



# Stan sanitarny kraju w roku 2013



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

tel.: +48 22 536 13 00  
fax: +48 22 635 61 94  
e-mail: [inspektorat@gis.gov.pl](mailto:inspektorat@gis.gov.pl)

[www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)

# SPIS TREŚCI

<b>Wstęp</b> .....	5
<b>Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych</b> .....	7
1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych .....	7
2. Zakażenia jelitowe i zatrucia pokarmowe .....	9
3. Krztusiec .....	11
4. Różyczka .....	12
5. Odra .....	14
6. Nagminne zapalenie przyusznic (świnka) .....	14
7. Poliomyelitis .....	15
8. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę .....	16
9. Wirusowe zapalenie wątroby typu C .....	19
10. Choroby tropikalne .....	21
11. Sytuacja epidemiologiczna chorób odzwierzęcych .....	22
12. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową .....	27
13. Gruźlica .....	28
14. Występowanie ognisk epidemicznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Polsce w 2013 r. ....	29
15. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce .....	35
<b>Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku</b> .....	41
1. Zakres nadzoru sanitarnego .....	41
2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia .....	44
3. Stan sanitarny środków transportu żywności .....	45
4. Jakość zdrowotna środków spożywczych .....	45
5. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków .....	60
6. Ocena sposobu żywienia .....	61
7. Podsumowanie .....	63
<b>Zapobiegawczy nadzór sanitarny</b> .....	65
<b>Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej</b> .....	71
1. Informacje ogólne .....	71
2. Stan sanitarny wybranych rodzajów obiektów .....	72

<b>Stan sanitarny podmiotów prowadzących działalność leczniczą . . . . .</b>	<b>79</b>	6. Środki zastępcze zidentyfikowane w 2013 r. w produktach zabezpieczonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. . . . .	116
1. Wprowadzenie . . . . .	79	7. Charakterystyka zidentyfikowanych substancji psychoaktywnych . . . . .	117
2. Szpitale . . . . .	80	8. Podsumowanie . . . . .	121
3. Obiekty inne niż szpitale . . . . .	81	<b>Jakość wody przeznaczonej do spożycia . . . . .</b>	<b>123</b>
4. Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne . . . . .	82	1. Wstęp . . . . .	123
5. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową . . . . .	84	2. Zaopatrzenie ludności w wodę. . . . .	123
6. Odpady medyczne . . . . .	86	3. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia . . . . .	127
<b>Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy i chemikaliami. . . . .</b>	<b>89</b>	4. Analiza przekroczeń parametrów z załącznika nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia . . . . .	128
1. Wprowadzenie . . . . .	89	5. Analiza przekroczeń wybranych parametrów z załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia . . . . .	130
2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego . . . . .	89	6. Podsumowanie . . . . .	132
3. Choroby zawodowe . . . . .	92	<b>Kąpieliska . . . . .</b>	<b>135</b>
4. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy . . . . .	94	1. Wstęp . . . . .	135
5. Podsumowanie . . . . .	95	2. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów . . . . .	136
<b>Higiena radiacyjna . . . . .</b>	<b>97</b>	3. Podsumowanie stanu sanitarnego kąpielisk w 2013 r. . . . .	137
1. Informacje ogólne . . . . .	97	4. Organizacja kąpielisk . . . . .	147
2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich . . . . .	98	<b>Pływalnie . . . . .</b>	<b>149</b>
3. Ochrona radiologicznej pacjenta . . . . .	99	<b>Ocena warunków sanitarnych w placówkach oświatowo-wychowawczych . . . . .</b>	<b>153</b>
4. Ochrona dot. wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy . . . . .	100	1. Stan sanitarno-techniczny budynków . . . . .	154
5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych . . . . .	101	2. Warunki do utrzymania higieny osobistej . . . . .	154
6. Podsumowanie . . . . .	101	3. Sztuczne oświetlenie . . . . .	155
<b>Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety w 2013 r. . . . .</b>	<b>103</b>	4. Warunki do prowadzenia zajęć WF . . . . .	155
1. Zakres nadzoru sanitarnego . . . . .	103	5. Certyfikaty na sprzęt sportowy. . . . .	155
2. Jakość zdrowotna suplementów diety . . . . .	104	6. Certyfikaty na meble szkolne . . . . .	156
<b>Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. . . . .</b>	<b>107</b>	7. Miejsce na podręczniki . . . . .	156
1. Zakres nadzoru sanitarnego . . . . .	107	8. Nadzór nad bezpieczeństwem w zakresie kontaktu z substancjami chemicznymi . . . . .	156
2. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego . . . . .	108	9. Organizacja pobytu uczniów w szkole oraz rozkład zajęć. . . . .	156
<b>Przeciwdziałanie narkomanii w obszarze środków zastępczych w 2013 r. . . . .</b>	<b>111</b>	10. Mikroklimat . . . . .	157
1. Wprowadzenie . . . . .	111	11. Wypoczynek dzieci i młodzieży . . . . .	157
2. Sytuacja epidemiologiczna . . . . .	112	12. Postępowanie administracyjne. . . . .	158
3. Egzekwowanie zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych . . . . .	113	13. Podsumowanie i porównanie z latami poprzednimi . . . . .	159
4. Działania profilaktyczne . . . . .	114	<b>Działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia . . . . .</b>	<b>161</b>
5. Współpraca z innymi organami i instytucjami badawczymi. . . . .	115	1. Profilaktyka nadwagi i otyłości . . . . .	161
		2. Profilaktyka palenia tytoniu . . . . .	163
		3. Profilaktyka chorób zakaźnych . . . . .	168
		4. Profilaktyka uzależnień od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych . . . . .	169
		5. Podsumowanie . . . . .	170

## Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych w zakresie zabezpieczania sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej. . . . . 171

1. Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej . . . . . 171
2. Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną . . . . . 171
3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych . . . . . 173
4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2013 roku . . . . . 173
5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega. . . . . 174
6. Z kim współpracują Państwowscy Graniczni Inspektorzy Sanitarni w ramach granicznej kontroli sanitarnej. . . . . 175
7. Działania granicznych stacji w ramach postanowień zawartych w przepisach międzynarodowych w zakresie ruchu transgranicznego (ze szczególnym uwzględnieniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (MPZ)) . . . . . 176

# WSTĘP



**Marek Posobkiewicz**  
p.o. Głównego Inspektora Sanitarnego

Szanowni Państwo,

Państwowa Inspekcja Sanitarna dzięki swej strukturze organizacyjnej, nowoczesnemu wyposażeniu laboratoriów oraz fachowej kadry jest instytucją w pełni uprawnioną do obiektywnej i całościowej oceny stanu sanitarnego, uwzględniającej zarówno istniejące, jak i mogące się pojawić w przyszłości zagrożenia dla zdrowia ludzi. Przedstawiam Raport – Stan Sanitarny Kraju w roku 2013 z nadzieją, że opracowanie to będzie przydatne dla innych instytucji publicznych, jednostek samorządu terytorialnego, ośrodków naukowych oraz wszelkich podmiotów zainteresowanych aktualnymi danymi w zakresie zdrowia publicznego.

Dla oceny stanu warunków zdrowotnych ludności w kraju istotne znaczenie mają te elementy otoczenia, które związane są z masową i długotrwałą ekspozycją na czynniki patogenne. Można do nich zaliczyć m.in.:

- żywność, której zanieczyszczenia chemiczne i mikrobiologiczne implikują istotne skutki zdrowotne;
- wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi, która może być źródłem groźnych zakażeń lub zatrucia;
- środowisko pracy, w którym występują czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia;
- stan sanitarny obiektów żywnościowo-żywnościowych, podmiotów leczniczych, placówek nauczania i wychowania i innych obiektów użyteczności publicznej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, sprawuje również nadzór nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne. Organy Inspekcji Sanitarnej realizują zadania mające na celu zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, poprzez monitorowanie sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych oraz działalność zapobiegawczą i przeciwepidemiczną.

Państwowi inspektorzy sanitarni (wojewódzcy, powiatowi, graniczni) sprawują zapobiegawczy i bieżący nadzór sanitarny oraz prowadzą działalność w zakresie promocji zdrowia. Skala realnych i potencjalnych zagrożeń decyduje o tym, jakie czynniki środowiskowe powinny być przedmiotem systematycznego nadzoru i wynikających z nich działań represyjnych i interwencyjnych.

Dostęp do wiarygodnych danych we wszystkich obszarach objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie byłby możliwy bez sprawnie działającej bazy laboratoryjnej. Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujące badania w szerokim zakresie (badania żywności, wody, różnego rodzaju badania środowiskowe i inne), dysponujące wykwalifikowaną kadrą, odpowiednio przygotowaną infrastrukturą, w tym nowoczesną aparaturą, stanowią podstawowy instrument nadzoru. W celu zapewnienia maksymalnej wiarygodności wyników badań, a także spełnienia wymagań Unii Europejskiej, laboratoria badania żywności oraz wody pracują w ramach systemów zintegrowanych. Świadectwem kompetencji laboratoriów są certyfikaty akredytacji i notyfikacja w Unii Europejskiej.

Przedstawiony „Stan sanitarny kraju w roku 2013” opracowano w Głównym Inspektoracie Sanitarnym na podstawie informacji i materiałów nadesłanych przez państwowych wojewódzkich, powiatowych i granicznych inspektorów sanitarnych.



# SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA W ZAKRESIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH

## 1. Sytuacja epidemiologiczna wybranych chorób zakaźnych

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce w 2013 roku należy uznać za ogólnie dobrą. Nie obserwowano epidemicznego występowania chorób zakaźnych, zaś wzrost liczby zachorowań na niektóre choroby zakaźne miał, podobnie jak w latach ubiegłych, charakter sezonowy lub był kontynuacją obserwowanych wcześniej trendów wieloletnich.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych na terenie kraju zostały przedstawione w formie tabelarycznej (tabela 1), w oparciu o przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, *Meldunki dwutygodniowe o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia zgłoszone w 2013 r.* Prezentowane dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie.

