiektów.

Tab. 41 Liczba skontrolowanych placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze	ogółem skontrolowanych	ze stwierdzonym złym stanem		
		higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Szpitala	928	171	53	107
w tym szpitala jednodniowe	143	4	1	5
w tym szpitala uzdrowiskowe	30	4	0	0
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	231	18	8	13
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	90	2	3	3
Zakłady rehabilitacji leczniczej	54	4	1	2
Sanatoria	148	10	2	6
Hospicja	67	1	2	1
Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	174	5	2	4
Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	11 242	213	133	190
Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	556	10	9	8
Zakłady rehabilitacji leczniczej	677	14	9	5
Inne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ogółem	1 157	22	12	21
w tym uzdrowiskowe	15	5	0	2

2.2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Szpitalne

W 2022 r. ogółem skontrolowano 928 szpitali na 1177 ujętych w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 331 obiektach stwierdzono następujące uchybienia:

- ◆ w 171 przypadkach (co stanowi 18,43% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego łącznie,
- ◆ w 53 przypadkach (co stanowi 5,71% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego,
- ◆ w 107 przypadkach (co stanowi 11,53% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu technicznego.

W porównaniu z 2021 r., w 2022 r. skontrolowano o 16,3% więcej obiektów. Z procentowego wyliczenia obiektów z uchybieniami można wykazać, że nieznacznie pogorszył się stan techniczny obiektów świadczących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, co było efektem wstrzymania prac budowlanych i konserwatorskich w stanie epidemii.

Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

W 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały następujące obiekty udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, innych niż świadczenia szpitalne, tj.:

- ◆ 231 zakładów opiekuńczo-leczniczych na 314 ujętych w ewidencji, co stanowi 73,57% objętych nadzorem,
- ◆ 90 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych na 166 ujętych w ewidencji, co stanowi 54,22% objętych nadzorem,
- ◆ 54 zakłady rehabilitacji leczniczej na 96 ujętych w ewidencji, co stanowi 56,25% objętych nadzorem,
- ◆ 148 sanatoriów na 217 ujętych w ewidencji, co stanowi 68,20% objętych nadzorem,
- ◆ 67 hospicjów na 121 ujętych w ewidencji, co stanowi 55,37% objętych nadzorem,
- ◆ 174 inne podmioty oferujące usługi lecznicze na 319 ujętych w ewidencji, co stanowi 54,55% objętych nadzorem, m.in. świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego itp.

Na negatywną ocenę placówek lecznictwa zamkniętego miały wpływ nieprawidłowości dotyczące:

- ◆ braku odpowiedniej wentylacji nawiewno-wywiewnej lub klimatyzacji,
- ◆ braku wydzielonych lub odpowiednio wyposażonych pomieszczeń higieniczno-sanitarnych w oddziałach,
- ◆ brak prawidłowo zorganizowanych brudowników i pomieszczeń porządkowych,

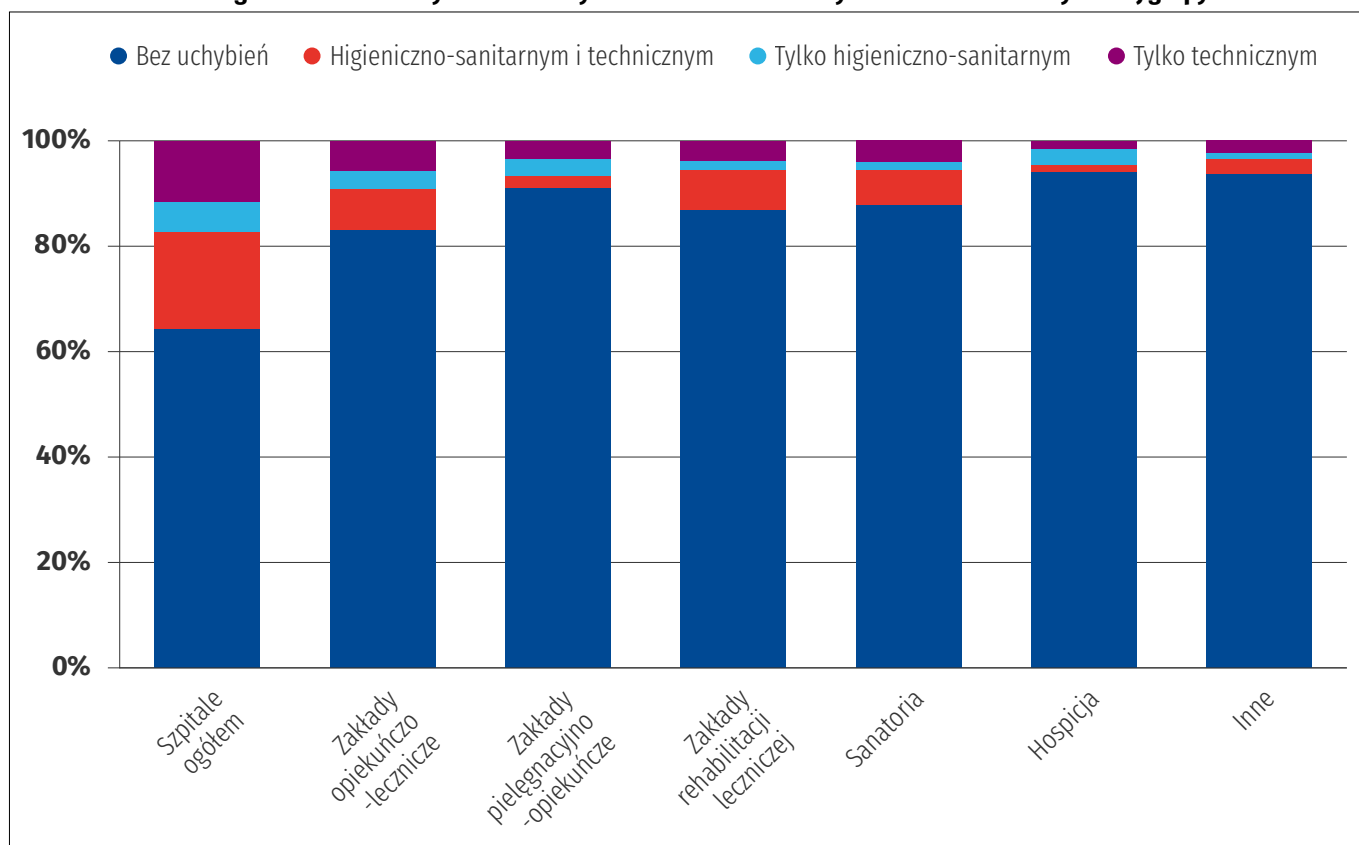
- ◆ niewłaściwego stanu sanitarno-technicznego ścian, sufitów, podłóg, powierzchni stolarki drzwiowej i okiennej, wyposażenia oraz armatury sanitarnej, co utrudniało lub uniemożliwiało przeprowadzenie prawidłowej dekontaminacji powierzchni,
- ◆ nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi.

W 2022 r. nie stwierdzono uchybień w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami w przypadku śmierci pacjenta.

Postępowanie z bielizną szpitalną w obiektach stacjonarnej opieki zdrowotnej regulowały opracowane i wdrożone procedury, uwzględniające warunki lokalowe, przechowywanie i wewnętrzny transport bielizny czystej i brudnej, pranie zapewniające właściwe monitorowanie technologiczne procesu i skutecznej dezynfekcji oraz zapisy umów zawartych z wyspecjalizowanymi pralniami zewnętrznymi, jeżeli taki przypadek występował.

Jak wynika z danych przedstawionych na poniższym wykresie obiekty wymagające wzmożonego bieżącego nadzoru przez Państwową Inspekcję Sanitarną to szpitale (w tym jednodniowe i uzdrowskowe), w których najczęściej występują uchybienia pod względem technicznym. W pozostałych obiektach, mając na uwadze, że odsetek obiektów bez uchybień oscyluje w granicach od 78-90% ze skontrolowanych, można uznać ogólny stan higieniczno-sanitarny jako dobry.

Wyk. 69 Odsetek obiektów udzielających stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze stwierdzonymi uchybieniami w zakresie higieniczno-sanitarnym i technicznym w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych z tej grupy



2.3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej, badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym. Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych, w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym, w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta. Spośród 31 361 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w formie ambulatoryjnego udzielania świadczeń zdrowotnych skontrolowano 13 647, tj. 43,52% (w 2021 r. 24,53%, tj. prawie o 20% więcej):

- ◆ w 264 przypadkach stwierdzono niezadowolający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 1,93% skontrolowanych placówek,
- ◆ w 163 przypadkach odnotowano niezadowolający stan higieniczno-sanitarny, co stanowi 1,19% skontrolowanych placówek,
- ◆ w 226 przypadkach odnotowano niezadowolający stan techniczny, co stanowi 1,66% skontrolowanych obiektów.

Odsetek skontrolowanych placówek ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych obiektów z tej grupy ujętych w ewidencji, w porównaniu z rokiem 2021 utrzymywał się na zbliżonym, niskim poziomie.

Tab. 42 Dane porównawcze wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2018-2021 w odniesieniu do obiektów w ewidencji PIS

obiekty ogółem	wg ewidencji stan na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
			higieniczno- sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno- sanitarnym	tylko technicznym
2018	34 096	20 725	586	255	481
	100%	61%	2,83%	1,23%	2,32%
2019	30 793	17 814	475	180	420
	100%	58%	2,67%	1,01%	2,36%
2020	35 431	4 433	113	50	111
	100%	12,5%	2,55%	1,13%	2,50%
2021	33 292	8 797	221	117	201
	100%	26,42%	2,51%	1,33%	2,28%
2022	33 745	15 324	470	234	360
	100%	45,41%	1,39%	0,69%	1,07%

2.4. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową

Indywidualne praktyki lekarskie/pielęgniarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie/pielęgniarskie i grupowe praktyki lekarskie/pielęgniarskie

Spośród 50 162 placówek udzielających świadczeń zdrowotnych w formie praktyki zawodowej skontrolowano ogółem 9 948, tj. 19,83% (w 2021 r. 8,60%, w 2020 r. – 5,19%, w 2019 r. – 32%, w 2018 r. – 34%) objętych nadzorem:

- ◆ w 63 przypadkach (0,63% skontrolowanych ogółem) stwierdzono zły stan sanitarno-higieniczny i techniczny,
- ◆ w 85 przypadkach niezadawalający stan sanitarno-techniczny (0,85% skontrolowanych ogółem),
- ◆ w 36 przypadkach zły stan techniczny (0,36% skontrolowanych ogółem).

W porównaniu z 2021 r. skontrolowano o 11,23% więcej placówek, a odsetek obiektów z uchybieniami pozostał na tym samym poziomie, poniżej 1%. Najczęściej występowały nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi tj. odnośnie kwalifikacji odpadów, przechowywania i transportu wewnętrznego.



Tab. 43 Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową

działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową	ogółem skontrolowanych	ze stwierdzonym złym stanem		
		higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
indywidualne praktyki lekarskie ogółem	4 458	28	45	12
w tym indywidualne praktyki lekarzy dentystów	3 953	27	43	12
indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie ogółem	4 243	32	34	20
w tym indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentystów	1 762	20	21	6
grupowe praktyki lekarskie ogółem	291	3	3	1
w tym grupowe praktyki lekarzy dentystów	207	3	2	0
indywidualne praktyki pielęgniarek	319	0	0	0
indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek	105	0	0	0
grupowe praktyki pielęgniarek	171	0	2	2
Inne (mieszane)	361	0	1	1

3. Postępowanie z odpadami medycznymi

W 2022 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna, realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego, sprawowała nadzór nad postępowaniem z odpadami medycznymi. Odpady medyczne to odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny.

Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi dotyczyły głównie placówek udzielających świadczeń zdrowotnych w formie praktyk zawodowych, co roku jednak sytuacja ta ulega systematycznej poprawie. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przyszłości planują podjęcie akcji informacyjnych, szkoleń odnośnie kwalifikacji odpadów medycznych, mających na celu ograniczenie kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych.

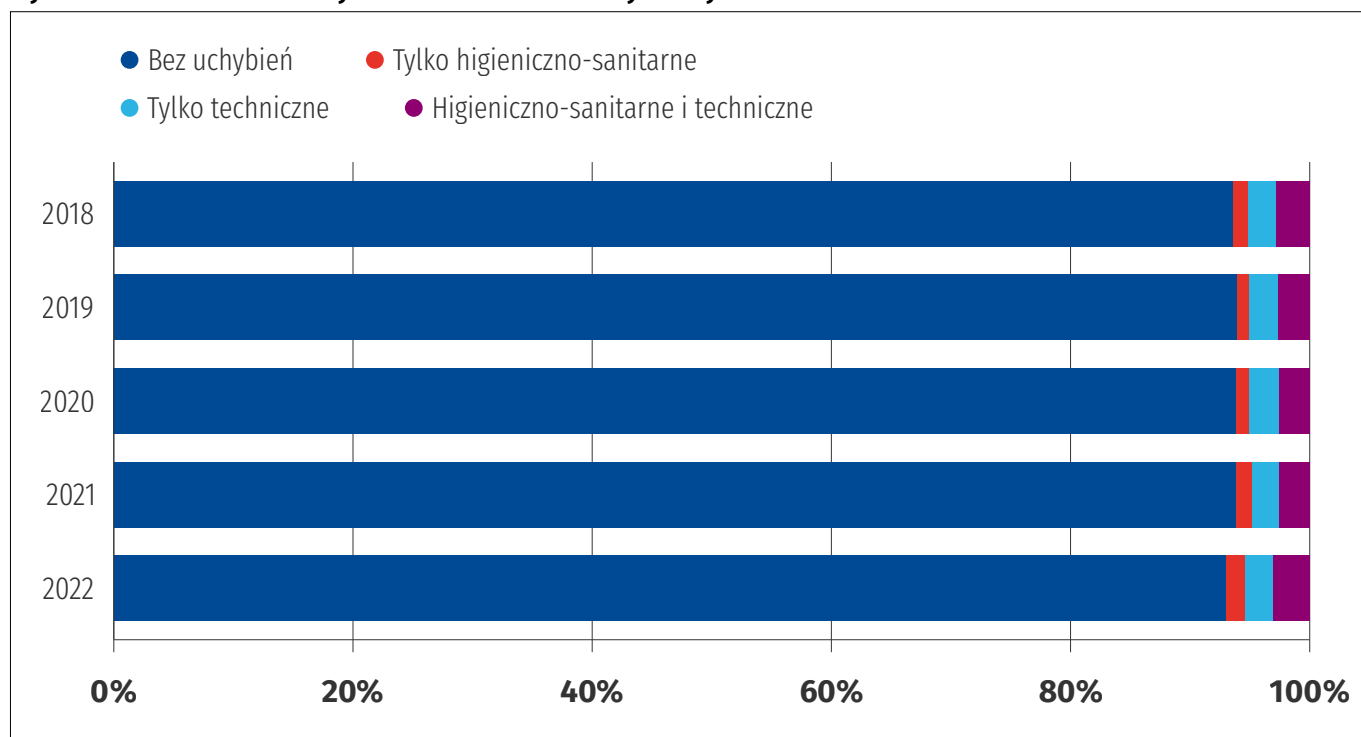
4. Podsumowanie

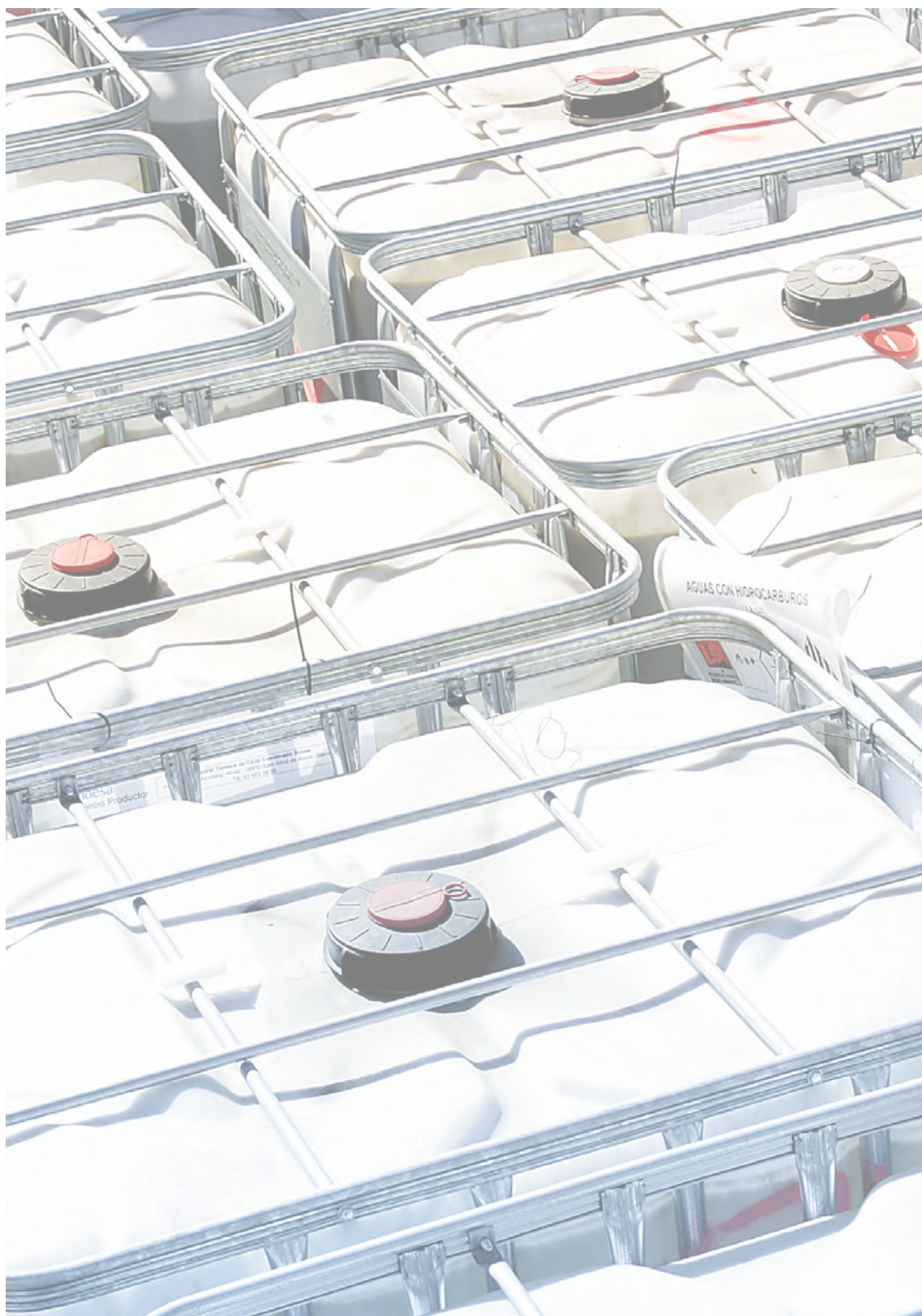
Ogółem w 2022 r. skontrolowano 25 272, to jest 30,12% (w 2021 r. – 15,62%) placówki udzielające świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze oraz przez praktykę zawodową wykonujące działalność leczniczą spośród wszystkich 83 907 placówek ujętych w ewidencji. W 2022 r. nastąpiła zmiana priorytetów działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zwiększono zaangażowanie w zadania bieżące po stanie epidemii, co w przypadku kontroli działalności leczniczej spowodowało wzrost liczby skontrolowanych obiektów o 100%.

W 533 placówkach stwierdzono zły stan sanitarny, co stanowi 2,11%. Na podstawie wyników kontroli podejmowano stosowne działania wyjaśniające i egzekwujące.

Ocena stanu sanitarnego w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych w roku 2022, w porównaniu z poprzednimi latami, jest na tym porównywalnym poziomie, odsetek skontrolowanych obiektów bez uchybień oscyluje w granicach 92-93%, co przedstawia poniższy wykres:

Wyk. 70 Odsetek skontrolowanych obiektów ze stwierdzonymi uchybieniami





**DZIAŁALNOŚĆ KONTROLNA W RAMACH
BIEŻĄCEGO NADZORU SANITARNEGO
W OBSZARZE CHEMIKALIÓW**



1. Produkty biobójcze

Produkty biobójcze stanowią substancję lub mieszaninę, składającą się z jednej lub kilku substancji czynnych, której przeznaczeniem jest niszczenie, odstraszanie, unieszkodliwianie organizmów szkodliwych, zapobieganie ich działaniu lub zwalczanie ich w jakikolwiek sposób inny niż działanie czysto fizyczne lub mechaniczne. Substancja czynna oznacza substancję działającą na organizmy szkodliwe lub przeciwko nim lub mikroorganizm działający na organizmy szkodliwe lub przeciwko nim.

Nadzór nad przestrzeganiem przepisów w zakresie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych, wprowadzania do obrotu wyrobów poddanych działaniu produktów biobójczych i substancji czynnych przeznaczonych do stosowania w produktach biobójczych w działalności zawodowej, sprawowany jest zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi, tj.:

- ◆ Ustawą z dnia 9 października 2015 r. o produktach biobójczych,
- ◆ Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 528/2012 z dnia 22 maja 2012 r. w sprawie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych.

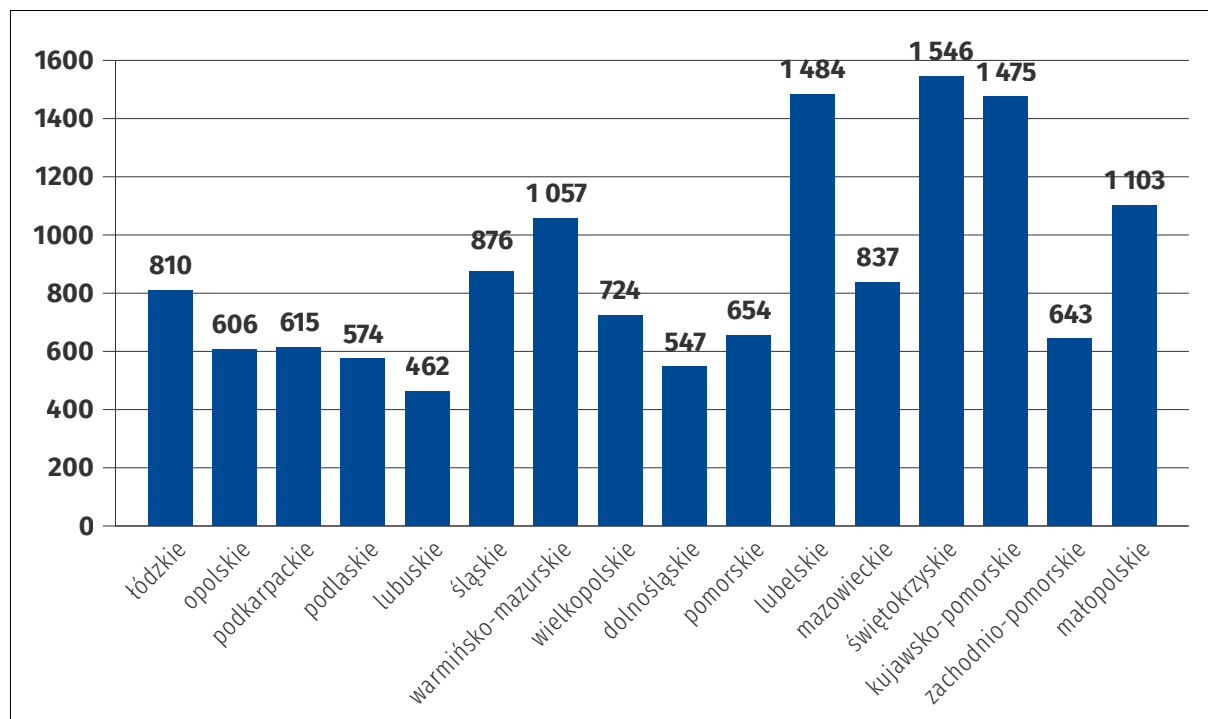
Zadania kontrolne obejmowały m.in. sprawdzenie:

- ◆ posiadania i ważności stosownego pozwolenia na wprowadzanie do obrotu produktu biobójczego, wydanego przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych,
- ◆ dostępności karty charakterystyki produktu biobójczego, sporządzonej na zasadach określonych w rozporządzeniu (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady (REACH),
- ◆ obecności i statusu prawnego substancji czynnej,
- ◆ zawartości substancji niebędących substancjami czynnymi, ale wymagających rejestracji (jako składniki mieszanin w rozumieniu rozporządzenia REACH),
- ◆ zgodności przeznaczenia i rodzaju produktu biobójczego z danymi figurującymi w pozwoleniu na obrót,
- ◆ stosowania produktów biobójczych w działalności zawodowej,
- ◆ prawidłowości oznakowania opakowania produktu biobójczego,
- ◆ statusu prawnego substancji czynnych zawartych w produktach biobójczych w ramach programu przeglądu prowadzonego przez Europejską Agencję Chemikaliów (ECHA).

Zgodnie z wykazem prowadzonym na podstawie ewidencji w 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej miały pod nadzorem **503** podmioty wprowadzające do obrotu produkty biobójcze oraz **9094** podmioty udostępniające produkty biobójcze na rynku.

W 2022 r. w ramach nadzoru nad produktami biobójczymi zostało skontrolowanych łącznie **13 915** produktów biobójczych, co obejmowało **572** produkty biobójcze wprowadzane do obrotu (pierwsze udostępnienie na rynku), **9727** produktów biobójczych udostępnianych na rynku, **3616** produktów biobójczych stosowanych w działalności zawodowej, a także **98** wyrobów poddanych działaniu produktu biobójczego.

Wyk. 71 Liczba kontroli w zakresie nadzoru nad produktami biobójczymi wg województw w 2022 r.



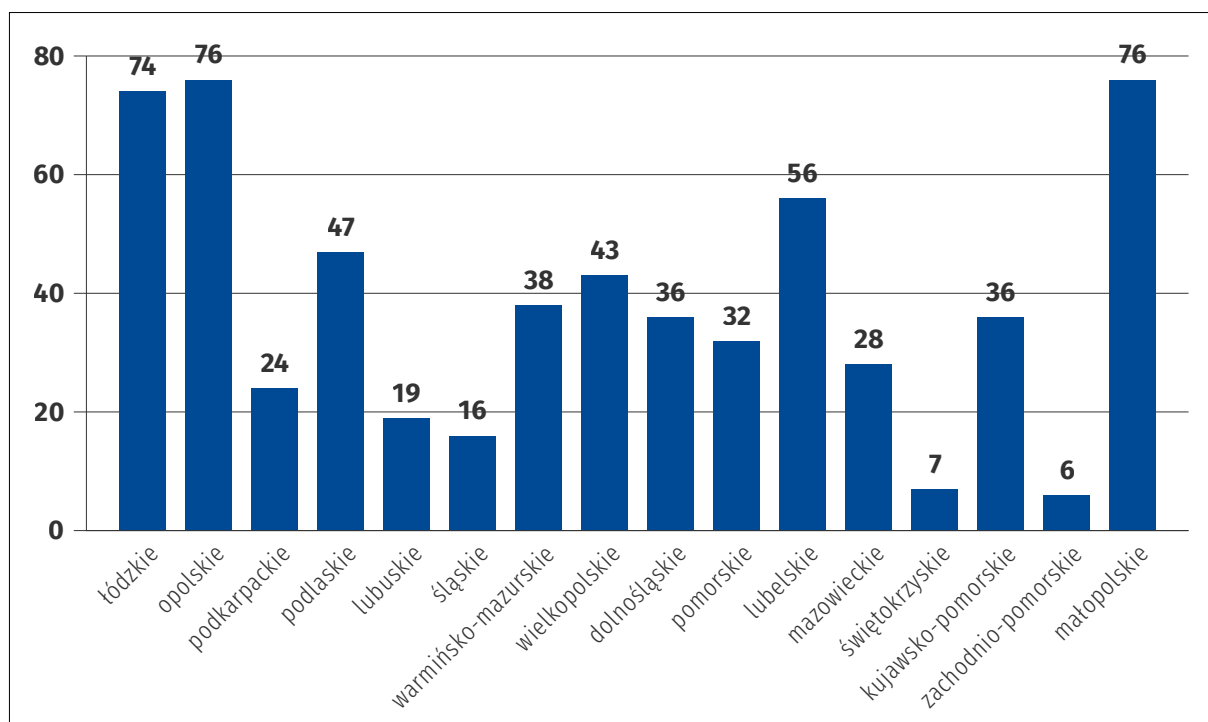
Podczas przeprowadzonych kontroli zostały wykryte **154** nieprawidłowości, obejmowały one głównie:

- ◆ wprowadzanie produktów biobójczych bez wymaganego pozwolenia – 92,
- ◆ wprowadzanie produktów biobójczych bez wymaganego opakowania lub niewłaściwie oznakowanych – 34,
- ◆ nieprawidłowości związane z kartą charakterystyki produktu biobójczego – 23.

W 2022 r. największy udział w prowadzonych kontrolach (**48%**) miały produkty należące do kategorii produktowej III – Zwalczanie szkodników. Udział tej kategorii produktowej w wykrytych nieprawidłowościach był znaczny i stanowił aż **44%** – zaraz po produktach należących do kategorii produktowej I – środkach do dezynfekcji.

Wpływ na powyższe miała prowadzona przez Państwową Inspekcję Sanitarną ogólnopolska akcja kontroli rynku w zakresie produktów biobójczych stosowanych do odstraszania i zwalczania komarów i kleszczy (insektycydy i repelenty). Akcja była działaniem zmierzającym do zwiększenia bezpieczeństwa konsumentów, w odpowiedzi na związany z sezonem wiosenno-letnim wzrost zainteresowania społeczeństwa produktami zabezpieczającymi przed ugryzieniami komarów i kleszczy. Prowadzone działania skierowane były zarówno

Wyk. 72 Liczba wykrytych nieprawidłowości w zakresie produktów biobójczych wg województw w 2022 r.



wobec udostępniających na rynku produkty biobójcze (dystrybutorzy), jak i wprowadzających je do obrotu (producenci czy importerzy) i obejmowały także rynek ecommerce (platformy sprzedaży on-line i sklepy internetowe). Elementem uzupełniającym akcję były działania edukacyjne w postaci zamieszczanych na stronie GIS i w mediach społecznościowych informacji dotyczących bezpiecznego i odpowiedzialnego stosowania produktów biobójczych stosowanych do odstraszania i zwalczania komarów i kleszczy.

W ramach prowadzonych działań skontrolowanych zostało **6274** produktów biobójczych należących do kategorii produktowej III dostępnych w sprzedaży stacjonarnej i **1052** produkty biobójcze dostępne w sprzedaży internetowej. Łącznie poddano kontroli **53** podmioty wprowadzające do obrotu i **2131** podmioty udostępniające na rynku.

Około **6%** skontrolowanych produktów w sprzedaży stacjonarnej i aż **14%** w sprzedaży internetowej wykazywało niezgodności z obowiązującym prawem. Wstrzymano i/lub wycofano około **190** produktów biobójczych różnego pochodzenia, przy czym w części przypadków prowadzone były dalsze postępowania wyjaśniające. Najwięcej wykrytych nieprawidłowości dotyczyło braku ważnego pozwolenia na obrót produktem biobójczym (**69%**), a także niewłaściwego oznakowania (**18%**). Wykryte nieprawidłowości obejmowały również: przekroczenie terminu ważności, błędy w karcie charakterystyki i niewłaściwą reklamę.

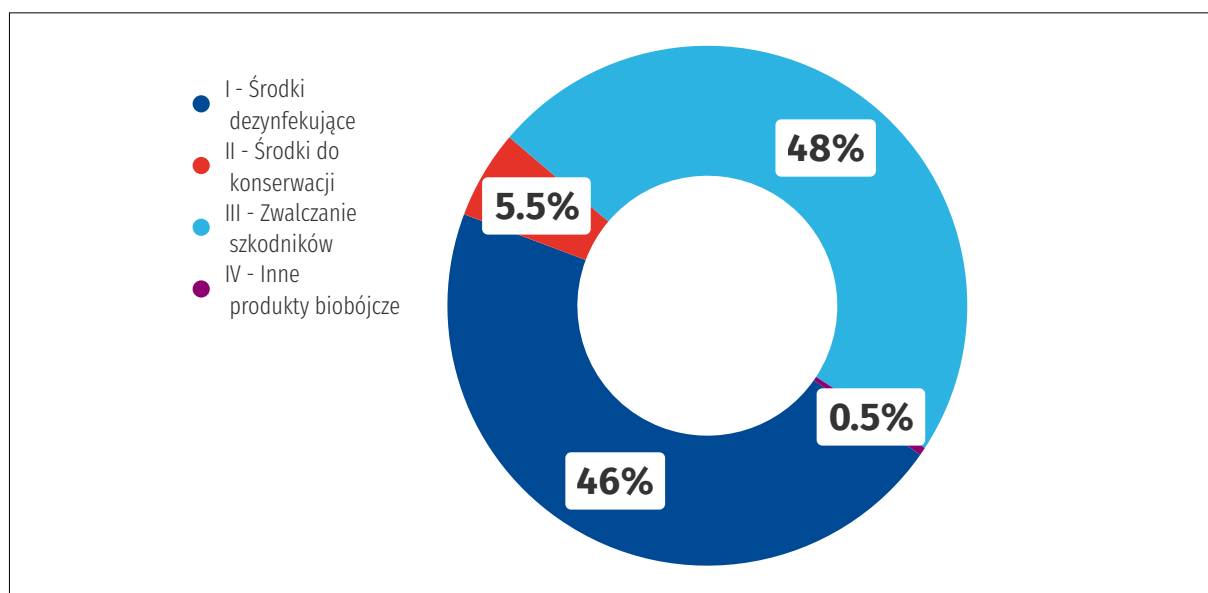
Jednocześnie wśród niezgodnych produktów biobójczych nadal największy udział (**51,5%**) stanowiły środki dezynfekujące należące do kategorii produktowej I, których zwiększone stosowanie podyktowane było sezonowym wzrostem zachorowań na infekcje wywołane przez wirusy grypy, COVID-19 i RSV. Dużą część wycofanych produktów stanowiły niesplukiwane hydroalkoholowe żele do rąk, które poprzez oznakowanie



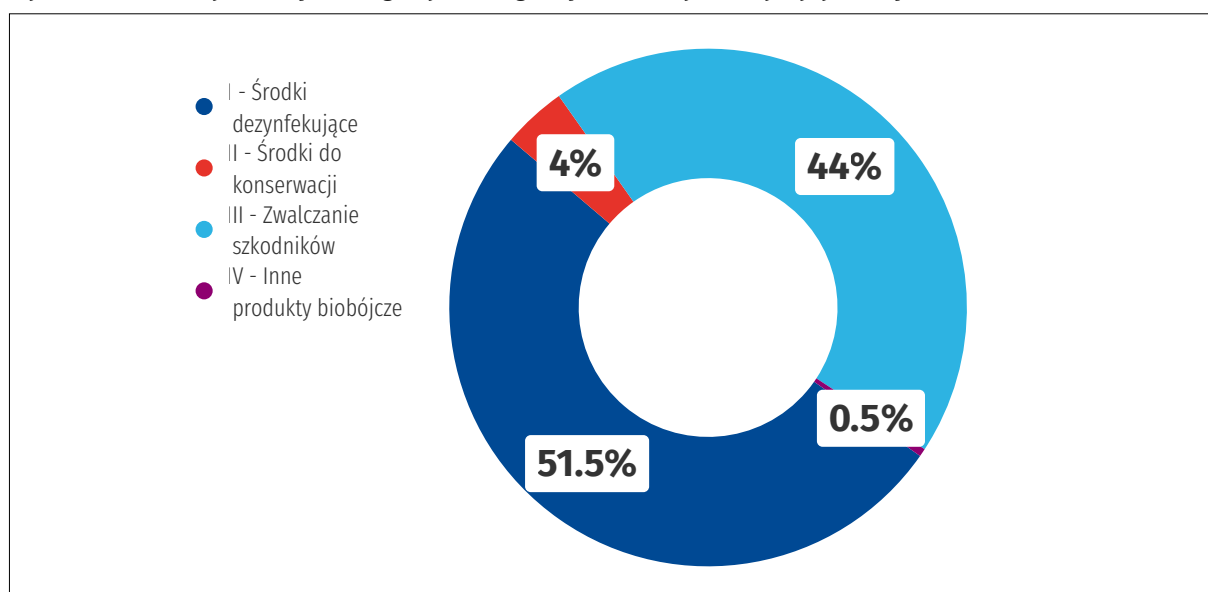
i opis przeznaczenia sugerowały wykazywanie przez produkt funkcji biobójczej, ale nie posiadały pozwolenia wymaganego dla produktów biobójczych i były sprzedawane jako produkty kosmetyczne.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nad produktami biobójczymi w 2022 r. prowadziły monitoring rynku związany z sytuacją epidemiologiczną i wynikającą z niej możliwością wprowadzenia na rynek produktów do dezynfekcji nieposiadających wymaganego pozwolenia lub wykazujących inne nieprawidłowości. W związku z powyższym kontrole dotyczące podmiotów związanych z wprowadzaniem do obrotu lub udostępnianiem na rynku produktów biobójczych należących do kategorii środków dezynfekujących stanowiły znaczącą część (46%) spośród wszystkich kontroli przeprowadzonych w ramach nadzoru nad produktami biobójczymi.