**Tabela 1.** Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2005–2013 (dane za 2013 rok są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

Jednostka chorobowa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. AIDS	157	167	173	190	142	157	241	190	198
2. zakażenia HIV (nowowykryte)	310	587	699	958	689	765	1 188	1 135	1 201
3. Dur brzuszny	3	3	2	5	4	0	2	2	1
4. Dury rzekome A, B i C	3	1	3	2	5	6	2	5	5
5. Salmonelozы – ogółem	16 007	13 364	11 702	9 605	8 964	9 732	8 813	8 444	7 558
6. Czerwonka bakteryjna	80	35	64	32	30	30	17	13	19
7. Inne bakteryjne zakażenia jelitowe – ogółem:	5 058	6 303	6 620	7 451	6 741	6 388	6 539	7 046	9 611
8. w tym: kamylobakteriozy	47	154	193	270	360	375	354	431	570
9. jersiniozy	b.d.	b.d.	b.d.	213	288	206	234	201	198

Jednostka chorobowa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
10. Wirusowe zakażenia jelitowe	12 533	20 671	21 748	32 535	32 660	32 723	44 906	39 462	42 671
11. w tym rotawirusowe	9 996	15 702	15 187	23 646	22 045	20 902	30 769	23 692	23 511
12. Biegunki u dzieci do lat 2	17 284	21 310	22 706	29 188	31 320	30 144	38 205	34 458	38 146
13. Krztusiec	1 925	1 525	1 985	2 167	2 391	1 266	1 669	4 684	2 185
14. Tężec	15	22	19	14	19	16	14	19	13
15. Odra	13	120	36	97	114	13	38	70	88
16. Różyczka	7 946	20 668	22 886	13 145	7 586	4 196	4 290	6 263	38 577
17. Ospa wietrzna	147 751	141 218	160 161	129 545	140 115	183 446	172 885	208 276	178 379
18. Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	71 999	15 114	4 147	3 273	2 954	2 754	2 582	2 779	2 436
19. Nagminne porażenie dziecięce – poszczepienne	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20. Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	1 075	1 578	1 201	708	737	1 184	1 069	1 285	1 079
21. Wirusowe zapalenie mózgu (inne niż przenoszone przez kleszcze)	387	608	510	406	538	183	201	187	173
22. Zap. mózgu przenoszone przez kleszcze	174	316	233	200	344	294	221	189	225
23. Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	208	234	392	369	306	229	296	241	248
24. w tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – meningokokowe	126	137	213	214	192	146	193	165	159
25. Inwazyjna choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	72	54	46	29	20	26	31	36	28
26. w tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – <i>Haemophilus influenzae</i>	56	39	37	20	14	11	11	11	9
27. Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	175	211	273	268	275	364	430	436	540
28. w tym zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu – pneumokokowe	110	117	162	148	163	180	192	145	188

Jednostka chorobowa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
29. Zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu – inne bakteryjne lub o nieustalonej etiologii	954	1 087	1 104	953	917	1 263	1 142	1 210	1 394
30. Wirusowe zapalenie wątroby typu A	54	109	42	209	652	155	65	71	48
31. Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1 724	1 751	1 523	1 375	1 515	1 671	1 613	1 583	1 540
32. Wirusowe zapalenie wątroby typu C	2 993 <sup>1</sup>	3 025 <sup>1</sup>	2 811 <sup>1</sup>	2 391 <sup>1</sup>	(1 979) <sup>1</sup> 1 891 <sup>2</sup>	2 178 <sup>2</sup>	2 189 <sup>2</sup>	2 265 <sup>2</sup>	2 632 <sup>2</sup>
33. Włośnica	62	135	292	4	36	51	23	1	9
34. Bakteryjne zatrucia pokarmowe – ogółem:	20 065	17 264	15 241	12 215	10 817	11 464	10 847	10 231	9 200
35. w tym: salmonelozowe	15 621	13 216	11 566	9 473	8 847	9 549	8 652	8 444	7 558
36 gronkowcowe	658	417	407	202	146	217	283	147	125
37. jadem kielbasianym	28	50	48	46	31	32	35	22	24
38. <i>Clostridium perfringens</i>	4	5	4	3	1	8	24	5	18
39. Borelioza (choroba z Lyme)	4 406	6 679	7 731	8 248	10 333	9 005	9 170	8 786	12 763
40. Grypa (i podejrzenia grypy) – ogółem	733 234	251 815	374 042	227 346	1 081 975	551 054	1 156 357	1 460 037	3 158 439
41. Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-	-
42. Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę – profilaktyka wścieklizny	7 711	7 510	7 092	6 887	6 874	7 524	7 842	7 999	7 845
43. Choroba Creutzfeldta-Jakoba	10	10	11	11	17	18	21	17	21

1. Liczba zgłoszonych zachorowań zgodnie z definicją przypadku z 2005 r.

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

- brak przypadków

b.d. brak danych

## 2. Zakażenia jelitowe i zatrucia pokarmowe

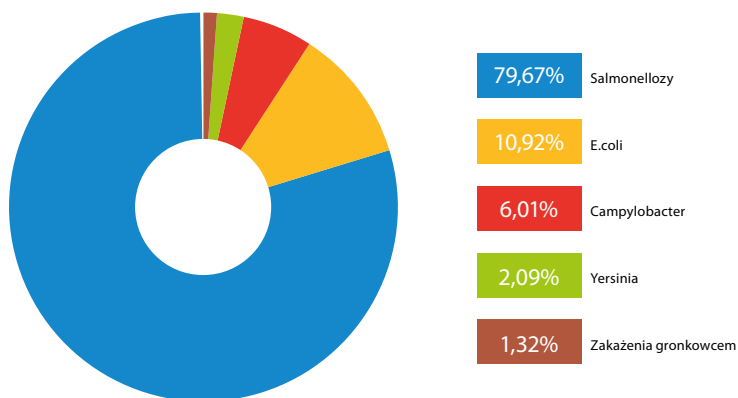
W 2013 r. obserwowano dalszy spadek liczby bakteryjnych zatruc i zakażeń pokarmowych. Wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zakażenie wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi *Salmonella*. W 2013 r. potwierdzono 7 558 zachorowań wywołanych tą bakterią (w tym 7 387 zatruc pokarmowych). Jest to mniej niż w roku poprzednim, w którym liczba ta wyniosła 8 444 przypadki (w tym 8 267 zatruc pokarmowych). Zakażenia *Salmonella* powszechnie występują u zwierząt hodowlanych.

Stwierdzono wzrost zakażeń pokarmowych wywoływanych przez bakterie z rodzaju *Campylobacter* (z 431 w 2012 r. do 570 w 2013 r.). Uważa się, że główną przyczyną zatruc i zakażeń pokarmowych na tle tych drobnoustrojów jest niewłaściwa obróbka mięsa drobiowego i jego przetworów.

W zakresie zakażeń wywołanych przez pałeczki z rodzaju *Yersinia* obserwowany był natomiast niewielki spadek (z 201 przypadków w 2012 r. do 198 w 2013 r.).

Sporadycznie występowały zachorowania na: czerwonkę bakteryjną, dur brzuszny i dury rzekome. W 2013 roku zgłoszono 19 zachorowań na czerwonkę bakteryjną (w 2012 r. – 13 zachorowań), 1 zachorowanie na dur brzuszny (w 2012 r. – 2 zachorowania) oraz 5 zachorowań na dury rzekome (w 2012 r. – 5 zachorowań). Zakażenia pałeczkami durowymi od wielu lat występują na niezmiennie niskim poziomie, i głównie występują u osób powracających z regionów, gdzie pałeczki duru nadal powszechnie występują w środowisku. Należy zauważyć, że równoległe ze zmniejszaniem się liczby zakażeń jelitowych wywołanych przez pałeczki *Salmonella* obserwuje się wzrost liczby bakteryjnych zakażeń jelitowych o innej znanej etiologii. Świadczy to o poprawiających się możliwościach diagnozowania czynników chorobotwórczych wywołujących biegunki bakteryjne. Udział wybranych czynników bakteryjnych w ogólnej liczbie zakażeń i zatruc pokarmowych w Polsce przedstawia wykres 1.

**Wykres 1.** Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2013 r.



W 2013 r. zgłoszono 42 671 wirusowych zakażeń pokarmowych (39 462 przypadków zgłoszono w 2012 r.), w większości wywołanych przez rotawirusy.

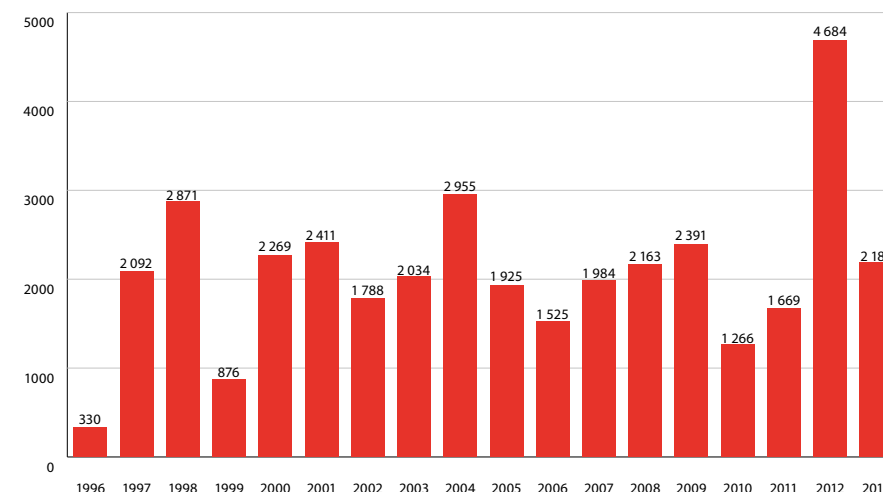
Biegunki i zatrucia pokarmowe nadal są istotną przyczyną chorobowości u dzieci do lat 2. W większości były one spowodowane zakażeniami wirusowymi, zwłaszcza rotawirusowymi. Należy zauważyć, że do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci w wieku do lat 2 dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym. Liczba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

### 3. Krztusiec

Krztusiec jest bakteryjną chorobą zakaźną wywołaną przez pałeczkę krztuśca *Bordetella pertussis*. Choroba przenosi się drogą oddechową i jest bardzo zaraźliwa – w wyniku kontaktu z chorą osobą zakażeniu ulega do 90% nieuodpornionych osób.