Wyk. 73 Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w kontrolach w 2022 r.



Wyk. 74 Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w wykrytych nieprawidłowościach w 2022 r.



Działania organów PIS w 2022 r. w zakresie produktów biobójczych podejmowane były także przy współpracy z innymi jednostkami administracji państwowej, które w 2022 r. przekazały do GIS **15** zgłoszeń dotyczących nieprawidłowości związanych z produktami biobójczymi. Spośród wszystkich przekazanych zgłoszeń **5** skierowanych było przez Państwową Inspekcję Handlową i dotyczyło nieprawidłowej klasyfikacji niespłukiwanych hydroalkoholowych żeli do rąk, które – mimo że stanowią produkt biobójczy – były sprzedawane jako produkt kosmetyczny. Państwowa Inspekcja Weterynaryjna przekazała **4** zgłoszenia i dotyczyły one zastrzeżeń w zakresie nieprawidłowych oświadczeń związanych ze skutecznością produktów biobójczych przeciwko kluczowym z punktu widzenia epidemiologicznego patogenom, m.in wywołującymi afrykański pomór świń czy ptasią grypę. Przekazanych zostało również **6** zgłoszeń z Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Dotyczyły one głównie kwestii związanych z produktami z pogranicza wyrobów medycznych i produktów biobójczych.

Europejski projekt BPR-EN-FORCE-2 (BEF-2)

W ramach pracy w podgrupie Forum ds. rozporządzenia w sprawie produktów biobójczych (BPR) działającego przy Europejskiej Agencji Chemikaliów (ECHA) ważnym etapem w zakresie nadzoru nad chemikaliami w 2022 r. było zakończenie fazy kontroli produktów biobójczych realizowanych w ramach europejskiego projektu BPR-EN-FORCE-2 (BEF-2), koordynowanego przez ECHA. Projekt BEF-2 dotyczył kontroli produktów biobójczych pod kątem obecności zatwierdzonych/niezatwierdzonych substancji czynnych. W ramach projektu organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały **167** produktów biobójczych, dokonano oceny ich składu oraz zgodności z pozostałymi wymogami prawnymi. Większość ze skontrolowanych produktów biobójczych stanowiły środki dezynfekujące. Priorytetem prowadzonych w ramach projektu działań była kontrola podmiotów odpowiedzialnych za wprowadzanie produktów biobójczych do obrotu (producenci i importerzy). Udział podmiotów odpowiedzialnych w dokonanych kontrolach wynosił około **70%**. Wyniki projektu BEF-2 zostaną opublikowane na przełomie 2023 i 2024 r.

2. Substancje chemiczne i ich mieszaniny

W 2022 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawowała nadzór nad wykonywaniem:

- ◆ Rozporządzenia (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH) i utworzenia Europejskiej Agencji Chemikaliów, poprzez kontrolę przepisów dotyczących rejestracji substancji, oceny informacji dotyczących substancji lub dokumentacji rejestracyjnej oraz wprowadzania ograniczeń produkcji, obrotu i stosowania niektórych substancji chemicznych,

- ◆ Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin (CLP), w aspekcie kontroli obowiązku klasyfikowania, oznakowania i pakowania przed wprowadzeniem do obrotu przez producentów, importerów i dalszych użytkowników substancji oraz mieszanin stwarzających zagrożenie.

Kontrole nad przestrzeganiem przepisów rozporządzeń REACH oraz CLP prowadzone były zgodnie z Ustawą z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach.

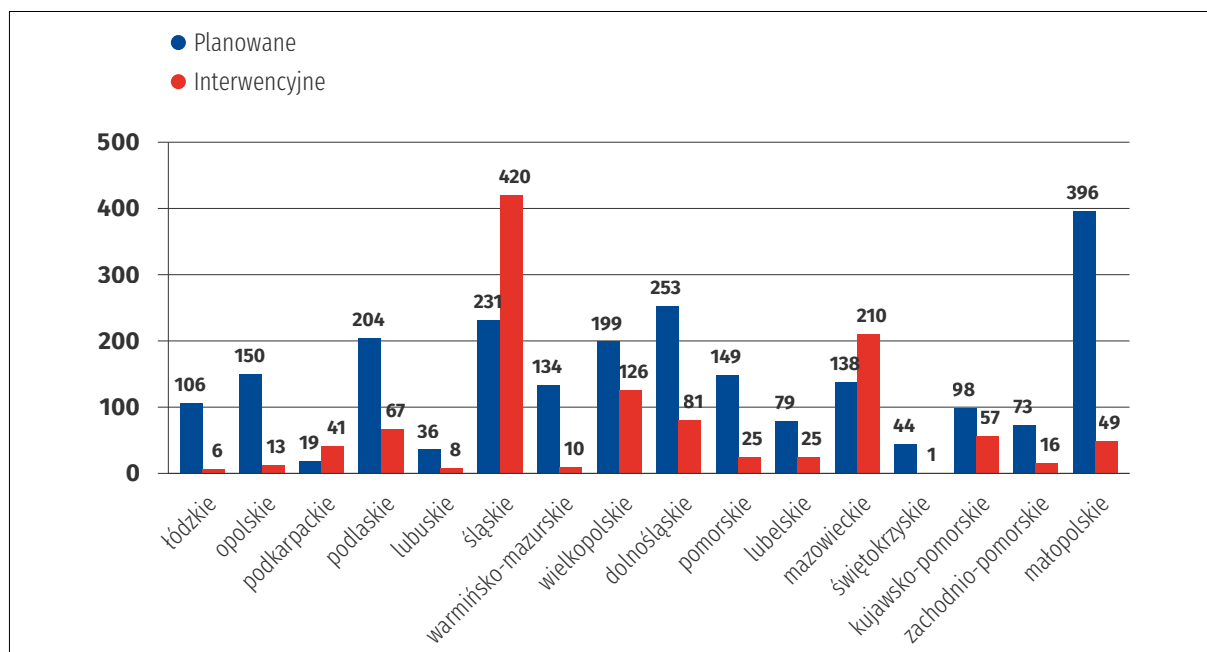
W 2022 r., w ramach nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami, zostały przeprowadzone **3464** kontrole sprawdzające wypełnianie obowiązków nałożonych rozporządzeniem REACH wśród producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli i dystrybutorów oraz **9222** kontrole dalszych użytkowników, tj.:

- ◆ **177** kontroli u producentów, w tym **137** kontroli planowanych i **40** kontroli interwencyjnych,
- ◆ **57** kontroli u importerów, w tym **40** kontroli planowanych i **17** kontroli interwencyjnych,
- ◆ **4** kontrole u wyłącznych przedstawicieli, w tym **2** kontrole planowane i **2** kontrole interwencyjne,
- ◆ **3226** kontroli u dystrybutorów substancji chemicznych i ich mieszanin, w tym **2130** kontroli planowanych i **1096** kontroli interwencyjnych,
- ◆ **9222** kontrole u dalszych użytkowników, w tym **9012** kontroli planowanych i **210** kontroli interwencyjnych.



Ogólna liczba kontroli, podczas których stwierdzono naruszenie przepisów rozporządzenia REACH, które skutkowało wydaniem decyzji administracyjnej, wynosiła **517**. Liczba wydanych decyzji administracyjnych dotyczyła zarówno producentów, importerów, dystrybutorów, jak i dalszych użytkowników.

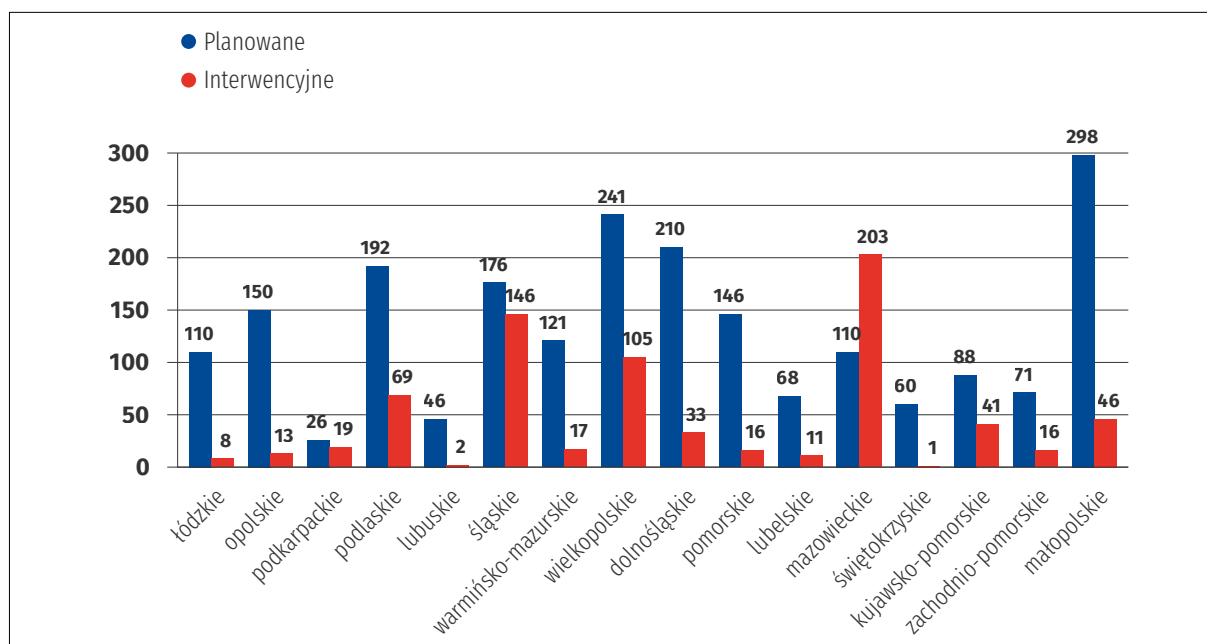
Wyk. 75 Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia REACH wg województw w 2022 r. Kontrole obejmują producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów



W 2022 r. w ramach nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami zostało przeprowadzonych **2859** kontroli sprawdzających wypełnianie obowiązków nałożonych rozporządzeniem CLP wśród producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli i dystrybutorów oraz **5252** kontrole dalszych użytkowników, tj.:

- ◆ **160** kontroli u producentów, w tym **130** kontroli planowanych i **30** kontroli interwencyjnych,
- ◆ **45** kontroli u importerów, w tym **28** kontroli planowanych i **17** kontroli interwencyjnych,
- ◆ **3** kontrole u wyłącznych przedstawicieli, w tym **2** kontrole planowane i **1** kontrola interwencyjna,
- ◆ **2651** kontroli u dystrybutorów substancji chemicznych i ich mieszanin, w tym **1953** kontrole planowane i **698** kontrole interwencyjnych,
- ◆ **5252** kontrole u dalszych użytkowników, w tym **5089** kontroli planowanych i **163** kontrole interwencyjne.

Ogólna liczba kontroli, podczas których stwierdzono naruszenie przepisów rozporządzenia CLP, które skutkowało wydaniem decyzji administracyjnej, wynosiła **132**. Liczba wydanych decyzji administracyjnych dotyczyła zarówno producentów, importerów, dystrybutorów, jak i dalszych użytkowników.

Wyk. 76 Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia CLP wg województw w 2022 r. Kontrole obejmują producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów

Europejski projekt REACH-EN-FORCE 10 (REF-10)

W 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach pracy Forum wymiany informacji o egzekwowaniu przepisów REACH przeprowadziły wspólnotowy projekt REACH-EN-FORCE 10 (REF-10). Tematem projektu była „Zintegrowana kontrola produktów chemicznych” i obejmowała ocenę zgodności z przepisami chemicznymi różnego rodzaju produktów wprowadzanych na rynek UE. Projekt obejmował substancje chemiczne, ich mieszaniny, jak również wyroby. Projekt nie ograniczał się do produktów konsumenckich, ale obejmował również produkty przeznaczone do użytku profesjonalnego. Celem projektu była integralna weryfikacja zgodności produktów z przepisami chemicznymi, w tym kontrola substancji regulowanych na podstawie różnych aktów prawnych. Zakres całego projektu był szeroki i podzielony został na dwie części. Pierwsza część dotyczyła wymagań prawnych związanych w głównej mierze z ograniczeniami załącznika XVII rozporządzenia REACH, druga część dotyczyła kontroli, które obejmowały dyrektywy RoHS, dyrektywę w sprawie bezpieczeństwa zabawek czy ramową dyrektywę w sprawie odpadów. Polska realizowała tylko część projektu i Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowanych kompetencji realizowała projekt dotyczący załącznika XVII rozporządzenia REACH. Wyniki projektu zostały przekazane do Europejskiej Agencji Chemikaliów. Sprawozdanie jest w trakcie realizacji.

Sprawozdanie z realizacji projektu REF-9 dotyczącego zezwoleń, realizowanego także przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2021 zostało opublikowane na stronie internetowej Europejskiej Agencji Chemikaliów (ECHA) w dniu 8 marca 2023 r. i dostępne jest w języku angielskim pod poniższym linkiem:

[Sprawozdanie z realizacji projektu REF-9.](#)

W 2022 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadziła także szeroko zakrojone działania interwencyjne związane z serią śmiertelnych zatrucí wywołanych spożyciem denaturatu skażonego metanolem, które miały miejsce głównie na terenie województwa śląskiego i łódzkiego, a których pierwsze przypadki zanotowano w marcu 2022 r. Denaturat jako mieszanina chemiczna nie jest przeznaczony do spożycia, posiada wiele zastosowań m.in. w przemyśle chemicznym czy lakierniczym. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie ograniczeń produkcji, obrotu lub stosowania substancji i mieszanin stwarzających zagrożenie oraz wprowadzania do obrotu lub stosowania wyrobów zawierających takie substancje lub mieszaniny, na terenie Polski zakazana jest sprzedaż konsumentom substancji i ich mieszanin zawierających metanol w stężeniu większym niż 3% masowo. W ramach podjętych działań interwencyjnych przeprowadzono kontrole i analizy chemiczne produktów na terenie całego kraju, które w **18** przypadkach potwierdziły wysoką zawartość **58,6-71,6%** metanolu w kwestionowanych produktach. Najwięcej kontroli dokonano na terenie województwa śląskiego (**973**) i łódzkiego (**726**). Wszystkie niezgodne partie denaturatu zostały wycofane z rynku.

Ponadto w 2022 r. został przygotowany cykl materiałów edukacyjnych, które dostępne były na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego, jak również w mediach społecznościowych dot. wymagań dla tuszy do tatuaży lub makijażu permanentnego.



3. Detergenty

Detergent oznacza jakąkolwiek substancję lub mieszaninę zawierającą mydło i/lub inną substancją powierzchniowo czynną, przeznaczoną do procesów prania, mycia i czyszczenia. Detergenty wprowadzane są do obrotu w celu używania ich w gospodarstwie domowym, obiektach użyteczności publicznej lub do celów przemysłowych.

Nadzór w 2022 r. prowadzony był poprzez kontrolę spełniania wymagań oraz oznakowania detergentów przez podmioty wprowadzające do obrotu zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 648/2004 z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie detergentów oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie klasyfikacji i pakowania substancji i mieszanin, zmieniające i uchylające dyrektywy 67/548/EWG i 1999/45/WE oraz zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1907/2006.

Liczba podmiotów będących pod bieżącym nadzorem stacji sanitarno-epidemiologicznych wynosiła **248**.

W tym czasie w ramach nadzoru nad detergentami zostało przeprowadzonych **116** kontroli podmiotów wprowadzających do obrotu detergenty, tj. producentów detergentów, w tym **66** kontroli planowanych oraz **50** kontroli interwencyjnych. Nieprawidłowości obejmowały nieprzestrzeganie art. 34 i 35 Ustawy o substancjach chemicznych i ich mieszaninach w zakresie wprowadzania do obrotu środków powierzchniowo czynnych przeznaczonych do stosowania w detergentach oraz braku lub niewłaściwego oznakowania. Wydane zostało **9** decyzji administracyjnych, w tym **6** decyzji dotyczyło kontroli planowanych, zaś **3** kontroli interwencyjnych.

4. Produkty kosmetyczne

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

Nadzór nad przestrzeganiem przepisów w zakresie produktów kosmetycznych sprawowany jest zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi tj.:

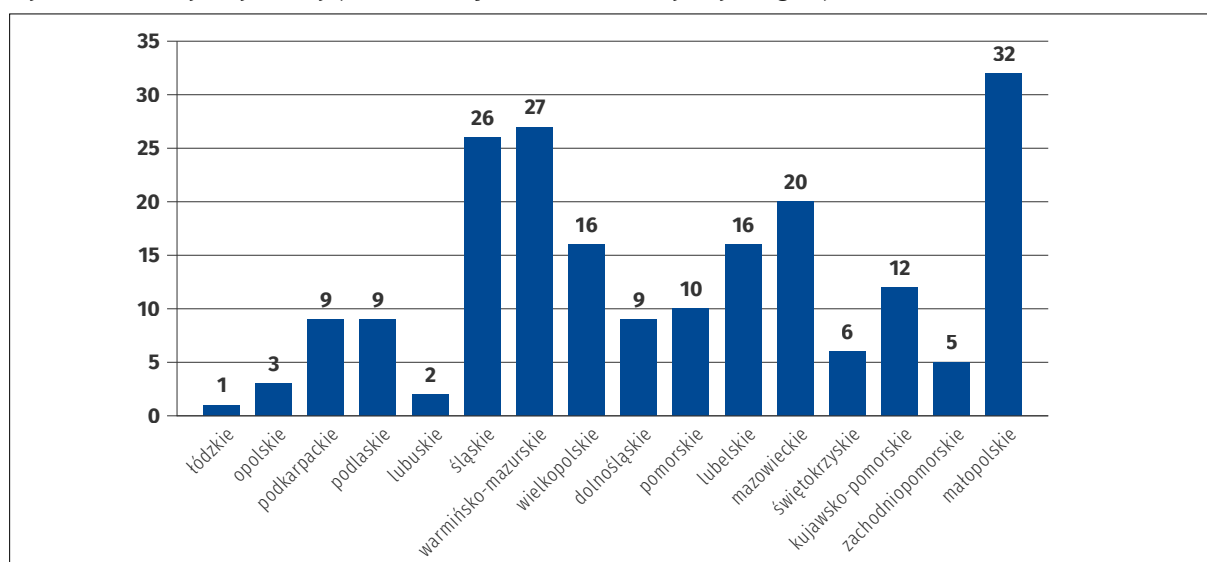
- ◆ Ustawą z dnia 4 października 2018 r. o produktach kosmetycznych,
- ◆ Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 30 listopada 2009 r. nr 1223/2009 dotyczącym produktów kosmetycznych.

Nadzór obejmował w szczególności kontrole dokumentacji produktów kosmetycznych w aspekcie oceny bezpieczeństwa oraz warunków wytwarzania produktów kosmetycznych i wprowadzenia zasad dobrej praktyki produkcji.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły działania związane z naruszaniem przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 dot. produktów kosmetycznych, np. uchybień w znakowaniu lub niespełnienia wymagań w zakresie składu. W 2022 r. przeprowadzono **3321** kontroli obejmujących zakres działania organów PIS.

Liczba wydanych decyzji w ramach prowadzonego bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie produktów kosmetycznych wyniosła w 2022 r. **203**. Dla porównania w 2021 r. liczba wydanych decyzji wyniosła **67**, a w 2020 r. **47**.

Wyk. 77 Liczba wydanych decyzji w zakresie produktów kosmetycznych wg województw w 2022 r.



W roku 2022 w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy PIS otrzymały **19** powiadomień dotyczących produktów kosmetycznych uznanych za mogące stwarzać zagrożenie dla zdrowia konsumentów, dla których osoby odpowiedzialne – w myśl przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 zdefiniowane jako producenci lub importerzy – znajdowały się na terenie Polski lub dla których w liście dystrybucji wskazano podmioty z terenu Polski. Zgłoszenia obejmowały następujące rodzaje produktów kosmetycznych: mydła do rąk i ciała, szampony, kremy do twarzy, maseczki do twarzy, lakiery do paznokci, perfumy i wody toaletowe oraz olejki do skóry. Każdorazowo organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły działania kontrolne, weryfikowały zgłoszenia i w uzasadnionych przypadkach wycofywały produktu z obrotu.

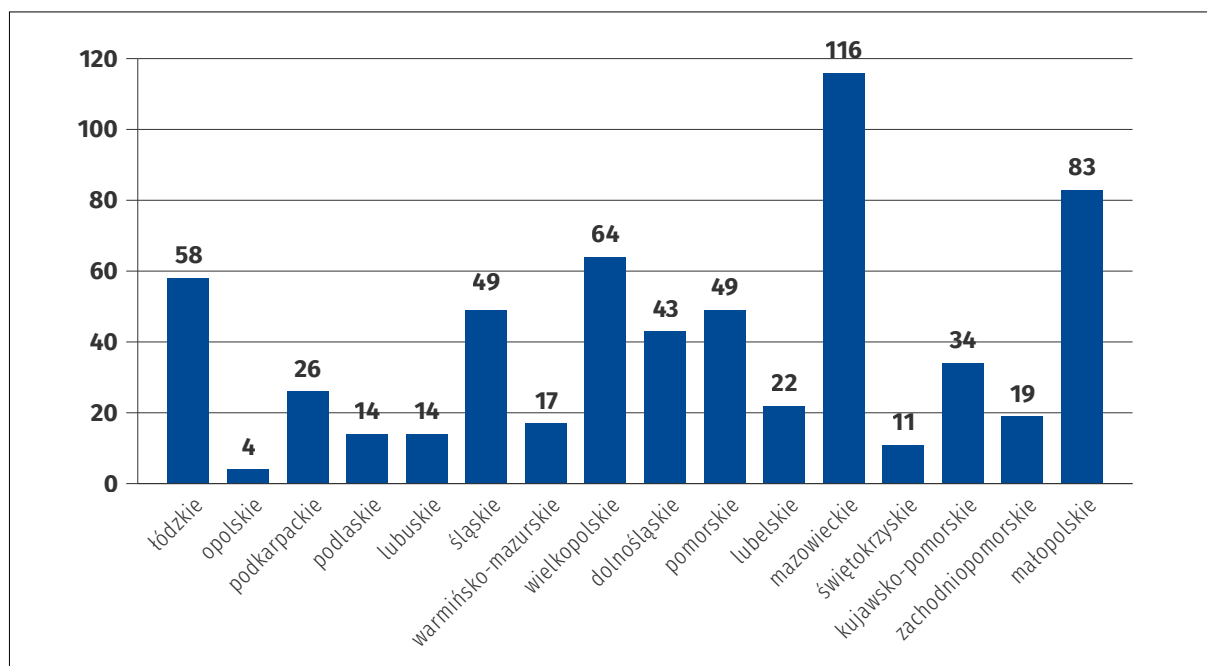
Od 1 marca 2022 r. zaczęły obowiązywać przepisy rozporządzenia (UE) 2021/1902. Rozporządzenie to wprowadziło zakaz stosowania w produktach kosmetycznych m.in. dwóch substancji – pirytionianu cynku oraz lilialu.

Pirytionian cynku był substancją powszechnie stosowaną jako składnik czynny szamponów przeciwłupieżowych. W związku z wprowadzonym zakazem organy Inspekcji przeprowadziły szereg kontroli obejmujących zarówno osoby odpowiedzialne – producentów i importerów, jak i dystrybutorów (kontrole sklepów). Można stwierdzić, że rynek był dobrze przygotowany do wprowadzenia tego zakazu – wydanych zostało tylko 5 decyzji administracyjnych o wycofaniu niezgodnych produktów.

W przypadku zakazu stosowania lilialu, substancji, która była powszechnie stosowana w kompozycjach zapachowych używanych w wielu kategoriach produktów kosmetycznych, produkty zawierające w swoim składzie tę substancję nadal są systematycznie wycofywane z rynku. Część notyfikacji systemu RAPEX odnosiła się właśnie do takich kosmetyków.

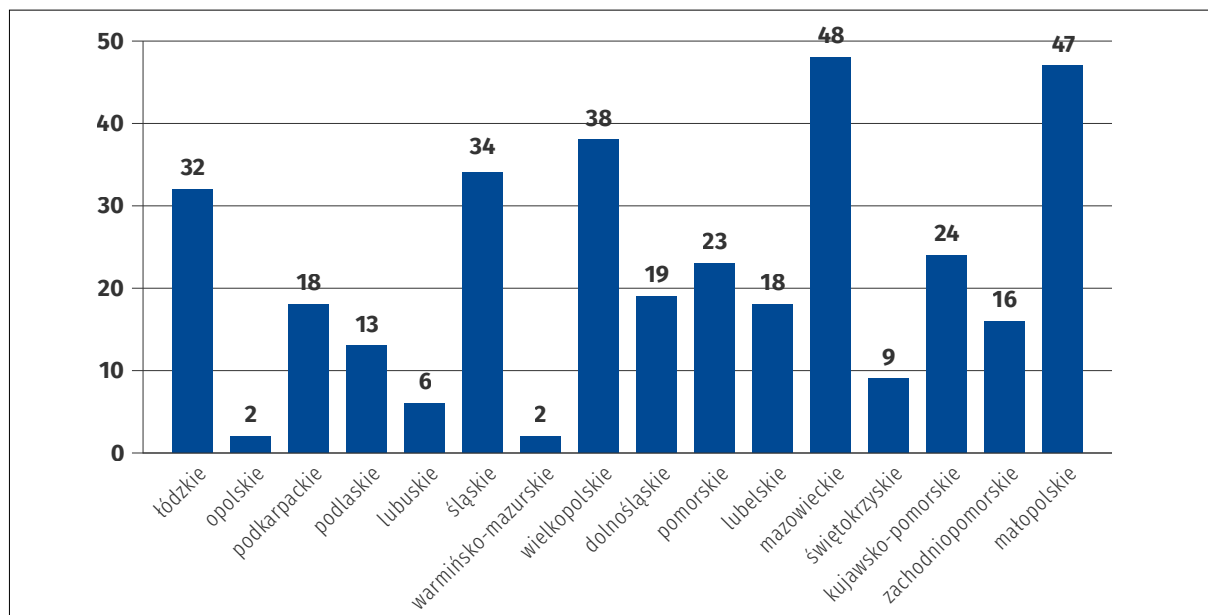
W celu monitorowania przestrzegania zasad dobrej praktyki produkcji produktów kosmetycznych ustawa o produktach kosmetycznych wprowadziła obowiązek rejestracji zakładów, w których są wytwarzane lub konfekcjonowane produkty kosmetyczne. Od czasu wprowadzenia rejestracji zakładów wytwórczych odnotowano wzrost liczby zarejestrowanych przedsiębiorstw wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne – z ok. 300 w 2019 r., do **623** w roku **2022** (wobec 569 w roku 2021).

Wyk. 78 Liczba zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne wg województw w 2022 r.



W 2022 r. przeprowadzono kontrole w **257** zakładach wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne, **55** zakładach wytwarzających produkty kosmetyczne oraz **37** zakładach konfekcjonujących produkty kosmetyczne. Z zakładów ocenionych w zakresie warunków wytwarzania produktów kosmetycznych **8** zostało uznanych za niespełniające wymagań.



Wyk. 79 Liczba skontrolowanych zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne wg województw w 2022 r.

Przepisami ustawy o produktach kosmetycznych został powołany System Informowania o Ciężkich Działaniach Niepożądanych Spowodowanych Użyciem Produktów Kosmetycznych, który jest prowadzony przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi. W 2022 r. do ośrodka administrującego Systemem wpłynęło 7 zgłoszeń (w roku 2019 było to 13 zgłoszeń, w 2020 r. – 12, w 2021 r. – 9). Jeden przypadek został zgłoszony przez osobę odpowiedzialną, trzy sprawy zostały przekazane przez użytkowników końcowych, dwa przypadki zostały przekazane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz jeden przypadek został zgłoszony przez kierownika apteki szpitalnej. Wszystkie zgłoszone przypadki zostały zweryfikowane. Potwierdzone przypadki obejmowały żel do mycia oraz płyn do higieny jamy ustnej. Należy podkreślić, że wystąpienie ciężkiego działania niepożądanego nie oznacza niezgodności produktu kosmetycznego z wymaganiami. Działanie takie jest indywidualną reakcją organizmu użytkownika związaną z jego osobistą wrażliwością i własnymi odczuciami, dlatego bardzo istotny jest wnikliwy proces weryfikacji i fachowa analiza przypadku przez zespół ekspertów w dziedzinie alergologii, dermatologii, jak również toksykologii. Weryfikacja zgłoszeń przestanych przez użytkowników końcowych (konsumentów) nie wykazała związku przyczynowo skutkowego wskazującego, że zastosowanie produktu kosmetycznego było powodem zgłoszonych objawów.

W 2022 r. został przygotowany cykl materiałów edukacyjnych dot. produktów kosmetycznych, które dostępne były na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego, jak również w mediach społecznościowych. Znalazły się tam informacje związane z obowiązkami związanymi z opakowaniem i przechowywaniem produktów kosmetycznych, jak również informacje na temat ograniczeń związanych z substancjami zawartymi w produktach kosmetycznych. Ponadto umieszczone zostały informacje dla konsumentów dotyczące zagrożeń jakie mogą powodować kosmetyki bezpośrednio kupowane spoza obszaru Unii Europejskiej oraz aktualne informacje dla konsumentów związane z postępowaniem w zakresie zgłaszania ciężkich działań niepożądanych spowodowanych użyciem produktów kosmetycznych.

5. Prekursory narkotyków kat. 2 i 3

Prekursory narkotyków to substancje chemiczne, które mogą być wykorzystywane do nielegalnego wytwarzania środków odurzających i substancji psychotropowych.

Nadzór nad obrotem prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 sprawowany jest poprzez kontrolę przepisów:

- ◆ Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ◆ Rozporządzenia (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lutego 2004 r. w sprawie prekursorów narkotykowych,
- ◆ Rozporządzenia Rady (WE) nr 111/2005 z dnia 22 grudnia 2004 r. określające zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Wspólnotą a państwami trzecimi,
- ◆ Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2015/1013 z dnia 25 czerwca 2015 r. ustanawiające przepisy dotyczące Rozporządzenia (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie prekursorów narkotykowych i rozporządzenia Rady (WE) nr 111/2005 określającego zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Unią a państwami trzecimi,
- ◆ Rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2015/1011 z dnia 24 kwietnia 2015 r. uzupełniające Rozporządzenie (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie prekursorów narkotykowych i rozporządzenie Rady (WE) nr 111/2005 określające zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Unią a państwami trzecimi oraz uchylającym rozporządzenie Komisji (WE) nr 1277/2005,
- ◆ Rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2020/1737 z dnia 14 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady oraz rozporządzenie Rady (WE) nr 111/2005 w odniesieniu do włączenia niektórych prekursorów narkotyków do wykazu substancji sklasyfikowanych.

Prekursory narkotyków zostały podzielone na cztery kategorie w zależności od wielkości ryzyka związanego z wytworzeniem z nich substancji psychoaktywnej. Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór nad obrotem prekursorów kategorii 2 i 3. Do **kategorii 2** należą: bezwodnik octowy, czerwony fosfor, kwas fenylooctowy, kwas antranilowy, piperydyna i nadmanganian potasu, przy czym bezwodnik octowy oraz czerwony fosfor należą do podkategorii 2A, a pozostałe do podkategorii 2B. Do **kategorii 3** należą: kwas chlorowodorowy, kwas siarkowy, toluen, eter etylu, aceton i keton metylowo-etylowy.

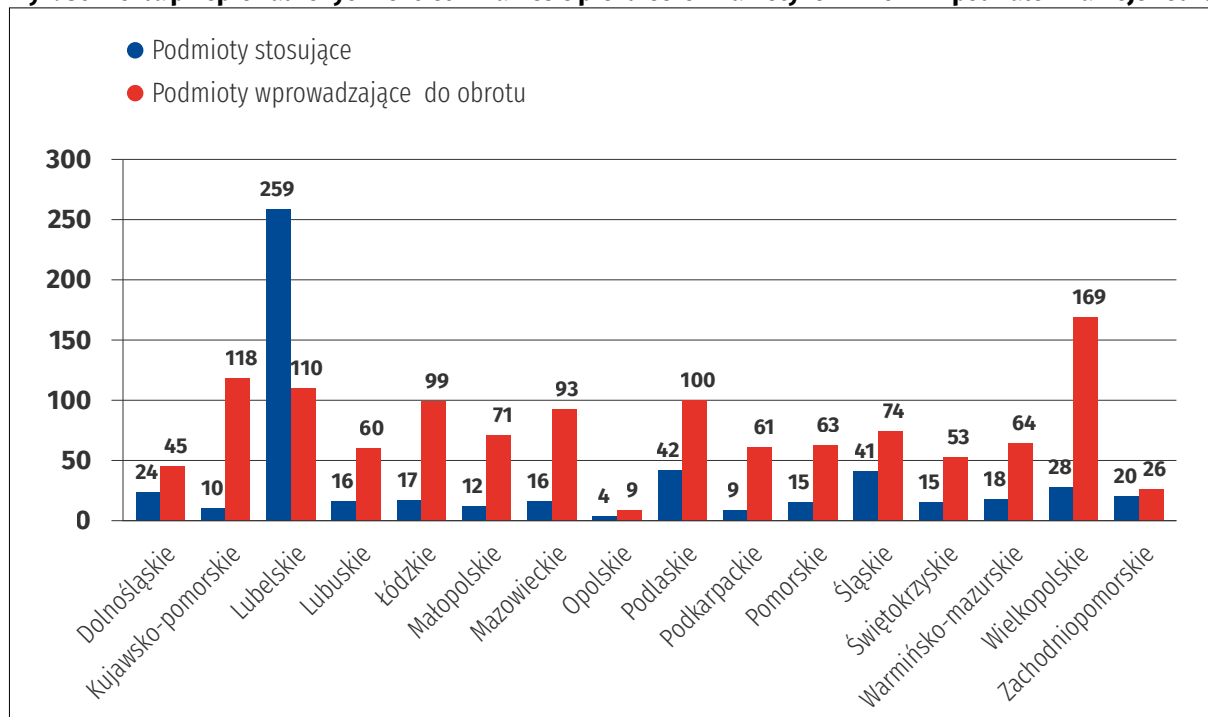
Zgodnie z art. 44 ust. ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii nadzór nad prekursorami kat. 2 i 3 sprawuje państwowy powiatowy inspektor sanitarny właściwy ze względu na siedzibę wytwórcy, importera lub innego podmiotu wprowadzającego do obrotu, poprzez:

- ◆ kontrolę realizacji obowiązków nałożonych na producenta, importera lub inny podmiot wprowadzający do obrotu wynikających z ustawy, rozporządzenia 273/2004 i rozporządzenia 111/2005,

- ◆ wydawanie pozwoleń – na zasadach i w trybie określonych w przepisach o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, rozporządzenia 273/2004 i rozporządzenia 111/2005.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru nad prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3 przeprowadziły **1761** kontroli, w tym skontrolowano **546** podmioty, wprowadzające do obrotu prekursorsy narkotyków kategorii 2 i 3, a także **1215** podmiotów stosujących te substancje w działalności gospodarczej.