W roku 2013 zanotowano 2 185 przypadków zachorowań na krztusiec. Oznacza to spadek liczby zachorowań w stosunku do roku 2012 r., w którym wystąpiło 4 684 zachorowań. Powyższe dane mogą wskazywać na zaczęcie się okresu międzyepidemicznego krztuśca po epidemii wyrównawczej, która wystąpiła w 2012 r. Zmienność liczby zachorowań na krztusiec w latach 1996–2013 obrazuje poniżej wykres 2.

**Wykres 2.** Liczba zachorowań na krztusiec w Polsce w latach 1996–2013.



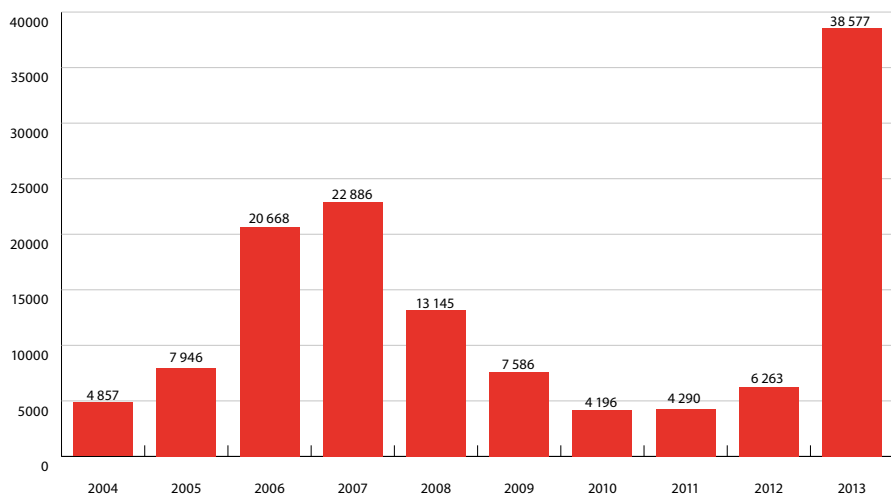
Epidemie wyrównawcze chorób zakaźnych to cykliczne występowanie wzrostów liczby zachorowań. Są one najczęściej spowodowane zwiększeniem w populacji puli osób wrażliwych na zakażenie. Okresy międzyepidemiczne trwają do 5–7 lat. W przypadku krztuśca niezwykle istotnym zjawiskiem jest stopniowa utrata odporności u osób, które wcześniej ją już nabyły. Jest to zjawisko niezależne od sposobu uzyskania odporności i dotyczy zarówno osób, które nabyły odporność w sposób bierny (szczepienie), jak i osób, które wcześniej chorowały już na krztusiec. Odporność naturalna po przechorowaniu krztuśca utrzymuje się przez ok. 10–15 lat, zaś odporność po podaniu szczepionki utrzymuje się ok. 3–10 lat (najczęściej 5–7 lat). Na poziom odporności mogą wpływać również zmiany genetyczne szczepów *Bordetella pertussis*.

W przypadku krztuśca, oprócz odporności indywidualnej, występuje również zjawisko odporności zbiorowskiej, które chroni przed zachorowaniem również osoby nieodpornione. Odporność zbiorowska polega na przerwaniu krążenia czynnika zakaźnego w populacji (zakażenia człowieka – człowiek) poprzez osiągnięcie odpowiednio dużego odsetka osób odpornych. W takiej sytuacji chorzy, którzy mogą stanowić źródło zakażenia dla osób nieodpornych są odizolowani dużą liczbą osób uodpornionych w wyniku szczepień. Niestety uzyskanie maksymalnego efektu odporności zbiorowskiej, pozwalającego na eliminację choroby z użyciem dostępnych obecnie szczepionek przeciw krztuścowi jest niezwykle trudne, ze względu na opisany wyżej spadek odporności poszczepiennej po 5–7 latach od szczepienia, co wymagałoby okresowego, powszechnego ponawiania szczepień u całości populacji. Dlatego też praktycznie wykonalna strategia zwalczania krztuśca powinna polegać na prowadzeniu powszechnych szczepień u dzieci i młodzieży zgodnie z kalendarzem szczepień oraz zaleceniu w ramach tzw. „strategii kokonu” szczepień przypominających u osób dorosłych związanych z opieką nad noworodkami lub nie w pełni zaszczepionymi niemowlętami (które nie otrzymały pełnego cyklu szczepień), osobom z najbliższego otoczenia małych dzieci (szczepieniu rodziców, opiekunów, dziadków) oraz pracowników ochrony zdrowia.

## 4. Różyczka

Liczba zachorowań na różyczkę cechuje się dużą zmiennością i po spadku liczby zachorowań w ostatnich kilku latach, w ostatnim kwartale 2012 r. zaczęto obserwować znaczący wzrost zachorowań. W 2013 r. liczba przypadków różyczki przybrała charakter epidemiczny (tzw. epidemia wyrównawcza) – zgłoszono 38 577 przypadków różyczki (wykres 3). Zachorowalność w 2013 r. w skali Polski wyniosła 1 001 na 1 000 000 mieszkańców. Największą zapadalność zaobserwowano w województwach małopolskim – 2 549, wielkopolskim – 2 256 oraz lubuskim – 2 106.

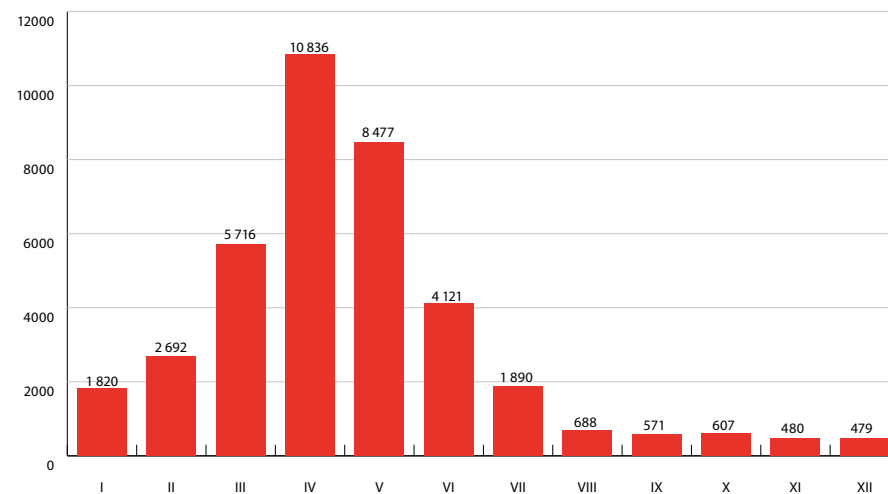
Wykres 3. Liczba przypadków różyczki w Polsce w latach 2004–2013.



Dla porównania, w 2012 r. zgłoszono 6 263 przypadków różyczki, a zapadalność wyniosła 163 na 1 000 000 mieszkańców.

W drugiej połowie 2013 r. epidemia zaczęła wygasać, co zostało zobrazowane na wykresie 4.

Wykres 4. Rozkład zachorowań na różyczkę w poszczególnych miesiącach 2013 r.



Analiza rozkładu zachorowań wskazuje, że zachorowania występowały głównie u osób nieszczepionych należących do roczników, które nie były objęte w chwili urodzenia programem szczepień obowiązkowych. Zachorowania na różyczkę w Polsce dotyczyły więc głównie chłopców (prawie 90% przypadków) w wieku 15–19 lat oraz, w mniejszym stopniu, w wieku 20–24 lata. Chorujący chłopcy i młodzi mężczyźni stanowią źródło zakażenia dla dziewczynek i młodych kobiet, które pomimo szczepienia od 1989 r., mogą pozostać nieuodpornione, m.in. z powodu zaniechania lub przeciwskażeń do szczepienia. Należy bowiem podkreślić, że choć różyczka jest chorobą o łagodnym przebiegu, a w wielu przypadkach przebiegającą bezobjawowo, to zakażenie wirusem różyczki kobiety w ciąży może doprowadzić do zakażenia płodu i w konsekwencji doprowadzić do wystąpienia u noworodka groźnego w skutkach zespołu różyczki wrodzonej (CRS). W 2013 r. stwierdzono 2 przypadki CRS w Polsce.