Wyk. 80 Liczba przeprowadzonych kontroli w zakresie prekursorów narkotyków w 2022 r z podziałem na województwa

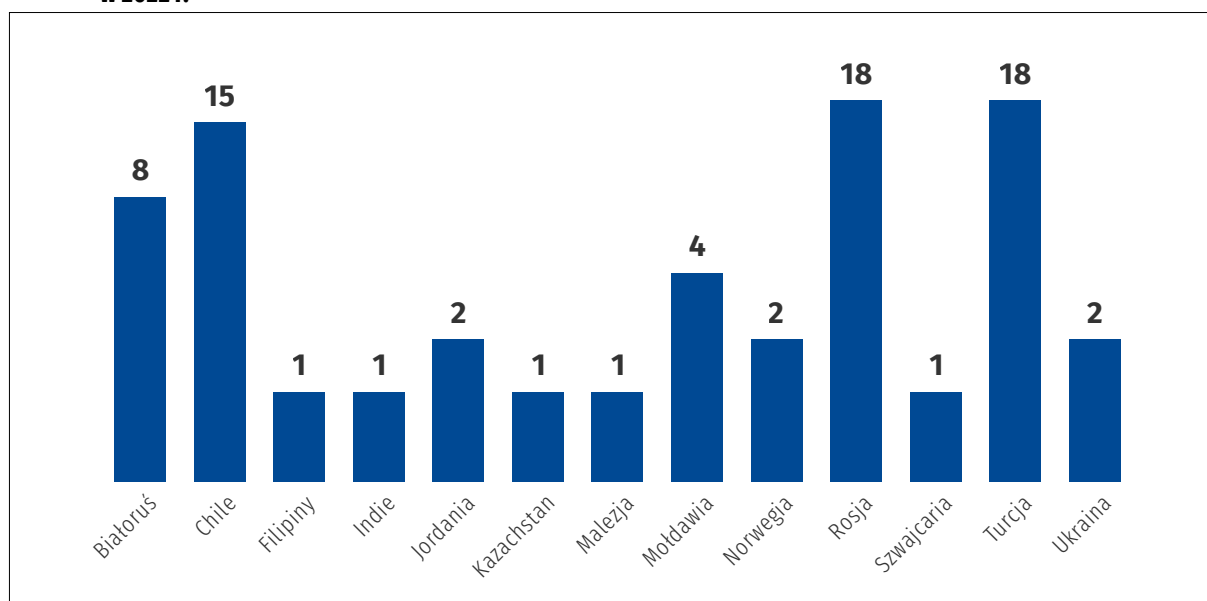


Liczba kontroli, podczas których stwierdzono naruszenia przepisów w zakresie prekursorów narkotyków, wyniosła **8**.

Zgodnie z art. 44 ust. 3 wspomnianej ustawy organem właściwym do występowania do krajów trzecich z powiadomieniem przed wywozem w zakresie prekursorów kat. 2 i 3, o którym mowa w art. 11 ust. 1 i 2 rozporządzenia 111/2005, jest Główny Inspektor Sanitarny. W tym celu wykorzystuje się europejski system powiadomień przed wywozem (PEN Online) oraz formularz powiadomienia o ruchu substancji chemicznych (ang. Multilateral Chemical Reporting Notification – MCRN).

W 2022 r. Główny Inspektorat Sanitarny wystąpił **74** powiadomienia do **13** krajów trzecich przed wywozem prekursorów kat. 2 i 3. Dla porównania w roku 2021 zostało wysłane **60** powiadomień do 9 krajów trzecich, zaś w 2020 r. **52** powiadomienia do 7 krajów trzecich.

Wyk. 81 Ilość wystanych powiadomień w systemie PEN-Online przed wywozem prekursorów kat. 2 i 3 z podziałem na kraje w 2022 r.



6. Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne

Do zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego należy kontrola przestrzegania przepisów o zakazie wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych (ŚZ) lub nowych substancji psychoaktywnych (NSP) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Ponadto do zadań inspekcji należy również ograniczanie zagrożeń oraz przeciwdziałanie zagrożeniom, jakie powodują środki zastępcze lub nowe substancje psychoaktywne, w tym podejmowanie działań w zakresie wczesnego ostrzegania o zagrożeniach.

Zgodnie ze wspomnianą ustawą **nowa substancja psychoaktywna (NSP)** oznacza każdą substancję lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu, działającą na ośrodkowy układ nerwowy, inną niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzającą – zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych – zagrożenie dla zdrowia lub zagrożenie społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określoną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych.

Środek zastępczy (ŚZ) to produkt zawierający substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, którego wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych.

Spośród działań służących realizacji wymienionych zadań, jakie podejmowała Państwowa Inspekcja Sanitarna, w tym Główny Inspektor Sanitarny w 2022 r., należy wymienić m.in:

- ◆ monitorowanie rynku w zakresie pojawienia się środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych,
- ◆ podejmowanie działań zapobiegawczych poprzez prowadzone kontrole w punktach sprzedaży,
- ◆ monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie zatruć i zgonów. Prowadzenie rejestru zatruć środkami zastępczymi (ŚZ) lub nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP),
- ◆ koordynowanie przez Głównego Inspektora Sanitarnego prac Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych prowadzących do ustawowego ograniczania dostępności do nowych substancji o działaniu psychoaktywnym,
- ◆ ostrzeżenie przed zagrożeniem, jakie mogą stwarzać środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne.

Monitorowanie rynku pod kątem pojawienia się nowych substancji o działaniu psychoaktywnym, a także pozyskiwanie informacji o środkach zastępczych i nowych substancjach psychoaktywnych, pojawiających się nie tylko na terenie Polski, ale także całej Unii Europejskiej i świata, odbywa się również poprzez m.in.: udział w sesjach Komisji Środków Odurzających (CND), pozyskiwanie informacji z Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) przekazywanych przez Krajowe Centrum



Przeciwdziałania Uzależnieniom czy współpracę z innymi organami zaangażowanymi w działania w obszarze środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, takimi jak Policja, Prokuratura czy Krajowa Administracja Skarbowa.

Wynikiem systematycznego gromadzenia i przeglądu danych dotyczących nowych substancji o działaniu psychoaktywnym pojawiających się na rynku, a także przeprowadzanych ocen ryzyka substancji działających na ośrodkowy układ nerwowy przez Zespół ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, było wydanie w dniu 11 lipca 2022 r. przez Głównego Inspektora Sanitarnego **ostrzeżenia publicznego dotyczącego substancji α -PHiP¹**.

Wymienione działania jako część strategii ograniczania dostępności substancji działających na ośrodkowy układ nerwowy opisanej w tzw. *Porozumieniu 6 Służb²*, podlegają cyklicznemu przeglądowi. 19 grudnia 2022 r., pod przewodnictwem Głównego Inspektora Sanitarnego w Głównym Inspektoracie Sanitarnym odbyło się spotkanie Komitetu Sterującego z udziałem przedstawicieli służb Krajowej Administracji Skarbowej, Prokuratury Krajowej, Komendy Głównej Policji, Komendy Głównej Straży Granicznej, Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego.

6.1. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych. Działania kontrolne

Na przestrzeni ostatnich lat, dzięki działaniom Państwowej Inspekcji Sanitarnej, dostęp do środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych na terenie Polski został bardzo mocno ograniczony. Kolejne nowelizacje ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz prowadzone działania kontrolne organów PIS sprawiły, że zniknęły z przestrzeni publicznej miejsca sprzedaży tzw. produktów kolekcjonerskich, czyli nowych narkotyków. Ponadto dzięki kolejnym nowelizacjom Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych większość środków zastępczych została już wyregulowana, w związku z czym wszelkie nielegalne działania związane z m.in. wytwarzaniem, przetwarzaniem, wprowadzaniem do obrotu czy udzielaniem osobie trzeciej podlegają przepisom karnym i działaniom Policji.

Należy zauważyć, że uwzględnienie w wykazie nowych substancji psychoaktywnych wspomnianego rozporządzenia grup związków w postaci ogólnego wzoru strukturalnego sprawia, że zdelegalizowane mogą być nie tylko te substancje, które zostały znalezione na rynku i są literalnie zapisane, ale także substancje, które potencjalnie mogą występować jako ich kolejne modyfikacje. Mając na uwadze takie przepisy, polskie prawo w sposób kompleksowy reguluje obszar nowych narkotyków, gdyż chroni przed niekontrolowanym pojawieniem się kolejnych modyfikacji już istniejących substancji psychoaktywnych,

1 <https://www.gov.pl/web/gis/glowny-inspektor-sanitarny-ostrzega-nowa-substancja-psychoaktywna>

2 Porozumienie z dnia 26 listopada 2018 r. pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym, Szefem Krajowej Administracji Skarbowej, Prokuratorem Krajowym, Komendantem Głównym Straży Granicznej i Głównym Inspektorem Farmaceutycznym o współpracy w celu sprawnego i skutecznego wykonywania zadań w zakresie przeciwdziałania wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych.



a tym samym chroni i zabezpiecza obywateli przed legalnym pojawieniem się takiej nowej substancji i zagrożeń związanych z jej stosowaniem.

W 2022 r. pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili **994** kontrole punktów działalności gospodarczej przedsiębiorców, u których zachodziło podejrzenie wprowadzania do obrotu środków zastępczych. W wyniku działań państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych (PPIS) wydano **10** decyzji na podstawie art. 44c ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Zabezpieczono **97** opakowań produktów o łącznej wadze **340,17 g**. Do badań laboratoryjnych pobrano **35 próbek**. W ramach postępowań administracyjnych na podmioty wytwarzające lub wprowadzające do obrotu środki zastępcze nałożono kary pieniężne o łącznej wartości **120 000 zł**. W toku prowadzonych przez PPIS działań udało się wyegzekwować **336 075,34 zł** tytułem nałożonych kar. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skierowały do organów ścigania **35** zawiadomień o możliwości popełnienia przestępstwa związanego z wytwarzaniem i wprowadzaniem do obrotu środków zastępczych, a także związanego z bezpośrednim narażeniem życia lub zdrowia ludzi.

6.2. Rejestr zatruc środkami zastępczymi (SZ) lub nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP)

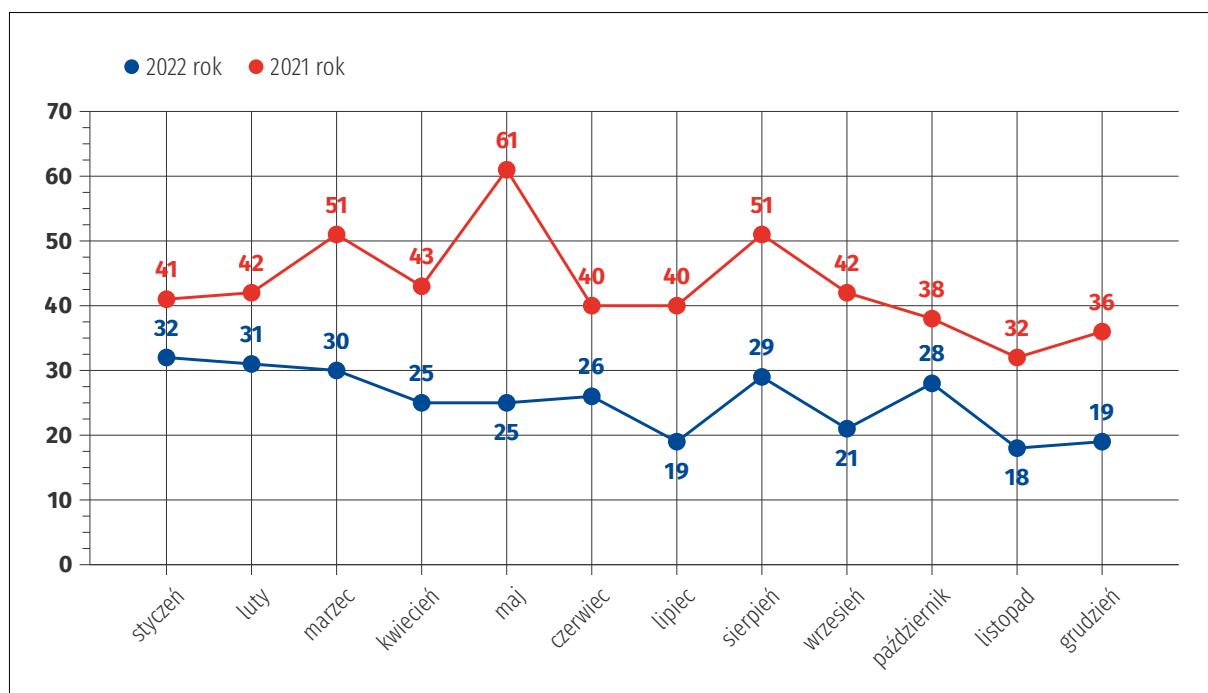
W celu ograniczania zagrożeń, jakie mogą powodować środki zastępcze lub nowe substancje psychoaktywne, Główny Inspektor Sanitarny prowadzi rejestr zatruc. Obowiązki związane z procedurą zgłaszania zatruc określone zostały w art. 30a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Zgodnie z § 1 pkt 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2014 r. w sprawie systemów wymiany informacji w zakresie dotyczącym zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U z 2014 r. poz. 1474 z późn. zm.), rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej jako System Monitorowania Informacji o Środkach Zastępczych i Nowych Substancjach Psychoaktywnych (SMIOD).

Podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz podmioty przeprowadzające badanie pośmiertne zgłaszają państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, właściwemu ze względu na siedzibę tego podmiotu, wystąpienie zatrucia środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną albo podejrzenie wystąpienia takiego zatrucia albo zgonu, którego przyczyną mogło być albo było zatrucie środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną.

Zgłoszone dane gromadzone są w SMIOD i służą do sporządzenia corocznego Raportu Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczącego zatruc środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną w Polsce. Raport za okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. znajduje się pod tym adresem.

W 2022 r. zostały zgłoszone **303** przypadki interwencji medycznych (IMed), zakwalifikowane jako podejrzenie zatrucia lub zatrucie środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi.

Wyk. 82 Liczba zatruć i podejrzeń zatruć ŚZ/NSP w Polsce w latach 2021–2022 z podziałem na miesiące

Średnia miesięczna liczba IMed dotycząca przypadków zatruć i podejrzeń zatruć środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi (ŚZ/NSP) w 2022 r. wynosiła 25. Największą liczbę zgłoszeń odnotowano w następujących miesiącach: styczeń (32), luty (31), marzec (30). W pozostałych miesiącach roku liczba zgłoszeń nie przekraczała trzydziestu wskazań.

W 2022 r., wśród 303 przypadków zgłoszeń IMed, 226 zgłoszeń dotyczyło mężczyzn (74,6%), 77 kobiet (25,4%).

W grupie wiekowej do 18 r.ż. zarejestrowanych zostało łącznie 49 IMed, co stanowiło 16,2% wszystkich zarejestrowanych przypadków w 2022 r. Dla populacji dzieci i młodzieży największa liczba zgłoszeń dotyczyła osób z grupy wiekowej 16–18 lat (30), 13–15 lat (15), a najmniejsza z grupy 0–6 lat (3). Z kolei w grupie wiekowej powyżej 18 r.ż. liczba zgłoszonych IMed była ponad pięciokrotnie większa od liczby interwencji wśród pacjentów do 18 r.ż. i wynosiła 252 (83,2%). W grupie osób pełnoletnich największa liczba zgłoszeń dotyczyła grupy wiekowej 30–39 lat (86), 19–24 lata (71) i grupy 25–29 lat (51). W grupie 40 i więcej lat zarejestrowano 44 zgłoszenia. W 2 przypadkach (0,7%) nie został ustalony wiek pacjenta.

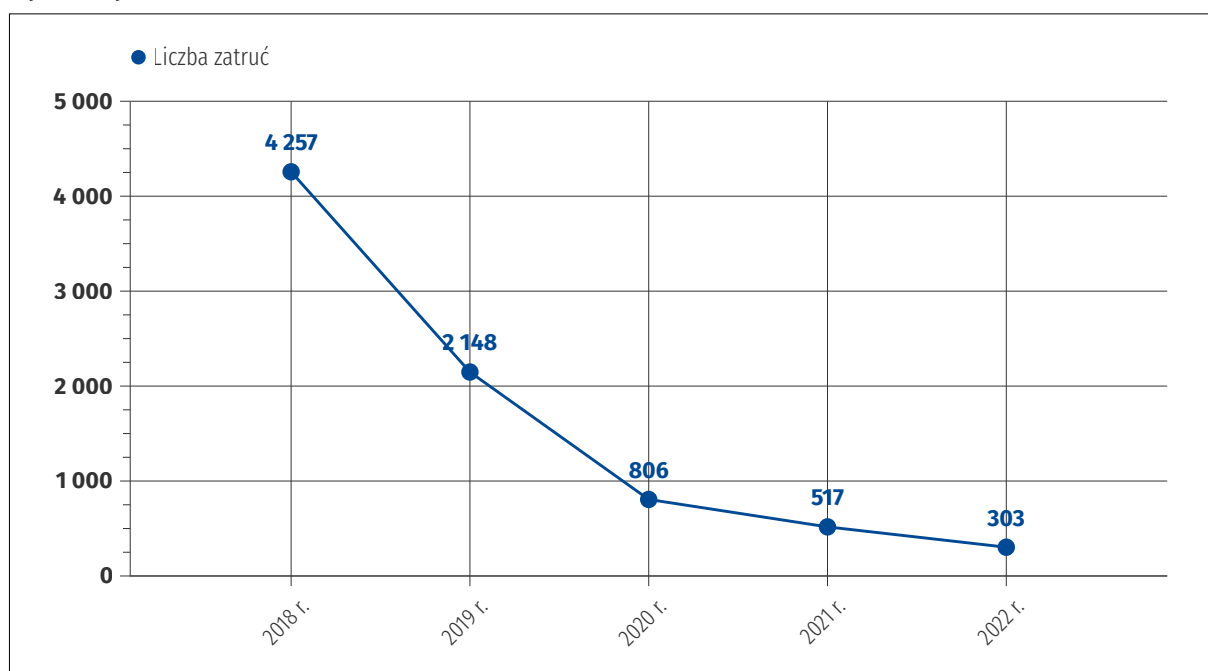
Powyższe dane przedstawiono w tabeli.