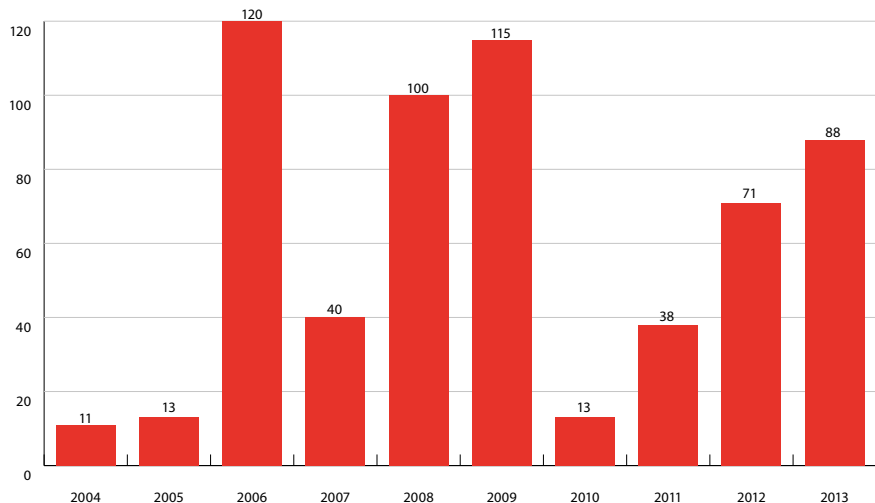
Należy również zauważyć, że zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w Regionie Europejskim WHO różyczka powinna zostać wyeliminowana do końca 2015 r., a pogarszająca się sytuacja epidemiologiczna w odniesieniu do tej jednostki chorobowej oddala od tego celu nie tylko Polskę, ale i cały Region Europejski WHO. Celem eliminacyjnym w odniesieniu do różyczki jest brak występowania endemicznych (rodzimych) przypadków zachorowań na różyczkę oraz liczba przypadków importowanych poniżej 1 na 1 000 000 mieszkańców – przez okres co najmniej 12 miesięcy.



## 5. Odra

Podobnie jak różyczka, również odra została objęta przez WHO programem eliminacyjnym do końca 2015 r. W Polsce sytuacja epidemiologiczna w porównaniu z różyczką jest znacznie lepsza – w 2013 r. zgłoszono 88 przypadków odry (zapadalność – 2,2 na 1 000 000 mieszkańców), co jednak nie spełnia założonego przez WHO celu, tj. zapadalności – 1/1 000 000 mieszkańców. W czterech województwach: śląskim, małopolskim, mazowieckim i zachodniopomorskim odnotowano ponad 95% wszystkich stwierdzonych przypadków odry w 2013 r.

Wykres 5. Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2004–2013.



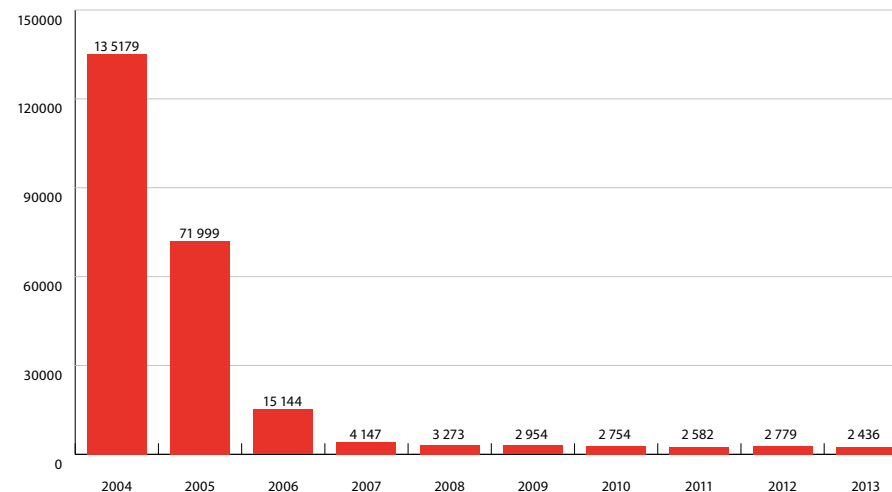
Analizując sytuację epidemiologiczną można zauważyć, że od 2010 r. liczba przypadków odry systematycznie wzrasta. Zachorowania są odnotowywane w większości pośród nieszczepionych osób należących do mniejszości etnicznych.

## 6. Nagminne zapalenie przyusznicy (świnka)

W 2013 r. na nagminne zapalenie przyusznicy zachorowało 2436 osób (zapadalność – 6,3), co stanowi nieznaczny spadek w stosunku do 2012 r., kiedy to stwierdzono 2779 przypadków świnki. Od kilku lat liczba zachorowań utrzymuje się na podobnym poziomie (wykres 6), co jednak stanowi znaczący spadek w stosunku do okresu przed oraz tuż po wprowadzeniu powszechnych szczepień przeciwko śwince szczepionką trójskładnikową MMR w 2003 r.

Szczepienia przeciwko odrze zostały wprowadzone w 1975 r, natomiast przeciwko różyczce w 1989 r. – początkowo wyłącznie u dziewczynek, a od listopada 2003 r. również u chłopców. Szczepienia przeciwko śwince są prowadzone od listopada 2003 r. Obecny schemat szczepień przewiduje 2 dawki szczepionki skojarzonej przeciwko odrze, śwince oraz różyczce (MMR), podawane w 13–14 miesiącu życia, a następnie w 10 roku życia.

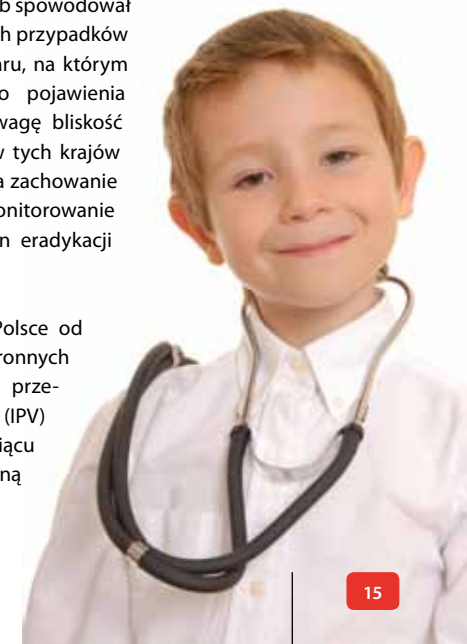
Wykres 6. Liczba zachorowań na świnkę w latach 2004–2013.



## 7. Poliomyelitis

W odniesieniu do poliomyelitis, zarówno Polska, jak i cały Region Europejski WHO są oficjalnie wolne od tej choroby od 2002 r. Ostatni przypadek poliomyelitis spowodowany dzikim wirusem polio wystąpił w Polsce w 1984 r. Jednak konieczne jest utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepienia (98,6% w 2013 r.) oraz stałe monitorowanie przypadków ostrych porażenia wiotkich. Choroba nadal występuje endemicznie w 3 krajach: Afganistanie, Nigerii oraz Pakistanie, a w 2013 r. dziki szczep wirusa polio wykryto w ściekach w Izraelu. Ponadto w październiku 2013 r., w Syrii wykryto krążący dziki szczep wirusa polio, który u aż 37 osób spowodował wystąpienie porażenia. Wobec wzrostu liczby potwierdzonych przypadków zachorowania na poliomyelitis oraz rozszerzenia się obszaru, na którym potwierdzono cyrkulację wirusa polio, istnieje ryzyko pojawienia się choroby na terenie Unii Europejskiej. Biorąc pod uwagę bliskość geograficzną Izraela i Syrii, a także migrację mieszkańców tych krajów do krajów UE, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca zachowanie szczególnej czujności i ostrożności, a także uważne monitorowanie sytuacji w poszczególnych krajach Europy. Globalny plan eradykacji poliomyelitis zakłada eradykację choroby do końca 2018 r.

Szczepienia przeciwko poliomyelitis są prowadzone w Polsce od połowy lat 50-tych. W ramach Programu Szczepień Ochronnych wszystkim dzieciom podawane są 4 dawki szczepionki przeciwko poliomyelitis: 3 dawki szczepionki inaktywowanej (IPV) w 3–4 miesiącu życia, 5–6 miesiącu życia oraz w 16–18 miesiącu życia, a następnie czwarta przypominająca dawka doustną szczepionką OPV podawana w 6 roku życia.



## 8. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę

Corocznie okres występowania epidemicznego wzrostu zachorowań na grypę i zachorowania grypopodobne przypada na miesiące od września do kwietnia.

W ramach monitoringu sytuacji epidemiologicznej grypy według wstępnych danych z biuletynu rocznego NIZP-PZH „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w roku 2013” wynika, że zarejestrowano ogółem 3 158 439 przypadków grypy i podejrzeń zachorowań na grypę (zapadalność wynosiła 8 203,2/100 000), w tym 14 346 osób skierowano do szpitala. Zgłoszono 1 397 638 zachorowań na grypę i podejrzeń zachorowań na grypę u dzieci w wieku do lat 14 (zapadalność wynosiła 24 172/100 000), w tym 7 063 dzieci skierowano do szpitala. Z zachorowań, które były w 2013 roku diagnozowane laboratoryjnie, w 2 434 przypadkach potwierdzono obecność wirusa grypy. Próbkę do badań laboratoryjnych w kierunku potwierdzenia zakażenia wirusami grypy pochodzą głównie od pacjentów, którzy są hospitalizowani z powodu ich stanu klinicznego lub współistniejącej choroby.

W Polsce, jako przypadki zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę, rejestruje się zachorowania przebiegające pod postacią zespołów objawów klinicznych takich jak: zachorowania grypopodobne (IL) lub ostre zakażenia górnych dróg oddechowych (ARI), zgodnie z definicjami przypadku przyjętymi dla celów nadzoru epidemiologicznego.