Tab. 44 Liczba zatruc ̄Z/NSP w Polsce w 2022 r. w poszczególnych grupach wiekowych

Wiek	Grupa wiekowa	Przedział wiekowy	Liczba zgłoszeń
do 18 r.ż.	1	0–6 lat	3
	2	7–12 lat	1
	3	13–15 lat	15
	4	16–18 lat	30
Razem do 18 r.ż.			49
powyżej 18 r.ż.	5	19–24 lata	71
	6	25–29 lat	51
	7	30–39 lat	86
	8	40 i więcej lat	44
Razem powyżej 18 r.ż.			252
wiek nieznan	9		2
RAZEM			303

Poza danymi dotyczącymi zatruc Główny Inspektor Sanitarny zbiera również informacje o zgonach spowodowanych użyciem środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych. Przypadki zgłoszone do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej są weryfikowane i poddawane analizie. Zgodnie ze zgromadzonymi danymi w SMIOD w roku 2022 odnotowano 15 przypadków zgonów po zażyciu substancji działających na ośrodkowy układ nerwowy. Spośród wszystkich przypadków 1 dotyczył zgonu spowodowanego użyciem nowej substancji psychoaktywnej i żaden zgon nie był wynikiem użycia środka zastępczego. Przypadek z 9 stycznia 2022 r. dotyczył zdarzenia z użyciem substancji ADB-BUTINACA (grupa III-NPS). Pozostałe przypadki zgonów spowodowane były użyciem substancji psychotropowych i środków odurzających, często stosowanych w połączeniu.

W ostatnich latach, dzięki działaniom Państwowej Inspekcji Sanitarnej, dostęp do środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w Polsce jest bardzo ograniczony. W 2022 r. odnotowano dalszy spadek liczby zatruc/podejrzeń zatruc środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi, co może wynikać z nieopłacalności tworzenia kolejnych nowych modyfikacji istniejących substancji psychoaktywnych, z których większość podlega już odpowiedzialności karnej, a także z obawy przed nieokreślonym ryzykiem wystąpienia poważnych skutków ubocznych. Dla potwierdzenia powyższego przedstawiono dynamikę zatruc lub podejrzeń zatruc środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną na przestrzeni ostatnich lat.

Wyk. 83 Dynamika zatruc ŚZ/NSP w Polsce w latach 2018-2022

6.3. Prace Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych w ograniczaniu dostępności do środków zastępczych

Substancje o potencjalnym działaniu psychoaktywnym poddawane są ocenie przez powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych i w uzasadnionych przypadkach, zgodnie z rekomendacją Zespołu, uwzględniane w odpowiednim wykazie stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych. Zespołowi działającemu nieprzerwanie od dnia 15 lipca 2015 r. przewodniczy Główny Inspektor Sanitarny. Ten organ opiniodawczo-doradczy dokonuje oceny ryzyka zdrowotnego i społecznego wybranych substancji psychoaktywnych. Zespół specjalistów z dziedzin takich jak farmakologia, toksykologia, chemia, prawo i nauki społeczne ocenia substancje pod względem dostępności, potencjału rozpowszechniania, szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem nowej substancji wynikających z jej toksyczności ostrej lub przewlekłej oraz ryzykiem jej nadużywania lub właściwościami uzależniającymi. Na podstawie przeprowadzanej oceny Zespół rekomenduje Ministrowi Zdrowia umieszczenie niebezpiecznych substancji w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych.

W 2022 r. Zespół obradował trzykrotnie. Dwa spotkania odbyły się zgodnie z harmonogramem posiedzeń, trzecie spotkanie nie wynikało z ustalonego harmonogramu, było odpowiedzią na potrzebę podjęcia dodatkowych działań. Podczas spotkań podjęto w sumie trzy uchwały obejmujące trzy substancje. Dodatkowo Zespół wydał dwie opinie.

Tab. 45 Działania Zespołu zrealizowane w 2022 r.

Data posiedzenia Zespołu	Opracowane akty/ dokumenty	Substancje
29 marca 2022 r.	opinia	ws. znakowanych izotopowo nowych substancji psychoaktywnych
	opinia	ws. oddziaływania flukonazolu na ośrodkowy układ nerwowy
8 czerwca 2022 r.	uchwała nr 1/2022	α-PHiP (α-pirolidynoizohexanofenon)
	uchwała nr 2/2022	Eszopiklon (S-ZOPIKLON)
8 listopada 2022 r.	uchwała nr 3/2022	HHC-O (O-acetyloheksahydrokannabinol)

Zmiany w prawie zainicjowane pracami Zespołu

W dniu 19 lutego 2022 r. weszła w życie przygotowana przez Głównego Inspektora Sanitarnego nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych będąca wynikiem prac Zespołu w 2021 r. Akt włączył do wykazu załącznika nr 3 rozporządzenia dwie nowe substancje psychoaktywne: **3-OH-PCP** oraz **1cP-LSD**. Dodatkowo w nowelizacji wspomnianego rozporządzenia uwzględniono zmiany wynikające z dyrektywy delegowanej Komisji (UE) 2021/802 z dnia 21 marca 2021 r. zmieniającej załącznik do decyzji ramowej Rady 2004/757/WSiSW oraz postanowień Konwencji Narodów Zjednoczonych – w odniesieniu do substancji psychotropowych – z 1971 r. (Konwencja o substancjach psychotropowych, sporządzona w Wiedniu dnia 21 lutego 1971 r. – Dz. U. z 1976 r. poz. 180, ze zm.), a w odniesieniu do środków odurzających – z 1961 r. (Jednolita konwencja o środkach odurzających z 1961 r., sporządzona w Nowym Jorku dnia 30 marca 1961 r. – Dz. U. z 1966 r. poz. 277, ze zm.), zmienionej protokołem z 1972 r. (Protokół zmieniający Jednolitą konwencję o środkach odurzających z 1961 r. – Dz. U. z 1996 r. poz. 149, ze zm.). Tym samym substancje **CUMYL-PEGACLONE**, **MDMB-4en-PINACA**, **DIFENIDYNA**, **4F-MDMB-BICA** zostały włączone do grupy substancji psychotropowych **II-P** załącznika nr 1 ww. rozporządzenia. Substancje **KLONAZOLAM**, **FLUBROMAZOLAM**, **DIKLAZEPAM** przeniesiono z wykazu nowych substancji psychoaktywnych załącznika nr 3 rozporządzenia do grupy **IV-P** załącznika nr 1 rozporządzenia, a substancję **IZOTONITAZEN** włączono do środków odurzających grupy **I-N** załącznika nr 2 rozporządzenia.

Uwzględniając m.in. podjęte w 2022 r. uchwały Zespołu, Główny Inspektor Sanitarny przygotował kolejny projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych, który zmodyfikował

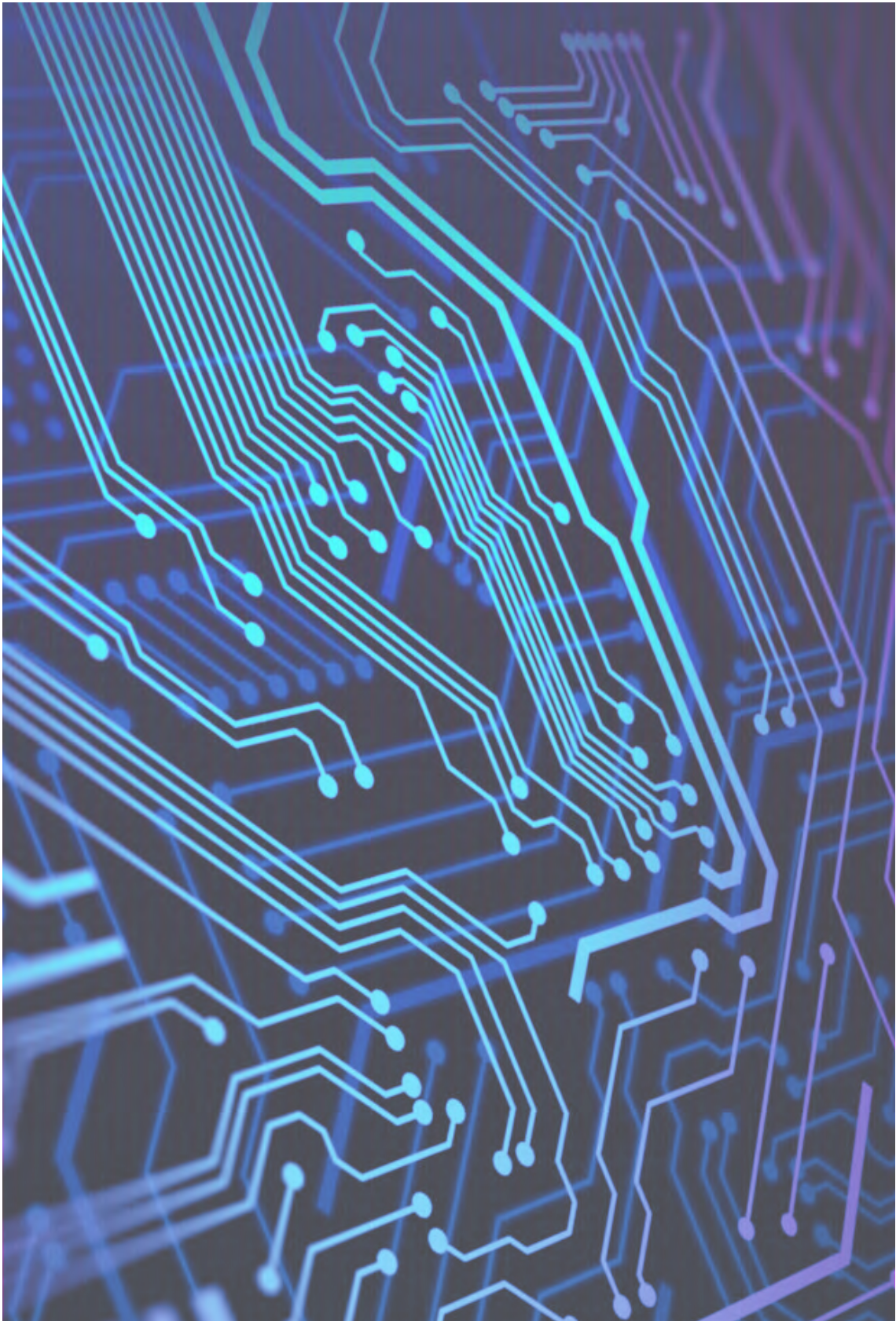


brzmienie załącznika nr 3 w części 2. Pochodne 2-feniloetyloaminy – grupa I-NPS w punkcie 2.2. w lit. a oraz włączył substancje **HHC-O**, **3D-MXE**, **MXPr**, **MXiPr** do wykazu nowych substancji psychoaktywnych. Zmiany objęły także związki chemiczne (**6aR,10aR**)-**6a,7,8,9,10,10a-heksahydro-6,6-dimetylo-9 – metyleno-3-pentylo-6H-dibenzo[b,d]piran-1-ol**, **α-PHiP** i **eszopiklon**, które włączono do substancji psychotropowych odpowiednio do grupy **I-P**, **II-P** oraz **IV-P** załącznika nr 1 rozporządzenia.

W projekcie nowelizacji dokonano także zmian porządkowych dot. substancji psychotropowych w grupie I-P załącznika nr 1 rozporządzenia. Poprawiono oznaczenie chemiczne substancji psychotropowej **6a,7,8,9,10,10a-heksahydro-6,6,9 – trimetylo-3-pentylo-6H-dibenzo[b,d]piran-1-ol** i wyłączono ją z grupy pochodnych tetrahydrokannabinoli (I-P), aby wpisać literalnie do grupy I-P załącznika nr 1 rozporządzenia. W rozporządzeniu ponadto wprowadzono korekty oznaczenia chemicznego w grupie II-P, dla substancji **CUMYL-PEGACLONE**, oraz w grupie nowych substancji psychoaktywnych NPS, dla substancji **1cP-LSD**.

W rozporządzeniu przywołano dyrektywę delegowaną Komisji (UE) 2022/1326 zmieniającą załącznik do decyzji ramowej Rady 2004/757/WSiSW w odniesieniu do włączenia nowych substancji psychoaktywnych do definicji narkotyku, która włączyła uregulowane już wcześniej w polskim prawie substancje: **3-MMC** i **3-CMC**. Akt uwzględnił również postanowienia Konwencji Narodów Zjednoczonych – w odniesieniu do substancji psychotropowych – z 1971 r. (Konwencja o substancjach psychotropowych, sporządzona w Wiedniu dnia 21 lutego 1971 r.), a w odniesieniu do środków odurzających – z 1961 r. (Jednolita konwencja o środkach odurzających z 1961 r., sporządzona w Nowym Jorku dnia 30 marca 1961 r.), zmienionej protokołem z 1972 r. (Protokół zmieniający Jednolitą konwencję o środkach odurzających z 1961 r.), na podstawie decyzji Komisji ds. Środków Odurzających (Commission on Narcotic Drugs – CND). Tym samym substancję **EUTYLON** przeniesiono z grupy I-P do grupy **II-P** załącznika nr 1 rozporządzenia. Substancje **BRORFINA** i **METONITAZEN** włączono do grupy **I-N** załącznika nr 2 rozporządzenia. Planowany czas wejścia w życie nowelizacji rozporządzenia przewiduje się na drugi kwartał 2023 r.

Nowelizacje rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych przyczyniają się do objęcia odpowiedzialnością karną większej liczby substancji i tym samym do ograniczenia ich dostępności.



**CYFRYZACJA
PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ**

Zmiany w przepisach prawa, rozwój organizacji i realizacja przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nowych wyzwań, w szczególności związanych z pandemią COVID-19, wymusiły konieczność **cyfryzacji realizowanych w Inspekcji procesów** oraz skuteczne wykonywanie zadań w trybie zarządzania kryzysowego. Państwowa Inspekcja Sanitarna odegrała szczególnie ważną rolę podczas pandemii COVID-19. Stosowane w tym czasie rozwiązania teleinformatyczne, m. in. **System Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS)**, ułatwiły wykonywanie jej zadań, co spotkało się z pozytywnym odbiorem społeczeństwa.

SEPIS to uruchomione w październiku 2020 r. narzędzie informatyczne przygotowane dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 2022 r. SEPIS wykorzystywany był przede wszystkim w obszarze epidemiologii do zadań związanych z zapobieganiem rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19 dzięki:

- ◆ postępującej integracji z pozostałymi systemami państwowymi i wymianie informacji w czasie rzeczywistym,
- ◆ wdrożeniu i rozwoju procesów „one-click” i przerywania łańcucha zakażeń COVID-19,
- ◆ standaryzacji wywiadów epidemiologicznych przeprowadzanych każdego dnia przez pracowników Inspekcji oraz multijęzyczne stacje wirtualne, dające możliwość przeprowadzania wywiadów epidemiologicznych w 7 językach obcych,
- ◆ multikanałowej komunikacji z obywatelami (formularz www, infolinia, aplikacja mobilna, kontakt bezpośredni z pracownikiem Inspekcji),
- ◆ wysokiej efektywności realizacji zgłoszeń obywateli (82% spraw obsługiwanych do 3 godzin od momentu zgłoszenia),
- ◆ dostępowi do zaawansowanej analityki BI (Business Intelligence), zbudowanej w oparciu o narzędzia Microsoft PowerBI,
- ◆ wdrożeniu narzędzi wspierających SEPIS takich jak: rejestr zgłoszeń od obywateli, rejestr osób zakażonych i rejestr osób mających kontakt z zakażonym, rejestr ognisk zakażeń, rejestr niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Do 30 czerwca 2022 r. budową i rozwojem SEPIS zajmowała się Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, natomiast od 1 lipca 2022 r. zadanie to realizowane jest przez Główny Inspektorat Sanitarny.

W 2022 r. ONZ przyznał GIS nagrodę za wdrożenie SEPIS – UN Public Service Award. Doceniono innowacyjność i skuteczność działania systemu w walce z COVID-19.



Dostarczone rozwiązania w obszarze epidemiologii wykazały potrzebę kontynuowania tych prac oraz ujednoczenia procesów w pozostałych obszarach działania Inspekcji. Wydarzenia mające miejsce w Polsce w związku z pandemią COVID-19 oraz wybuchem wojny w Ukrainie pokazały, że SEPIS powinien być platformą cyfrową stale rozwijaną, z naciskiem na rozwój procesów koordynacyjnych, analitycznych, uspołniających oraz zapewniających właściwą obsługę obywateli. Pozwoli to na zapewnienie skutecznej reakcji jednostek Inspekcji w sytuacjach kryzysowych.

21 listopada 2022 r. zawarte zostało Porozumienie o dofinansowanie nr POIS.11.03.00-00-0191/22-00 projektu pn. „**Wzmocnienie infrastruktury państwowej inspekcji sanitarnej w celu zwiększenia efektywności działania**” w ramach działania 11.3 Wspieranie naprawy i odporności systemu ochrony zdrowia, Oś priorytetowa XI REACT-EU, Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014 – 2020. Głównym celem projektu jest zapewnienie możliwości zoptymalizowanej pod względem czasu, kosztów i efektywności realizacji zadań wykonywanych przez jednostki Inspekcji, w celu przeciwdziałania zagrożeniom zdrowotnym poprzez rozwój Systemu Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS). Powyższy cel zostanie osiągnięty poprzez:

- ◆ rozwój wdrożonego systemu SEPIS – utworzenie nowych modułów: bezpieczeństwa żywności, higieny środowiska i nadzoru nad chemikaliami,
- ◆ wyposażenie GIS w infrastrukturę teleinformatyczną.

Rozwój systemu SEPIS ma na celu usprawnienie wykonywania zadań ustawowych realizowanych przez organy Inspekcji oraz pozwoli na realizację przez Inspekcję e-usług publicznych. Dzięki rozbudowie systemu SEPIS pracownicy Inspekcji zyskają skuteczne narzędzie wspomagające ich w codziennej pracy, a obywatele oraz przedsiębiorcy możliwość załatwiania spraw urzędowych bez konieczności wychodzenia z domu i wizyty w urzędzie.



PROGRAMY EDUKACYJNE

1. Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowany do uczniów IV klas szkół podstawowych

„Bieg po zdrowie” jest programem antytytoniowej edukacji zdrowotnej, opracowanym przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z psychologami. W roku szkolnym 2021/2022 zrealizowana została VI edycja programu. Przystąpiło do niej 26% szkół podstawowych, a odsetek klas IV biorących udział w programie wyniósł 25%. Ta edycja objęła swoim zasięgiem 113 758 uczniów klas IV. Zgodnie z założeniami programu „Bieg po zdrowie” odnotowano także aktywny udział i zaangażowanie rodziców/opiekunów dzieci.

Większość szkół (85%) zrealizowała program w całości oraz zgodnie z założeniami. W 36% szkół program został rozszerzony o dodatkowe działania wzmacniające jego przekaz, takie jak m.in.: pogadanki na lekcjach przedmiotowych, prezentacje multimedialne na temat wpływu palenia na zdrowie, opracowanie gazetek tematycznych, tworzenie komiksów, wystawy plakatów, konkursy plastyczne, prezentacje filmów edukacyjnych o tematyce antytytoniowej, a także zawody sportowe i udział w zajęciach sportowo-edukacyjnych w małych grupach.



2. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”

„ARS, czyli jak dbać o miłość?” jest programem profilaktycznym w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych, skierowanym do uczniów szkół ponadpodstawowych i ich rodziców.

Zasadniczym celem programu jest ograniczenie niekorzystnych następstw zdrowotnych i społecznych używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Program „ARS, czyli jak dbać o miłość?” podchodzi do tego zagadnienia w sposób innowacyjny. Nie skupia się na typowym przekazie dotyczącym negatywnych skutków korzystania z używek, ale wskazuje, jak nadużywanie substancji psychoaktywnych może negatywnie wpływać na wartości uznawane przez młodych ludzi za ważne w życiu. Jego oryginalnym założeniem jest otwarte i konsekwentne odwołanie się do najbardziej cennej wartości, jaką jest miłość. W ramach zajęć prowadzono prezentacje filmów edukacyjnych, dyskusje grupowe, zajęcia z terapeutami uzależnień oraz ćwiczenia warsztatowe.

Do realizacji programu przystąpiło łącznie 1675 szkół ponadpodstawowych (32%), przy czym udział poszczególnych typów szkół kształtował się następująco: technika – 41%, licea – 35%, szkoły branżowe – 21%. W 1422 placówkach realizowano program po raz dziewiąty, co oznacza, że szkoły te brały udział w każdej z dotychczas zrealizowanych edycji.

Działaniami programowymi w IX edycji objęto ogółem 125 580 uczniów szkół ponadpodstawowych. W tej edycji programu udział wzięło 27 944 rodziców.

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

„Skąd się biorą produkty ekologiczne” jest programem edukacyjnym skierowanym do dzieci w wieku przedszkolnym i ich rodziców, którego celem jest zwiększanie wiedzy na temat rolnictwa ekologicznego oraz budowanie właściwych nawyków żywieniowych.

Podstawowymi narzędziami programu są m.in.: publikacja „Skąd się biorą produkty ekologiczne?”, animowany film edukacyjny, scenariusze zajęć dla nauczycieli i dzieci sześciolatków. Dodatkowo przygotowano webinaria #po1profilaktyka, które poruszają m.in. kwestie potrzeby rozmowy z dziećmi na temat kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych.

W roku szkolnym 2021/2022 realizowana była II edycja programu, do której przystąpiły 3454 przedszkola i oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych, co stanowi 16,5% wszystkich tego typu placówek w całym kraju. W inicjatywie udział wzięło 140 329 dzieci w wieku 5-6 lat, jak również 65 889 rodziców.

Jednocześnie w 2295 placówkach (66%), program rozszerzono o dodatkowe działania, m.in.: samodzielne sporządzanie kanapek, sałatek, zdrowszych wersji deserów, uprawę nowalijek w przedszkolnych ogródkach, a także organizację konkursów i zabaw ruchowo-muzycznych oraz projekcje filmów związanych z tematyką żywności ekologicznej. W trakcie zajęć dzieci poznawały również tajniki pracy rolnika, pszczelarza, sadownika czy piekarza.

Realizacja programu w wielu placówkach przedszkolnych uzyskała wsparcie lokalne. W działania programowe zaangażowały się instytucje takie jak: urzędy miejskie i gminne, nadleśnictwa, lokalne gospodarstwa ekologiczne, pszczelarze, lokalni przedsiębiorcy, dietetycy oraz pielęgniarzy środowiskowe i psychologowie. Łącznie udało się uzyskać wsparcie od 1794 partnerów.

W 2022 r. we współpracy z Ministerstwem Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Ministerstwem Edukacji i Nauki oraz Krajowym Ośrodkiem Wsparcia Rolnictwa podjęto działania zmierzające do rozszerzenia programu i dostosowanie treści do potrzeb uczniów szkół podstawowych. Wdrożenie zmian zaplanowano w roku szkolnym 2023/2024.

4. Program edukacyjny „Trzymaj Formę”

W 2022 r. rozpoczęto realizację XVI edycji ogólnopolskiego programu edukacyjnego „Trzymaj Formę!” współorganizowanego przez Główny Inspektorat Sanitarny i Polską Federację Producentów Żywności Związek Pracodawców oraz 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Do programu wprowadzono nowe treści programowe dotyczące odpowiedzialnych zakupów, segregacji odpadów i niemarnowania żywności.

Działania skierowane są do uczniów klas V-VIII w szkołach podstawowych, a ich celem jest edukacja i trwałe kształtowanie prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety.

Program realizowany jest metodą projektu, dzięki czemu wykracza poza podstawę programową i programy nauczania szkoły. Dodatkową inicjatywą w ramach programu jest ogólnopolski „Konkurs wiedzy o zdrowym stylu życia”, w którym uczestniczyć mogą również uczniowie ze szkół, które nie biorą udziału w programie. Na koniec 2022 r. w programie uczestniczyło blisko 5 tys. szkół.

Więcej informacji na temat programu można znaleźć pod adresem: www.trzymajforme.pl.



5. Europejski Tydzień Szczepień

W 2022 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uczestniczyły w obchodach Europejskiego Tygodnia Szczepień (ETS). Głównym celem było zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat znaczenia szczepień ochronnych. Hasło ETS 2022 brzmiało „Długie życie dla wszystkich”.

Celem działań edukacyjno-informacyjnych było zaakcentowanie bezpieczeństwa i skuteczności szczepień, zwrócenie uwagi na szerzenie dezinformacji oraz zachęcanie do korzystania z rzetelnych źródeł informacji na temat szczepień ochronnych.

W promocję ETS zaangażowane były także stacje sanitarno-epidemiologiczne. W ramach działań, w przedszkolach, szkołach, placówkach szkolno-wychowawczych, podmiotach leczniczych, urzędach gmin oraz miast organizowano pogadanki, ekspozycje wizualne oraz punkty informacyjne. Rzecznicy WSSE udzielali wywiadów na temat wagi szczepień i statystyk dotyczących zachorowań na choroby zakaźne. Tydzień szczepień popularyzowano w lokalnej prasie i telewizji, m.in. poprzez debaty telewizyjne. Na terenie niektórych powiatów przeprowadzono kampanię informacyjną w środkach transportu miejskiego.

Do jednostek ochrony zdrowia, placówek oświatowych, a także ośrodków, w których przebywają uchodźcy z Ukrainy, przekazano materiały graficzne zawierające informacje na temat szczepień ze szczególnym uwzględnieniem COVID-19, HPV, WZW typu B. Pracownicy PIS włączyli się także w akcję edukacyjno-informacyjną przeprowadzoną w punktach rejestracji uchodźców z Ukrainy. Uczestnicy spotkań otrzymywali materiały edukacyjne w języku ukraińskim, informacje na temat Programu Szczepień Ochronnych oraz bezpieczeństwa i korzyści zdrowotnych wynikających z profilaktyki pierwotnej.

Na stronach internetowych stacji sanitarno-epidemiologicznych w serwisie gov.pl publikowano wiadomości i materiały edukacyjne dotyczące szczepień ochronnych. Działania informacyjne prowadzone były także w mediach społecznościowych. Stacje wszystkich szczebli wykorzystywały materiały graficzne i tekstowe przygotowane przez GIS – powstała seria wpisów i infografik promujących szczepienia. Zasięg postów samego GIS wyniósł 1 519 558. Wpisy wywołały wiele reakcji, były także podawane dalej 1225 razy.

6. Projekt „Zdrowe Życie”

Państwowa Inspekcja Sanitarna zaangażowała się również w Projekt „Zdrowe Życie” zainicjowany w czerwcu 2022 r. przez Prezydenta RP Andrzeja Dudę. Pierwsza Mobilna Strefa Zdrowia została zorganizowana w Warszawie i następnie ruszyła w Polskę. W wybrane weekendy latem i jesienią 2022 r. Polacy mogli przeprowadzić bezpłatne badania i skorzystać z konsultacji specjalistów. Działania kampanijne w 2022 r. przebiegały pod hasłem przewodnim „Zapobiegajmy zamiast leczyć”.

W 12 mobilnych strefach zdrowia zorganizowanych na terenie całej Polski wykonano łącznie ponad 14,5 tys. bezpłatnych badań i prawie 20 tys. usług i konsultacji zdrowotnych. Stanowiska Państwowej Inspekcji Sanitarnej odwiedziło ponad 4900 osób. Pracownicy sanepidów w swoich działaniach skupiali się m.in. na kwestiach profilaktyki uzależnień, chorób zakaźnych oraz odzwierzęcych a także higieny rąk oraz promocji zdrowego stylu życia. Dzięki aktywności, zaangażowaniu i elastyczności w działaniu zrealizowana została misja projektu – edukacja społeczeństwa z zakresu profilaktyki chorób oraz szeroko pojęta promocja zdrowia. Projekt przyczynił się też w znaczący sposób do zmiany sposobu myślenia obywateli o zdrowiu. Polacy przestają utożsamiać zdrowie wyłącznie z medycyną naprawczą, a zaczynają rozumieć rolę profilaktyki.





**KOMUNIKACJA SPOŁECZNA
JAKO PROMOCJA ZDROWIA**

1. Komunikacja społeczna jako promocja zdrowia

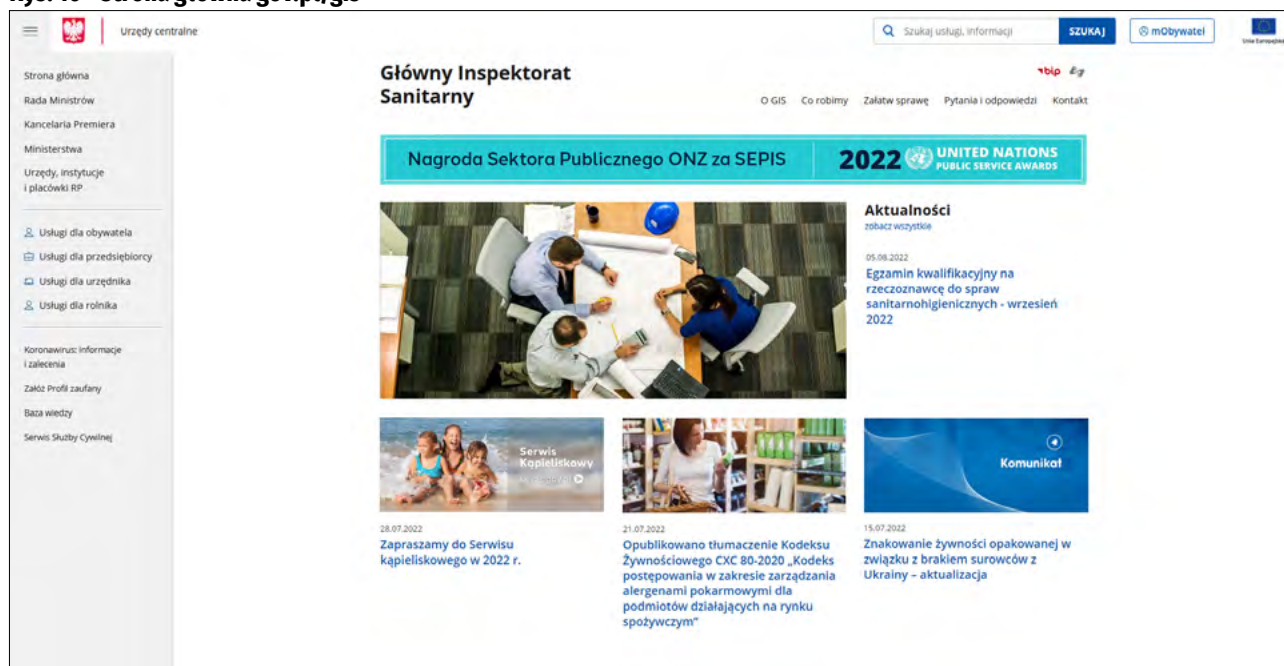
Główny Inspektorat Sanitarny prowadzi działania komunikacyjne m.in. poprzez stronę internetową w serwisie gov.pl oraz media społecznościowe. W 2022 r. posiadał konta w serwisach Facebook, Twitter oraz Instagram.

Korzystanie z wielu kanałów komunikacji zapewnia dotarcie do różnych grup odbiorców. Dzięki temu informacje o zdrowiu publicznym i potencjalnych zagrożeniach docierają zarówno do profesjonalistów, jak i do ogółu społeczeństwa. Każdy z kanałów internetowych ma odrębną specyfikę. Najistotniejsze informacje publikowane są zawsze w witrynie internetowej, dodatkowo zamieszczane są w serwisach społecznościowych.

Główny Inspektorat Sanitarny prowadzi swoją **stronę internetową** w Portalu RP pod adresem gov.pl/gis. Umieszczane są na niej najważniejsze informacje dotyczące zdrowia publicznego, ostrzeżenia publiczne oraz aktualności związane z pracą urzędu i Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Strona pełni funkcję również Biuletynu Informacji Publicznej, czyli oficjalnego publikatora, zawierającego informacje wymagane prawnie, np. oferty pracy, ogłoszenia o zamówieniach publicznych, podstawy prawne działania itp.

Swoje strony w rządowym serwisie mają także wszystkie wojewódzkie, powiatowe i graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne. Jednolity i profesjonalny wygląd stron, a także spójna architektura treści ułatwiają klientom odnalezienie rzetelnych informacji.

Rys. 10 Strona główna gov.pl/gis



Informacje publikowane na stronie GIS dotyczą bieżącej działalności urzędu, a także zaleceń zdrowotnych, porad, wyjaśnień z zakresu zdrowia publicznego. Regularnie pojawiają się na niej także ostrzeżenia publikowane w ramach Systemu Wczesnego Ostrzeżenia o Niebezpiecznej Żywności i Paszczach (RASFF). W 2022 r. opublikowano 78 takich ostrzeżeń. Każde z nich zamieszczane było także w mediach społecznościowych.

Strona internetowa GIS notuje miesięcznie do ok. 400 tys. odsłon. Największe zainteresowanie odbiorców budzą treści dotyczące ostrzeżeń publicznych, ale też informacje o chorobach zakaźnych, zasadach higieny (przede wszystkim nieustająco popularna jest informacja o zapobieganiu wszawicy) i pracach Zespołu ds. Suplementów Diety, a także mapa kontaktów do stacji sanitarno-epidemiologicznych.

2. Media społecznościowe jako kanał dotarcia do masowego odbiorcy

Treści w **mediach społecznościowych** przygotowywano na podstawie kalendarza zdrowia publicznego, bieżących działań urzędu, reagowano też na nowe zagrożenia dla zdrowia publicznego. Wpisy dotyczyły m.in.:

- ◆ wygasającej epidemii COVID-19;
- ◆ bezpiecznego wypoczynku zimowego i letniego (w tym np. bezpieczeństwa na lodzie, ochrony przed upałami, bezpiecznego grzybobrania itp.);
- ◆ informacji o nowych projektach UE realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną;
- ◆ bezpieczeństwa i niemarnowania żywności (znakowanie, prawidłowe przechowywanie);
- ◆ profilaktyki palenia tytoniu;
- ◆ zdrowego stylu życia (kształtowanie zdrowych nawyków, znaczenie aktywności fizycznej itp.)
- ◆ wydarzeń z zakresu zdrowia publicznego np.: Europejski Tydzień Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, Międzynarodowy Dzień Walki z Rakiem, Światowy Dzień Zdrowia, Międzynarodowy Dzień Rodziny, Światowy Dzień Nadciśnienia Tętniczego, Międzynarodowy Dzień Pamięci o Zmarłych na AIDS, Światowy Dzień Walki z Nowotworami Krwi, Światowy Dzień Ochrony Środowiska, Światowy Dzień Krwiodawcy, Światowy Dzień Chorych na Osteoporozę, Międzynarodowy Dzień Zapobiegania Narkomanii, Dzień bez Telefonu Komórkowego, Światowy Tydzień Karmienia Piersią, Światowy Dzień FAS, Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom, Europejski Dzień Prostaty, Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta, Światowy Dzień Monitoringu Wody, Światowy Dzień Choroby Alzheimer, Światowy Dzień Serca, Światowy Dzień Mycia Rąk, Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach, Światowy Dzień Rzucania Palenia, Europejski Tydzień Testowania w kierunku HIV, Dni Honorowego Krwiodawstwa, Światowy Dzień AIDS, Światowy Dzień Mózgu itp.;
- ◆ szczepień ochronnych;
- ◆ zdrowia psychicznego,
- ◆ bezpieczeństwa kosmetyków.

Konto prowadzone w serwisie **Facebook** umożliwiło w 2022 r. dotarcie do ponad 2 105 726 odbiorców.

W pierwszym kwartale 2022 r. treści publikowane na tym kanale dotyczyły przede wszystkim kwestii epidemicznych. Następnie, w miarę stabilizowania się sytuacji epidemicznej, większość informacji dotyczyła promocji zdrowia i ostrzeżeń publicznych. Największe zainteresowanie odbiorców zdobyły dwa posty promujące szczepienia profilaktyczne w ramach Europejskiego Tygodnia Szczepień, obejmując swoim zasięgiem 591,4 tys. i 483,3 tys. odbiorców. Do ponad 400 tys. odbiorców trafiły także informacje o Europejskim Tygodniu Profilaktyki raka Szyjki Macicy, a także post zachęcający do szczepień przeciwtężcowych.

Bardzo duże zasięgi zanotowały także wpisy dotyczące zdrowej diety i bezpieczeństwa żywności.