Według meldunków epidemiologicznych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny liczba zarejestrowanych zachorowań na grypę i zachorowania grypopodobne w sezonie 2012/2013 była aż trzykrotnie wyższa w porównaniu do poprzedniego sezonu. Zgłoszono 129 zgonów osób, u których stwierdzono obecność wirusa grypy na podstawie badań wykonanych metodą RT-PCR w laboratoriach wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Początek epidemicznego wzrostu liczby zachorowań w omawianym sezonie przypadł na okres od 23 do 30 listopada 2012 roku, a szczyt zachorowań wystąpił w okresie od 23 do 31 stycznia 2013 roku, w którym zachorowało 219 511 osób (zapadalność wynosiła 63,30/100 000). Dla porównania w sezonie 2011/2012 szczyt zachorowań przypadł na okres od 8 do 15 marca 2012 roku, w którym zachorowało 39 499 osób. Dane o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na grypę w Polsce, zarejestrowanych od 1 stycznia do 30 kwietnia 2013 roku oraz w porównywalnym okresie 2012 roku przedstawia tabela 2.

**Tabela 2.** Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce zarejestrowane w okresie od 1 stycznia do 30 kwietnia 2013 r. oraz w porównywalnym okresie 2012 r.

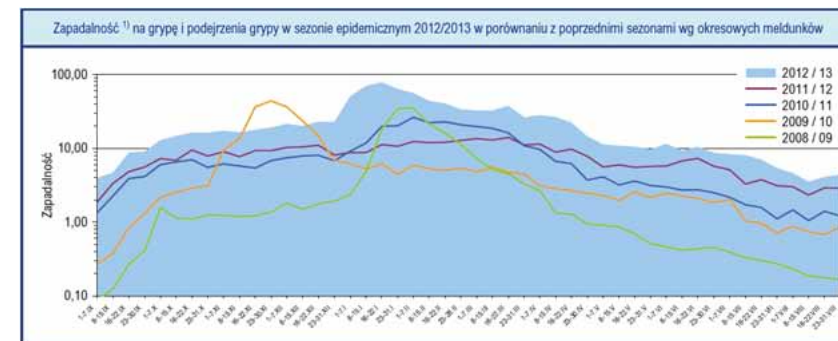
Jednostka chorobowa	Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
	1.01–30.04.2013 r. <sup>1</sup>		1.01–30.04.2012 r.	
	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Grypa i podejrzenia grypy (ogółem)	1 912 316	4 962,70	511 645	1 327,78
u dzieci w wieku 0–14 lat	756 614	13 026,37	234 503	4 037,36

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

Opracowanie: na podstawie danych NIZP-PZH

Średnią dzienną zapadalność (na 100 000 ludności) na grypę i podejrzenia grypy w sezonie epidemicznym 2012/2013 w porównaniu z poprzednimi sezonami przedstawia wykres 7.

**Wykres 7.** Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2012/2013 w porównaniu z poprzednimi sezonami.



Źródło: NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

Liczbę zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę w poszczególnych miesiącach sezonów 2011/2012 i 2012/2013 przedstawia tabela 3.

**Tabela 3.** Liczba zachorowań lub podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2011/2012 i 2012/2013.

Miesiąc/Rok	Liczba przypadków sezon 2011/2012	Liczba przypadków sezon 2012/2013
Wrzesień	45 185	75 919
Październik	92 725	179 690
Listopad	100 898	204 298
Grudzień	116 541	261 024
Styczeń	116 759	777 678
Luty	133 802	472 053
Marzec	151 362	380 453
Kwiecień	107 664	262 798
<b>RAZEM</b>	<b>864 936</b>	<b>2 613 913</b>

Opracowanie: Główny Inspektorat Sanitarny ([www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))

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

Zgodnie z przewidywaniami koordynowanego przez WHO Międzynarodowego Programu Nadzoru nad Grypą wynika, iż szczep wirusa grypy A(H1N1)pdm09 był dominującym podtypem wirusa grypy w Europie, i wszedł w skład wszystkich szczepionek przeciwgrypowych przewidzianych do szczepień w sezonie 2012/2013.

W Polsce pomimo, iż szczepienia przeciw grypie są jedyną i bezpieczną, o udowodnionej skuteczności, metodą profilaktyki przeciw tej chorobie oraz jej powikłaniom, a także pomimo powszechnej dostępności na rynku szczepionek przeciwko grypie sezonowej oraz prowadzonych akcji informacyjnych skierowanych do wielu grup ludności, w sezonie epidemicznym 2012/2013 zaszczepiło się jedynie 3,75% populacji.

W celu zwiększenia liczby osób szczepionych przeciw grypie niezależni eksperci, w ramach Społecznej Kampanii Informacyjnej, powołali Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy.



Jego celem jest poprawa wyszczepialności przeciw grypie w Polsce, edukacja Polaków o zagrożeniach związanych z grypą oraz jej powikłaniami. Organizatorami realizowanej w ramach projektu Społecznej Kampanii Informacyjnej są Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej oraz Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej. Program realizowany jest pod patronatem Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz takich organizacji jak Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, 9 towarzystw naukowych, 4 organizacji zrzeszających pracodawców oraz organizacji zrzeszających samorządy. Ponadto, z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego w 2013 r. rozpoczęła się akcja pod hasłem: *Zaszczep w sobie chęć szczepienia*, której głównym celem jest podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa o możliwości zapobiegania niektórym chorobom zakaźnym w drodze szczepień ochronnych, w tym m.in. grypie. Więcej szczegółów na temat tej akcji znajduje się w części poświęconej szczepieniom ochronnym na stronie: [www.szczepienia.gis.gov.pl](http://www.szczepienia.gis.gov.pl).

Realizowane w ramach profilaktyki zdrowotnej szczepienia ochronne są głównym narzędziem pozwalającym na zmniejszanie liczby zachorowań i powikłań spowodowanych wirusem grypy. Jednocześnie stanowią one najlepszy wskaźnik prognostyczny, warunkujący utrwalanie się pozytywnych trendów zdrowotnych w przyszłości.

## 9. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

W ostatnich latach obserwuje się trend wzrostowy zachorowań spowodowanych wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Przypadki zachorowań są zgłaszane w oparciu o definicję przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C dla celów nadzoru epidemiologicznego. Zgodnie z wstępnymi danymi w 2013 r. zgłoszono 2632 zakażeń HCV, podczas gdy w 2012 r. odnotowano 2265 zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C. Dla porównania, w 2011 roku zgłoszono 2189 zakażeń, w 2010 roku – 2178, w 2009 roku – 1891.

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

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

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

Od 2002 r. podejmowane są działania w zakresie uregulowań prawnych, jak i w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie sterylizacji narzędzi i dezynfekcji pomieszczeń i urządzeń. Podmioty wykonujące działalność leczniczą są zobowiązane do prowadzenia w tym zakresie własnych działań m.in. przez tworzenie zespołów i komisji kontroli zakażeń szpitalnych, opracowywanie i wdrażanie wewnętrznych procedur udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób minimalizujący ryzyko szerzenia się zakażeń w ich trakcie.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w obliczu narastającego w Polsce problemu występowania wirusowych zapaleń wątroby typu C podejmuje inicjatywy zapobiegawcze. W latach 2010–2011, we współpracy z Polską Grupą Ekspertów HCV, zrealizowała *Pilotażowy Program Profilaktyki HCV pn. „STOP!HCV”*. Program objęty został honorowym patronatem Ministra Zdrowia. Działania podejmowane w ramach Pilotażowego Programu „STOP!HCV” stanowiły uzupełnienie i kontynuację inicjatywy z lat 2005–2006, również współrealizowanej przez Państwową Inspekcję Sanitarną z Polską Grupą Ekspertów HCV (*Pilotażowy Program „HCV można pokonać”*). Celem głównym Pilotażowego Programu Profilaktyki Zakażeń HCV „STOP!HCV” było zmniejszenie obciążenia zdrowotnego populacji Polski zagrożeniami związanymi z HCV. Grupę docelową programu stanowili: młodzież klas I lub II szkół ponadgimnazjalnych, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, kadra kierownicza i personel odpowiedzialny za bezpieczeństwo epidemiologiczne w szpitalach wielospecjalistycznych.

W 2012 roku rozpoczęto realizację współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, programu pn.: „*Zapobieganie zakażeniom HCV*”. Umowa w sprawie realizacji projektu została podpisana w dniu 24 maja 2012 r. pomiędzy Biurem do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, pełniącym funkcję instytucji pośredniczącej, a Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny w Warszawie, Liderem programu. Strona w całości dedykowana programowi „Zapobieganie zakażeniom HCV” jest dostępna pod adresem: [www.hcv.pzh.gov.pl](http://www.hcv.pzh.gov.pl).



Główny Inspektorat Sanitarny jest jedną z instytucji partnerskich programu.

W 2013 roku kontynuowano prace przygotowawcze do realizacji projektu „*Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)*”, w szczególności opracowane zostały zasady realizacji szkoleń na poziomie wojewódzkim, w tym w zakresie kwestie finansowe oraz wyłoniono wojewódzkich koordynatorów szkoleń spośród pracowników pionu epidemiologii 11 WSSE. Rozpoczęto także badania ankietowe w poszczególnych punktach usługowych (salonach kosmetycznych i wykonujących makijaż permanentny, studiach tatuażu i piercingu oraz w salonach fryzjerskich) mające na celu ocenę wiedzy pracowników tych zakładów nt. szerzenia się zakażeń krwiopochodnych w trakcie świadczenia usług upiększających ciało, jak również ocenę stanu sanitarnego pomieszczeń, w których świadczone są usługi.

## 10. Choroby tropikalne

Warunki klimatyczne w Polsce nie sprzyjają występowaniu stawonogów będących zwierzęcymi wektorami przenoszącymi typowe dla krajów położonych w strefach podzwrotnikowej i zwrotnikowej choroby takie jak: malaria, gorączka denga, żółta gorączka, chikungunya czy gorączka zachodniego Nilu. Tym samym choroby te nie znajdują naturalnych warunków do szerzenia się w Polsce, a rejestrowane w kraju przypadki są zachorowaniami zawleczonymi z innych krajów. Z uwagi na możliwość coraz łatwiejszego, tańszego i szybszego przemieszczenia się na duże odległości oraz wzrastającego zainteresowania egzotycznymi podróżami, rokrocznie odnotowywane są przypadki tropikalnych chorób zakaźnych wśród Polaków powracających z zagranicy. W 2013 roku odnotowano 13 zachorowań na gorączkę denga oraz 36 przypadków malarii (wszystkie zachorowania zaklasyfikowano jako zaimportowane).