- ◆ [Europejski Tydzień Szczepień – Co to jest szczepionka](#)
- ◆ [Europejski Tydzień Szczepień - Znaczenie szczepień ochronnych](#)
- ◆ [Europejski Tydzień Profilaktyki Raka Szyjki Macicy](#)

Rys. 11 Post z serwisu Facebook – Co to jest szczepionka



GIS jest aktywny również w serwisie **Twitter**, gdzie na koniec roku 2022 odnotowano 134 329 obserwujących. Treści zamieszczane w tym kanale obejmują nie tylko wybrane informacje z zakresu promocji zdrowia – w krótszej, zgodnej ze specyfiką serwisu formie – ale też bieżące wydarzenia dotyczące działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Treści zamieszczane w tym kanale są zazwyczaj krótsze i dotyczą kluczowych kwestii, takich jak informacje epidemiczne i ostrzeżenia, a także istotne wydarzenia dotyczące działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Do najpopularniejszych postów roku 2022 na Twitterze należały m.in.:

- ◆ Informacja o możliwości sprawdzenia testu na koronawirusa online
- ◆ Zachowanie bezpieczeństwa przy przygotowaniu paczek dla uchodźców z Ukrainy
- ◆ Nagroda dla GIS za SEPIS
- ◆ 5 kroków do odporności przeciw grypie

Rys. 12 Post z serwisu Twitter – 5 kroków do odporności przeciw grypie

Główny Inspektorat Sanitarny
@GIS_gov

Uwaga, #grypa! 🤒 Od uzyskania odporności dzieli Cię tylko **5** kroków

5 KROKÓW do odporności PRZECIWIW GRYPIE

- 1 Udaj się na wizytę do **lekarza rodzinnego**.
- 2 Lekarz **przeprowadzi badanie** i jeśli nie stwierdzi przeciwwskazań wypisze receptę na szczepionkę lub pokieruje Cię do gabinetu zabiegowego.
- 3 Jeśli kupisz szczepionkę w aptece, pamiętaj o jej **odpowiednim transporcie**.
- 4 Szczepienie wykonuje **personel medyczny**.
- 5 Czekaj na efekty 😊 Odporność uzyskasz w ciągu **2-3 tygodni po zaszczepieniu**.

ALT

Ministerstwo Zdrowia

10:07 AM · 20 gru 2022 · 43,8 tys. Wyświetlenia

Treści związane ze zdrowiem publicznym zamieszczane są także w serwisie **Instagram**. Obserwowany jest przez blisko 35 000 odbiorców, wśród których zdecydowana większość to kobiety w wieku 25-35 lat. Dużym zainteresowaniem na tym kanale cieszą się posty dotyczące zdrowego stylu życia, odżywiania, a także zdrowia i bezpieczeństwa dzieci. Najpopularniejsze w 2022 r. były:

- ◆ Post dotyczący pączków w Tłusty Czwartek (zasięg 30 tys.)
- ◆ Post dotyczący pleśni na owocach i warzywach (26 tys.)
- ◆ Post dotyczący Walki z otyłością (23,5 tys.)

Rys. 13 Post z serwisu Instagram – Jak spalić pączka?



3. Prosty język – skuteczna komunikacja

15 listopada 2022 r. Krzysztof Saczka, Główny Inspektor Sanitarny wz., podpisał Deklarację prostego języka. Dzięki temu GIS dołączył do grona urzędów, które starają się dbać o zrozumiałą i skuteczną komunikację z obywatelami.

Sygnatariusze deklaracji zobowiązują się m.in.:

- ◆ do dążenia, aby pracownicy urzędu doskonalili kompetencje niezbędne do przestrzegania zasad prostego języka w mowie i piśmie;

- ◆ do tworzenia standardów językowych i zachęcania pracowników do ich stosowania;
- ◆ do uwrażliwiania pracowników na potrzeby innych – bez względu na wiek, poziom niepełnosprawności czy poziom wykształcenia;
- ◆ do wprowadzania rozwiązań zgodnych z ideą prostego języka.

Prosty język to styl pisania tekstów, które mają trafić do masowego odbiorcy. Ma zapewnić, że odbiorca szybko znajdzie interesujące go informacje, zrozumie je i będzie potrafił je zastosować.

Zarówno GIS, jak i poszczególne stacje sanitarno-epidemiologiczne są w ciągłym kontakcie z klientami – przedsiębiorcami, obywatelami, pracownikami gastronomii, edukacji, wypoczynku itp. Zdrowie publiczne wymaga, aby odbiorca mógł bez trudu zrozumieć, jakie są zalecenia w zakresie jego działalności i jak może je zrealizować. Podpisanie deklaracji prostego języka to krok w stronę dostępnej, zrozumiałej i otwartej na potrzeby klientów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.



Tabele, wykresy, rysunki

Wykresy

Wyk. 1	Odsetek zakładów na rynku spożywczym ujętych w rejestrach PIS w 2022 r.	10
Wyk. 2	Liczba zakładów/obiektów z wdrożonym GHP/GMP lub HACCP	16
Wyk. 3	10 najczęściej występujących zagrożeń w produktach zgłoszonych przez PL w 2022 r.	26
Wyk. 4	Pochodzenie produktów zgłaszanych do RASFF przez PL w 2022 r.	30
Wyk. 5	10 najczęściej zgłoszonych kategorii produktów pochodzących z Polski w 2022 r.	30
Wyk. 6	Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność <i>Salmonella</i> w latach 2015–2022.....	31
Wyk. 7	Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z Polski w 2022 r.	35
Wyk. 8	Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2012-2022*, Źródło: NIZP PZH – PIB.....	72
Wyk. 9	Liczba przypadków różyczki w latach 2012-2022*, Źródło: NIZP PZH – PIB.....	73
Wyk. 10	Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2021/2022 w porównaniu z poprzednimi sezonami, Źródło: NIZP PZH – PIB.....	77
Wyk. 11	Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957-2022. Współczynniki na 100 000 ludności.....	79
Wyk. 12	Liczba zachorowań na salmonelozę w latach 2000–2022.....	82
Wyk. 13	Liczba przypadków zakażeń bakteryjnych wywołanych przez <i>E. coli</i> biegunkotwórcze w latach 2011–2022.....	83
Wyk. 14	Liczba przypadków zakażeń jelitowych wywołanych przez inne lub nieokreślone <i>E. coli</i> 2011–2022 r.	85
Wyk. 15	Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2022 r.	88
Wyk. 16	Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005–2022, Źródło: NIZP-PZH	89
Wyk. 17	Liczba zatruc jamem kiełbasianym w Polsce w latach 2005–2022	90
Wyk. 18	Status zaszczepienia przeciwko rotawirusom roczników 2020–2021, Źródło: NIZP PZH-PIB	92
Wyk. 19	Zestawienie liczby zakażeń rotawirusami i norowirusami w latach 2015–2022, Źródło: NIZP PZH-PIB.....	93
Wyk. 20	Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006–2022, Źródło: NIZP PZH-PIB	95
Wyk. 21	Liczba zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w latach 2010–2022, Źródło: NIZP PZH-PIB	98
Wyk. 22	Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005–2022, Źródło: NIZP PZH-PIB.....	101
Wyk. 23	Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005–2022, Źródło: NIZP PZH-PIB.....	103
Wyk. 24	Liczba zachorowań na bławłowicę w Polsce w latach 2005–2022, Źródło: NIZP PZH-PIB	106
Wyk. 25	Liczba przypadków ospy małej w Polsce z podziałem na województwa w 2022 r.	111
Wyk. 26	Zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w latach 2006–2022, Źródło: opracowanie własne (GIS)	134
Wyk. 27	Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2021–2022, Źródło: opracowanie własne (GIS).....	134
Wyk. 28	Liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Źródło: opracowanie własne (GIS).....	135
Wyk. 29	Ogniska zakażeń w 2022 r. – liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej/liczba szpitali, która zgłosiła ogniska zakażeń szpitalnych, Źródło: opracowanie własne (GIS).....	135
Wyk. 30	Ogniska zakażeń w 2022 r. a referencyjność podmiotu leczniczego, Źródło: opracowanie własne (GIS).....	136
Wyk. 31	Certyfikaty jakości ISO/CMJ w podmiotach leczniczych, Źródło: opracowanie własne (GIS).....	136
Wyk. 32	Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych z wyłączeniem wirusa SARS-CoV-2 w 2022 r., Źródło: opracowanie własne (GIS).....	138
Wyk. 33	Czynniki etiologiczne niezidentyfikowane w 2022 r., Źródło: opracowanie własne (GIS)	138
Wyk. 34	Zgłoszenia ognisk epidemicznych w 2022 r., Źródło: opracowanie własne (GIS)	139
Wyk. 35	Ogniska SARS-CoV-2 zgłoszone w 2022 r. z podziałem ognisk zakażeń zgłoszonych wśród pacjentów i personelu, Źródło: opracowanie własne (GIS) ..	140
Wyk. 36	Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2022 r., Źródło: opracowanie własne (GIS)	141
Wyk. 37	Ogniska zakażeń wywołanych wirusem grypy w latach 2018–2022, Źródło: opracowanie własne (GIS)	143
Wyk. 38	Ogniska zakażeń <i>Clostridioides difficile</i> /zgłoszone ogniska zakażeń w latach 2017–2022 (w 2022 z 932 ognisk – z wyłączeniem ognisk wywołanych SARS-CoV-2), Źródło: opracowanie własne (GIS).....	143
Wyk. 39	Ogniska zakażeń <i>Klebsiella pneumoniae</i> z uwzględnieniem oporności czynnika zgłoszone w 2022 r., Źródło: opracowanie własne (GIS)	144
Wyk. 40	Ogniska zakażeń <i>Klebsiella pneumoniae</i> MBL w latach 2014–2022, Źródło: opracowanie własne (GIS)	145
Wyk. 41	Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000–2021 (źródło: Ochrona Środowiska z: 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021)	160
Wyk. 42	Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000–2021 (źródło: Ochrona Środowiska z: 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021)	160
Wyk. 43	Struktura podziału wodociągów w zależności od produkcji wody w 2022 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	162
Wyk. 44	Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2022 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	162
Wyk. 45	Struktura podziału wodociągów i zaopatrzonej ludności w zależności od produkcji wody w 2022 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	163
Wyk. 46	Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i małe dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	163
Wyk. 47	Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i duże dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	164
Wyk. 48	Liczba małych wodociągów w latach 2020–2022 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	164
Wyk. 49	Liczba dużych wodociągów w latach 2020–2022 z podziałem na poszczególne województwa (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	166
Wyk. 50	Liczba podmiotów znajdujących się w ewidencji organów PIS posiadających własne ujęcia w latach 2010–2022 (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)	167
Wyk. 51	Liczba poborów prób wody dokonanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach planu działania na 2022 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody).....	168

Wyk. 52	Liczba poborów prób wody dokonanych przez wodociągi w ramach kontroli wewnętrznej jakości wody w punktach zgodności w 2022 r. (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody).....	168
Wyk. 53	Wodociągi w 2022 r. spełniające wymagania dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	170
Wyk. 54	Liczba badań wykonanych w kierunku <i>Legionella</i> sp. dla poszczególnych województw (opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody).....	177
Wyk. 55	Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujących badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi z podziałem na województwa (opracowanie własne na podstawie danych z Systemu Monitoringu Jakości Wody Przeznaczonej do Spożycia przez Ludzi).....	179
Wyk. 56	Liczba pływalni dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody (opracowanie własne).....	186
Wyk. 57	Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2022 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach (opracowanie własne) ..	187
Wyk. 58	Odsetek pływalni, dla których wydano pozytywną/negatywną zbiorczą roczną ocenę za 2022 r. (opracowanie własne).....	189
Wyk. 59	Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych oraz miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w sezonie kąpielowym 2022 r. (opracowanie własne).....	194
Wyk. 60	Liczba kąpielisk z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym w 2022 r. (opracowanie własne).....	195
Wyk. 61	Liczba kąpielisk w sezonie kąpielowym 2022 r., w których stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody (opracowanie własne).....	196
Wyk. 62	Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2022 r. (opracowanie własne).....	200
Wyk. 63	Zapobiegawczy nadzór sanitarny.....	215
Wyk. 64	Zestawienie zakładów wg PKD z największą liczbą pracowników.....	234
Wyk. 65	Zestawienie najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości w zakładach pracy.....	239
Wyk. 66	Zestawienie liczby przeprowadzonych kontroli/skontrolowanych zakładów pogrzebowych/wydanych decyzji administracyjnych w roku 2021 i 2022 ..	239
Wyk. 67	Liczba i rodzaj stwierdzonych chorób zawodowych w 2022 r.	241
Wyk. 68	Zestawienie liczby przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w roku 2021 i 2022	243
Wyk. 69	Odsetek obiektów udzielających stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne ze stwierdzonymi uchybieniami w zakresie higieniczno-sanitarnym i technicznym w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych z tej grupy.....	277
Wyk. 70	Odsetek skontrolowanych obiektów ze stwierdzonymi uchybieniami	281
Wyk. 71	Liczba kontroli w zakresie nadzoru nad produktami biobójczymi wg województw w 2022 r.	285
Wyk. 72	Liczba wykrytych nieprawidłowości w zakresie produktów biobójczych wg województw w 2022 r.	286
Wyk. 73	Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w kontrolach w 2022 r.	288
Wyk. 74	Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w wykrytych nieprawidłowościach w 2022 r.	288
Wyk. 75	Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia REACH wg województw w 2022 r. Kontrole obejmują producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów	291
Wyk. 76	Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia CLP wg województw w 2022 r. Kontrole obejmują producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów	292
Wyk. 77	Liczba wydanych decyzji w zakresie produktów kosmetycznych wg województw w 2022 r.	295
Wyk. 78	Liczba zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne wg województw w 2022 r.	296
Wyk. 79	Liczba skontrolowanych zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne wg województw w 2022 r.	298
Wyk. 80	Liczba przeprowadzonych kontroli w zakresie prekursorów narkotyków w 2022 r z podziałem na województwa	300
Wyk. 81	Ilość wystanych powiadomień w systemie PEN-Online przed wywozem prekursorów kat. 2 i 3 z podziałem na kraje w 2022 r.	301
Wyk. 82	Liczba zatruc i podejrzeń zatruc ŚZ/NSP w Polsce w latach 2021-2022 z podziałem na miesiące	306
Wyk. 83	Dynamika zatruc ŚZ/NSP w Polsce w latach 2018-2022.....	308

Tabele

Tab. 1	Jakość zdrowotna środków spożywczych.....	20
Tab. 2	Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2020-2022 r. według grup żywności	21
Tab. 3	Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg zagrożeń.....	29
Tab. 4	Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg kategorii produktów	29
Tab. 5	Powiadomienia dot. produktów z Polski wg zagrożeń.....	33
Tab. 6	Powiadomienia dot. produktów z Polski wg kategorii produktów	33
Tab. 7	Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2022 r.	42
Tab. 8	Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2022 r.	42
Tab. 9	Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2022 r.	44
Tab. 10	Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane w 2022 r.	46
Tab. 11	Zakres badań próbek soli spożywczej i jej zamienników przeprowadzonych w 2022 r.	46
Tab. 12	Jakość zdrowotna soli spożywczej i jej zamienników – próbki zdyskwalifikowane	47
Tab. 13	Liczba uprawnionych grzyboznawców w poszczególnych województwach w 2022 r.	50
Tab. 14	Zatrucia grzybami w Polsce wg grup wiekowych w 2022 r.	51
Tab. 15	Zestawienie liczby zatruc grzybami w latach 2012-2022	51
Tab. 16	Liczba granicznych kontroli sanitarnych w 2022 r.	65
Tab. 17	Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w latach 2015-2022, Źródło: NIZP PZH – PIB	76
Tab. 18	Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2020/2021 i 2021/2022, Źródło: NIZP PZH – PIB.....	77
Tab. 19	Liczba zachorowań na czerwonkę w latach 2013-2022*, Źródło: opracowanie własne (GIS).....	86
Tab. 20	Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2012-2022 (dane za 2022 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie), Źródło: NIZP-PZH	116
Tab. 21	Liczba osób z zakażeniem w ogniskach potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2018-2022, Źródło: opracowanie własne (GIS).....	139

Tab. 22	Liczba pacjentów i personelu z zakażeniem w ogniskach SARS-CoV-2 potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2020-2022, Źródło: opracowanie własne (GIS).....	140
Tab. 23	Struktura wodociągów w 2022 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	161
Tab. 24	Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2022 r. (opracowanie własne).....	187
Tab. 25	Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen na pływalniach za 2022 r.	188
Tab. 26	Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014-2022 (opracowanie własne).....	193
Tab. 27	Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj kąpieliska (opracowanie własne).....	194
Tab. 28	Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2022 r. (opracowanie własne).....	195
Tab. 29	Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli wg ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2022 r. (opracowanie własne)....	199
Tab. 30	Kontrole zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, tatuażu, odnowy biologicznej w 2022 r.	225
Tab. 31	Statystyka kontroli solariów w latach 2019-2022	226
Tab. 32	Dane porównawcze wyników kontroli w latach 2021-2022 w odniesieniu do obiektów zewidencjonowanych	231
Tab. 33	Ilość wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych/uciążliwych w odniesieniu do ogółu wykonanych oznaczeń	242
Tab. 34	Liczba zgód na prowadzenie działalności związanej z narażeniem i zezwoleń na uruchamianie aparatów i pracowni rentgenowskich	248
Tab. 35	Liczba jednostek wykorzystujących promieniowanie jonizujące w swojej działalności oraz osób wykonujących procedury z wykorzystaniem promieniowania jonizującego w tych jednostkach.....	249
Tab. 36	Liczba nadanych uprawnień inspektora ochrony radiologicznej (IOR).....	250
Tab. 37	Liczba osób, które ukończyły szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta zakończone egzaminem	251
Tab. 38	Ochrona przed polem elektromagnetycznym w środowisku pracy.....	252
Tab. 39	Liczba wykonanych pomiarów w 2022 r.....	252
Tab. 40	Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2019 – 2022	261
Tab. 41	Liczba skontrolowanych placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	275
Tab. 42	Dane porównawcze wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2018-2021 w odniesieniu do obiektów w ewidencji PIS.....	278
Tab. 43	Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową	280
Tab. 44	Liczba zatruc ŚZ/NSP w Polsce w 2022 r. w poszczególnych grupach wiekowych	307
Tab. 45	Działania Zespołu zrealizowane w 2022 r.....	309

Rysunki

Rys. 1	Przejścia graniczne w Polsce.....	63
Rys. 2	Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2022 roku wg województw. Współczynniki na 100 000 ludności.....	80
Rys. 3	Wścieklizna – plakaty informacyjne	104
Rys. 4	Liczba wodociągów produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2022 r. (opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46).....	161
Rys. 5	Strona główna internetowego Serwisu kąpieliskowego.....	201
Rys. 6	Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce.....	202
Rys. 7	Widok wykazu kąpielisk.....	202
Rys. 8	Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska	203
Rys. 9	Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska	203
Rys. 10	Strona główna gov.pl/gis	328
Rys. 11	Post z serwisu Facebook – Co to jest szczepionka.....	330
Rys. 12	Post z serwisu Twitter – 5 kroków do odporności przeciw grypie	331
Rys. 13	Post z serwisu Instagram – Jak spalić pączka?	332