Państwowa Inspekcja Sanitarna od wielu lat podejmuje działania mające na celu informowanie osób podróżujących w odległe, egzotyczne regiony świata o istniejącym narażeniu na występujące tam choroby zakaźne. W tym celu na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego została utworzona zakładka pt. „*Informacje dla podróżujących*” (link do strony: [www.gis.gov.pl/dep/?lang=pl&dep=13&id=46](http://www.gis.gov.pl/dep/?lang=pl&dep=13&id=46)). Zamieszczane w niej komunikaty są opracowywane w oparciu o oficjalne źródła informacji tj. serwisy międzynarodowych organizacji działających w sektorze ochrony zdrowia: Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Europejskiego Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób w Atlancie, USA (CDC). Komunikaty dla podróżujących dotyczą aktualnych zagrożeń i są na bieżąco aktualizowane. Na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego zamieszczane są ponadto informacje dotyczące chorób zakaźnych (link do strony: [www.gis.gov.pl/dep/?dep=13](http://www.gis.gov.pl/dep/?dep=13)). Poradnictwo dla osób wyjeżdżających w tropikalne regiony świata prowadzą jednak głównie punkty szczepień, których lista jest aktualizowana i publikowana na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego, a także lekarze medycyny podróży.

Informowanie turystów o zagrożeniach zdrowotnych i sanitarnych nabiera szczególnego znaczenia także w kontekście aktualnej sytuacji epidemiologicznej wybranych chorób zakaźnych w regionie europejskim. W 2012 roku stwierdzono pierwsze rodzime przypadki gorączki denga na popularnej turystycznie wyspie Madera, a od kilku lat sezonowo występują zachorowania na gorączkę zachodniego Nilu w krajach basenu Morza Śródziemnego. Z kolei w 2013 r. odnotowano istotny, ale nie gwałtowny wzrost zachorowań, wywołanych nowym koronawirusem MERS – CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) w regionie Półwyspu Arabskiego, znajdującego się geograficznie niedaleko od krajów Europy. Wszystkie zachorowania wywołane tym wirusem miały bezpośredni związek z pobytem w krajach Półwyspu Arabskiego. Większość przypadków dotyczyło osób zamieszkujących Arabię Saudyjską oraz kraje sąsiadujące, odnotowano także przypadki zaimportowane do krajów UE (Wielka Brytania, Francja, Włochy, Niemcy).

Z końcem 2013 r. wystąpiły liczne zachorowania wywołane wirusem chikungunya w regionie Wysp Karaibskich oraz wirusem Zika w regionie Południowego Pacyfiku (Wyspy Polinezji Francuskiej, Nowa Kaledonia, Wyspy Wielkanocne oraz Wyspy Cook'a). Z uwagi na fakt, iż obszary te, a w szczególności wyspy karaibskie, są regionem uczęszczanym przez turystów z Europy, w tym również z Polski, zaistniała możliwość zaimportowania przypadków nowej choroby również na teren UE.

Główny Inspektorat Sanitarny na bieżąco śledzi informacje na temat sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych na świecie i uwzględnia je w przygotowywanych materiałach informacyjnych.

## 11. Sytuacja epidemiologiczna chorób odzwierzęcych

Choroby odzwierzęce (zoonozy) od wielu lat zyskują na znaczeniu. Rozprzestrzenianiu czynników chorobotwórczych na ludzi sprzyja wciąż niewystarczająca świadomość, co do sposobów ich przenoszenia oraz sposobów uniknięcia zakażenia.

W związku z powyższym Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Inspekcją Weterynaryjną prowadzi działania w zakresie promocji oraz ochrony zdrowia mające na celu zabezpieczenie społeczeństwa przed zagrożeniami, jakie mogą wynikać z bezpośredniego kontaktu ze zwierzętami, ale też ze spożywania produktów pochodzenia zwierzęcego. Obie służby realizują te zadania w ramach swoich kompetencji określonych w przepisach prawa.

Nadzór nad chorobami odzwierzęcymi w Polsce odbywa się także w oparciu o zalecenia i wytyczne organizacji międzynarodowych takich jak WHO, FAO, OIE, oraz instytucji europejskich takich jak ECDC, EFSA, powołanych w celu zapewnienia skutecznego systemu monitorowania i powiadamiania o wystąpieniu zagrożenia dla zdrowia ludzkiego w związku z obecnością niebezpiecznych czynników chorobotwórczych w tym odzwierzęcych, pochodzących bezpośrednio od zwierząt jak i produktów pochodzenia zwierzęcego. Zgodnie z *dyrektywą 2003/99/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 17 listopada 2003 r. w sprawie monitorowania chorób odzwierzęcych i odzwierzęcych czynników chorobotwórczych, zmieniającą decyzję Rady 90/424/EWG i uchylającą dyrektywę Rady 92/117/EWG* (Dz. U. L 325 z 12.12.2003, s. 31) jak i implementującej jej do prawa polskiego ww. ustawy o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt, zoonozami, które stanowią szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i podlegają obowiązkowi monitorowania są: brucelozą, kamylobakteriozą, bąblowicą, listeriozą, włośnicą, gruźlicą wywołaną przez *Mycobacterium bovis*, werocytotoksyczne *E. coli* oraz salmonelozą.

Niezależnie od prowadzonego monitoringu i nadzoru nad chorobami odzwierzęcymi, sytuacja epidemiologiczna w zakresie niektórych zoonoz staje się niepokojąca i należy uznać, że w najbliższej przyszłości będą one stawać się narastającym problemem obciążającym zdrowie publiczne i system zdrowotny państwa. W szczególności na zoonozy narażone są pewne grupy zawodowe, jak leśnicy i rolnicy, z powodu boreliozy czy zakażeń hantawirusowych oraz osoby zajmujące się zbieractwem runa leśnego z powodu bąblowicy. Nie można również zapominać o odzwierzęcych chorobach, które występują w innych strefach klimatycznych, ale w związku ze zmianą klimatu oraz wzmożonym ruchem turystycznym i globalizacją handlu, stają się również zagrożeniem dla społeczeństwa europejskiego np. gorączka zachodniego Nilu.

Dane epidemiologiczne dotyczące występowania chorób odzwierzęcych w Polsce na przestrzeni kilku ostatnich lat zostały przedstawione w formie tabelarycznej (tabela 4), w oparciu o przygotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, *Meldunki roczne o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatrucia*.

**Tabela 4.** Wybrane dane epidemiologiczne dot. występowania chorób odzwierzęcych w Polsce w latach 2005–2013 (dane za 2013 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie).

Jednostka chorobowa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. Dżuma	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Tularemia	6	3	1	4	1	4	6	6	8
3. Wąglik	2	-	-	-	4	-	-	-	-
4. Brucelozą	5	3	3	6	b.d.	b.d.	b.d.	-	1
5. Nosaczyna	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Różycą	95	93	124	88	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
7. Pryszczycą	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Leptospirozą	7	6	12	5	6	4	4	2	1
9. Jersiniozą pozajelitową	25	43	51	40	38	27	19	30	20
10. Mikobakteriozy	26	27	17	33	56	95	138	139	239
11. Listeriozą – ogółem	22	28	43	33	33	58	56	49	52
12. Listeriozą – wrodzoną	0	1	5	-	6	6	8	5	3
13. Ornitozy	bd	1	1	1	-	-	-	-	2
14. Riketsjozy – razem	-	-	-	-	1	-	2	3	5
15. Gorączką Q	59	-	-	24	5	-	-	-	-
Wariant choroby									
16. Creutzfeldta-Jakoba (vCJD)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17. Gorączką zachodniego Nilu	b.d.	b.d.	b.d.	-	-	-	-	-	-
18. Choroba wywołana przez hantawirusy	b.d.	b.d.	9	7	5	6	8	3	8
19. Kryptosporydiozą	-	-	-	1	5	-	1	2	2
20. Bąblowicą	34	65	40	28	25	36	20	28	39
21. Wągrzycą	-	1	-	1	-	2	2	-	3
22. Włośnicą	70	130	292	4	36	51	23	1	9

Opracowanie: Główny Inspektorat Sanitarny ([www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)) na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

b.d. brak danych

W Polsce sytuacja epidemiologiczna dotycząca chorób odzwierzęcych w 2013 r. była stabilna. 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.

W 2013 r. na obszarze Białorusi i Litwy odnotowano przypadki afrykańskiego pomoru świń (ASF) u dzików, wirusowej choroby świń domowych wszystkich ras i dzików. Choroba ta nie stanowi jednak zagrożenia dla życia ludzi, ani też nie wywiera negatywnego wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne Polaków, z związku z tym, że człowiek nie jest wrażliwy na zakażenie wirusem ASF.

Od wielu lat większość zgłaszanych zoonoz jest związana ze spożyciem pokarmów pochodzenia zwierzęcego, zanieczyszczonych lub skażonych patogenami odzwierzęcymi, chorobotwórczymi dla ludzi. Zgodnie z danymi ECDC oraz EFSA, najczęstszymi zoonozami, dla których od kilku lat odnotowuje się trend wzrostowy w całej UE są kamylobakterioza oraz zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *E. coli*. Maleje z kolei stopniowo liczba zachorowań wywołanych odzwierzęcymi serotypami pałeczek *Salmonella*, choć ich liczba jest nadal znaczna. Głównym źródłem zakażeń pokarmowych spowodowanych ww. czynnikami odzwierzęcymi są: mięso drobiowe oraz wołowe i ich przetwory, jak również jaja i produkty je zawierające.

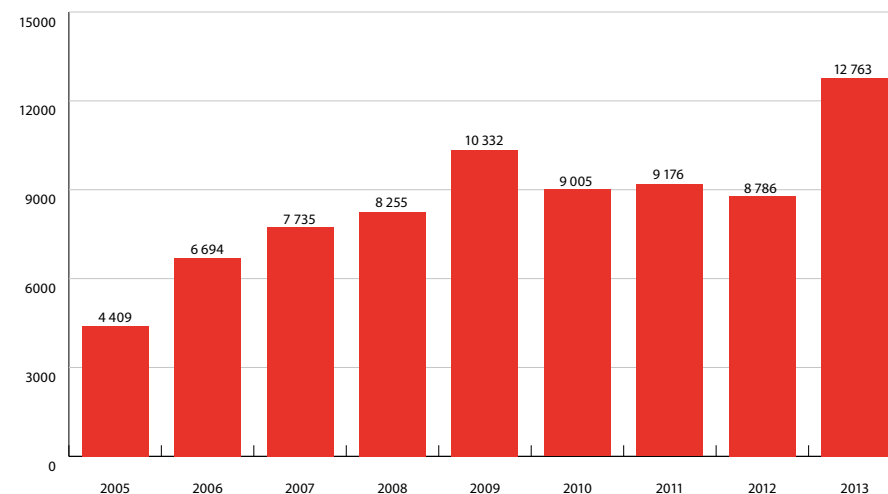


W ostatnich kilku latach obserwuje się w Europie wyraźny wzrost częstości występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, przede wszystkim boreliozy. Zachorowania na boreliozę w Polsce cechuje obserwowany od wielu lat trend wzrostowy. W 2013 r. zanotowano w Polsce 12 763 przypadków przy zapadalności 33,12/100 tys. mieszkańców. Dla porównania w latach poprzednich tj. 2012, 2011 i 2010 liczba zgłoszonych przypadków boreliozy nie przekraczała 10 tys./rocznie. Największą zapadalność odnotowuje się w województwach: śląskim, podlaskim, małopolskim, mazowieckim i warmińsko-mazurskim. Ze względu na niespecyficzne i rozciągnięte w czasie objawy, wiele przypadków może być zgłaszanych jednak ze znacznym opóźnieniem. Rośnie także liczba przypadków boreliozy, jako choroby zawodowej, podczas gdy ogólna liczba chorób zawodowych maleje.

Przyczyny wzrostu zachorowalności na boreliozę należy upatrywać w stale zmieniającym się zasięgu geograficznym bytowania kleszczy oraz wydłużaniu okresu ich żerowania, zmianach klimatu, zmianach ekonomicznych i społecznych w otoczeniu ludzi, a także zmianie sposobu spędzania czasu wolnego (częstsze podróże). Istotną rolę odgrywają też migrujące ptaki przenoszące zakażone kleszcze na obszary, na których krętki *Borrelia burgdorferi* dotychczas nie występowały. Wzrastająca liczba rejestrowanych potwierdzonych przypadków boreliozy może świadczyć także o poprawiającej się diagnostyce tej choroby, i to zarówno na poziomie wywiadu lekarskiego jak i diagnostyki laboratoryjnej.

Przeciwno chorobie nie ma szczepionki, co potęguje problem i skutecznie uniemożliwia szybkie jego opanowanie. Ważne jest tym bardziej wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie w początkowej fazie choroby oraz edukacja społeczeństwa na temat nieswoistych metod zapobiegania zakażeniu.

Wykres 8. Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005–2013.



Opracowanie: Główny Inspektorat Sanitarny ([www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)) na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

Zakażenia wywołane przez hantawirusy (gorączka krwotoczna z zespołem nerkowym – HFRS) występują na wszystkich kontynentach i rozpoznawane są we wszystkich krajach Europy. Z dostępnych danych wynika, że duże ogniska zakażeń hantawirusami występują w Skandynawii oraz w Chorwacji. W Polsce, w latach 2007–2013, liczba zachorowań utrzymywała się na stałym poziomie i nie przekraczała 10 przypadków rocznie, przy czym od 2008 r. zachorowania odnotowano jedynie na terenie województwa podkarpackiego. Od 2003 r. z inicjatywy Głównego Inspektora Sanitarnego rozpoczęto wdrażanie rutynowej diagnostyki HFRS w kraju.

W Polsce sprawdzoną i akredytowaną diagnostyką w kierunku zakażeń hantawirusami z materiału pobranego od ludzi dysponuje Laboratorium Diagnostyki Medycznej WSSE w Rzeszowie. W 2013 r. laboratorium to po raz pierwszy przyjęło do badań profilaktycznych próbki ze zleceń jednostek z terenu całej Polski, które zatrudniały osoby narażone na kontakt z gryzoniami, będących głównym źródłem i wektorem hantawirusów. Łącznie przebadano 52 osoby, a u 22 osób wykryto swoiste przeciwciała anty-hantawirus, które świadczyły retrospektywnie o kontakcie z tym wirusem i o zakażeniu.

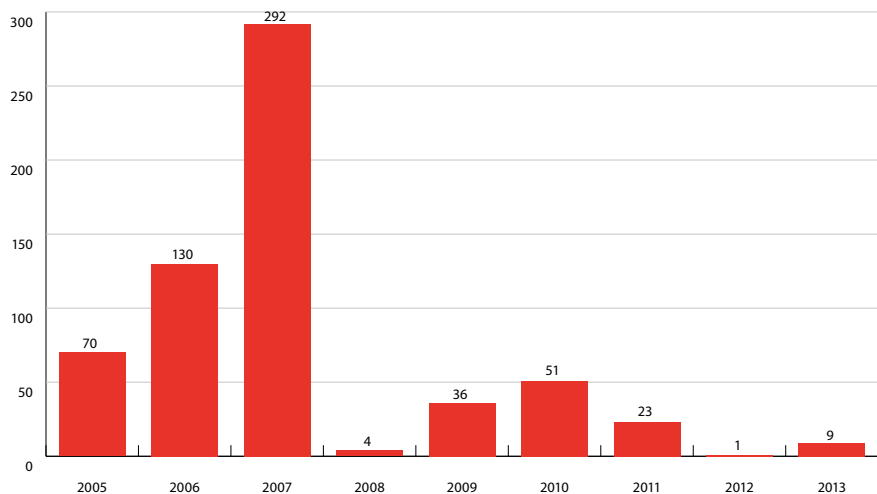
Leptospiroza uznawana jest obecnie za jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób odzwierzęcych na świecie. W Polsce liczba rejestrowanych rocznie przypadków zachorowań nie przekracza jednak 10 i utrzymuje się od kilku lat na stałym poziomie. Sytuację w tym zakresie należy więc uznać za stabilną. Jednak obserwowane zmiany klimatyczne oraz intensywne przemieszczanie się ludności, rosnąca popularność aktywnych form wypoczynku (szkoły przetrwania, rajdy terenowe, itp.) stwarzają warunki do rozprzestrzeniania się zakażeń. Również duże ryzyko zakażenia ludzi leptospirami wiąże się z bezpośrednim lub pośrednim kontaktem z zakażonymi zwierzętami głównie gryzoniami, ale także psami, kotami, zwierzętami gospodarskimi oraz dzikimi (dziki, lisy). Grupami szczególnie narażonymi na zakażenie są więc rolnicy, osoby obsługujące zwierzęta, lekarze weterynarii, pracownicy zakładów mięsnych.

W 2013 r. zgłoszono 7845 przypadków narażenia na kontakt z wściekłymi zwierzętami. Wszystkie osoby, u których ustalono kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę zostały zakwalifikowane do szczepień poekspozycyjnych. Większość osób otrzymała pełny cykl szczepień. Natomiast najczęstszym powodem przerwania cyklu szczepień było powiadomienie właściwego powiatowego inspektora sanitarnego przez powiatowego lekarza weterynarii o dobrym stanie zdrowia podejrzanego zwierzęcia.

Od 1948 r. służby weterynaryjne prowadzą w Polsce obowiązkowe szczepienia psów przeciwko wściekliznie, co zmniejszyło znacznie ryzyko narażenia ludzi. Ponadto, po okresie ostatnich 10 lat stosowania na terenie całego kraju działań immunoprofilaktycznych w postaci podawania lisom wolno żyjącym doustnych szczepionek, liczba zdiagnozowanych przypadków wścieklizny u zwierząt zmniejszyła się 8-krotnie. Z kolei w latach 2010 i 2011 nastąpił wzrost liczby odnotowywanych przypadków wścieklizny wśród zwierząt w Polsce (w porównaniu z 2002 r. nastąpił wzrost odsetka zakażonych nietoperzy, bydła), w tym również zwierząt domowych. Powyższe dane wskazują, iż pomimo wysokiej skuteczności dotychczasowych działań przeciwdziałających szerzeniu się rezerwuaru wirusa wścieklizny na terenie naszego kraju, wciąż istnieje takie zagrożenie od zarażonych dzikich zwierząt, które w dużej mierze przybywają na teren Polski przez zielone granice na wschodzie naszego kraju zasilając stale rezerwuar wirusa wścieklizny.

Państwowa Inspekcja Sanitarna prowadzi wzmoczone działania w zakresie ochrony zdrowia przed pasożytami, jako czynnikami chorobotwórczymi stanowiącymi wciąż istotne oraz realne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia ludzi. Wiele z chorób pasożytniczych występuje w Polsce, a wzrost liczby zachorowań na przestrzeni lat ma charakter cykliczny z tendencją do tworzenia epidemii. W latach 2004, 2006 i 2007 na terenie Polski miały miejsce duże ogniska epidemiczne włośnicy, stąd szerokie zainteresowanie tą chorobą pasożytniczą. Dzięki współpracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz Inspekcji Weterynaryjnej w zakresie ochrony zdrowia ludzi i zwierząt, od kilku lat przypadki tych chorób utrzymują się na stałym zadowalającym poziomie i nie stwierdza się znacznego wzrostu zachorowań w ciągu ostatnich 4 lat. wykres 9 – przedstawia rozkład zachorowań na włośnicę w latach 2005–2013.

Wykres 9. Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005–2013.



Opracowanie: Główny Inspektorat Sanitarny ([www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)) na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl))

Przeważająca większość zbiorowych zachorowań na włośnicę wynikała ze spożycia produktów wędliniarskich przygotowanych na własny użytek z mięsa pozyskanego przez środowiska łowieckie i domowe. Prawdopodobną przyczyną zachorowań jest brak przekazania próbek mięsa upolowanego dzikiego zwierzęcia do badania w kierunku pasożyta.

## 12. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową

W Polsce w 2013 roku zgłoszono 248 przypadków zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (zapadalność 0,64/100 000) podobnie jak w roku 2012, w którym zgłoszono 241 zachorowań (zapadalność 0,63/100 000). Zachorowania występowały szczególnie wśród ludzi młodych między 11 a 24 rokiem życia, stanowiących grupę podwyższonego ryzyka zakażeniem meningokokami.

Tabela 5. Zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową w Polsce zarejestrowane od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. oraz w porównywalnym okresie 2012 r. (NIZP-PZH).

Jednostka chorobowa	Liczba zachorowań i zapadalność na 100 tys. ludności			
	1.01–31.12.2013 r. <sup>1</sup>		1.01–31.12.2012 r.	
	Liczba	Zapadalność	Liczba	Zapadalność
Ogółem	248	0,64	241	0,63
Zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu	159	0,41	165	0,43
Posocznica	165	0,43	146	0,38
inna określona i nieokreślona	4	0,01	3	0,01

1. Wstępne dane, które mogą ulec zmianie

W roku 2013, tak samo jak w 2012 r., nie występowały ogniska zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową.

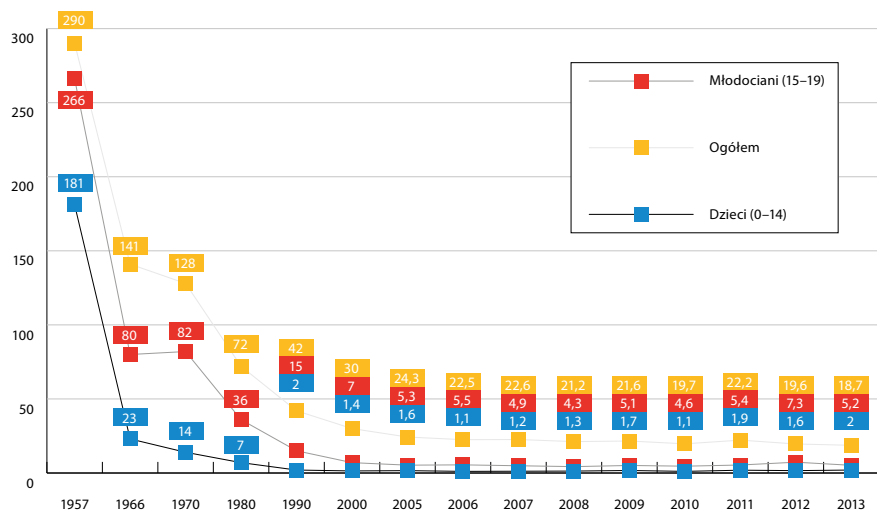
Dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*Neisseria meningitidis*, meningokok) są powszechnie występującymi drobnoustrojami kolonizującymi nosogardło (kolonizacja ulega ok. 5–10% populacji) i wywołującymi sporadyczne zachorowania na inwazyjną chorobę meningokokową. Najczęstszymi w Polsce czynnikami wywołującymi zachorowania są dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z gr. B i gr. C. Polska jest jednym z krajów, w których w ostatniej dekadzie wzrosła liczba zakażeń wywołanych przez dwoinkę zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z gr. C, która obecnie jest przyczyną ok. 60% zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową (wg danych Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń OUN). Przyjmuje się, że epidemiczne zachorowania występują przy przekroczeniu odsetka 20–25% osób skolonizowanych przez meningokoki w ogólnej populacji.

Wpływ na obniżenie się liczby epidemicznych zachorowań wywołanych przez dwoinkę zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z gr. C mają podobnie, jak w ubiegłych latach: poprawiający się nadzór epidemiologiczny nad zachorowaniami na inwazyjną chorobę meningokokową i wdrażanie działań profilaktycznych zapobiegających kolonizacji dwoinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u osób mających styczność z osobą chorą, dostępność szczepień ochronnych przeciw meningokokom gr. C (szczepienie zalecane w ramach Programu Szczepień Ochronnych), a także działania edukacyjne na temat sposobów ochrony przed zakażeniami meningokokowymi, w tym, w drodze szczepień ochronnych i profilaktycznego leczenia osób ze styczności. Lekarze mają obowiązek informowania rodziców/opiekunów dziecka o możliwości wykonania szczepienia zalecanego przeciwko meningokokom. Ponadto dla osób podróżujących, które udają się do krajów o wysokiej zapadalności na inwazyjną chorobę meningokokową zalecane jest szczepienie czterowalentną szczepionką skojarzoną przeciwko meningokokom z gr. A, C, W 135 oraz Y.

### 13. Gruźlica

W 2013 roku zarejestrowano 7 192 zachorowania na gruźlicę tj. o 350 zachorowań mniej, niż w roku poprzednim i o 2 301 mniej, niż przed dziesięcioma laty (dane za rok 2013 są w trakcie weryfikacji przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie i mogą ulec zmianie). Współczynnik zapadalności na gruźlicę w 2013 roku wyniósł 18,7 i był niższy o 4,6%, niż w roku 2012 i niższy o 24,9%, niż przed dziesięcioma laty. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957–2013 przedstawia wykres 10.

Wykres 10. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodocianych w Polsce w latach 1957–2013.



Źródło: Biuletyn Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc o występowaniu gruźlicy i chorób układu oddechowego w Polsce w 2013 r.

W 2013 roku wśród postaci klinicznych najczęściej występowała gruźlica płuc – 6 786 zachorowań. Przypadki gruźlicy płuc stanowiły 94,4% wszystkich zachorowań. Chorzy na gruźlicę pozapłucną stanowili 5,6% ogółu zarejestrowanych w 2013 r. przypadków zachorowań. Zarejestrowano 115 zachorowania u dzieci do 14 roku życia. Współczynnik zapadalności u dzieci wyniósł 2,0/100 000.

Utrzymują się różnice w zapadalności na gruźlicę między województwami. W 2013 roku najwyższą zapadalność na gruźlicę zarejestrowano w województwach: lubelskim świętokrzyskim i śląskim, najniższą w województwach: wielkopolskim, podlaskim i podkarpackim. Wzrost zapadalności w porównaniu z rokiem poprzednim zarejestrowano w województwach: lubuskim, zachodniopomorskim, dolnośląskim, mazowieckim, opolskim, małopolskim.

W 2013 roku gruźlica została potwierdzona bakteriologicznie u 4 726 chorych, w tym w 4 577 przypadkach gruźlicy płuc. Gruźlicę wywołaną przez prątki odporne co najmniej na 1 lek przeciwprątkowy stwierdzono u 269 osób, które stanowiły 5,7% chorych na gruźlicę potwierdzoną bakteriologicznie.

Swoistą metodą zapobiegania gruźlicy są stosowane od 80 lat szczepienia BCG, obowiązkowe w Polsce, wykonywane zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków najpóźniej w ciągu 24 h od urodzenia. W roku 2013 zaszczerpiono tą szczepionką 343 148 noworodków, co stanowiło 92,8% ogółu dzieci żywo urodzonych.

Przepisy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nakładają na osoby chore na gruźlicę obowiązek jej leczenia 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, uchodźców).

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

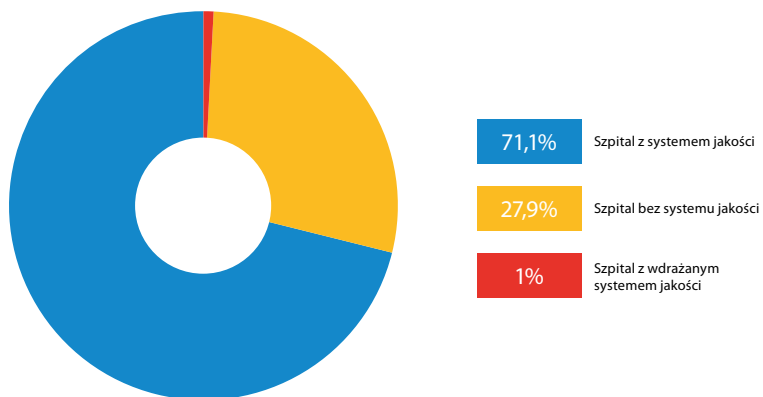
- przerywanie leczenia gruźlicy przed jej wyleczeniem u chorego;
- prowadzenie leczenia gruźlicy bez mikrobiologicznej weryfikacji lekooporności prątków gruźliczych;
- stosowanie leczenia przeciwprątkowego niezgodnie z rekomendacjami dot. zalecanych schematów leczenia i wielkości dawek leków przeciwprątkowych.

### 14. Występowanie ognisk epidemicznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Polsce w 2013 r.

W 2013 roku zgłoszono do Państwowej Inspekcji Sanitarnej 394 ogniska z 215 szpitali w Polsce. W grupie szpitali znalazły się wszystkie ich typy, w tym: kliniczne (29), specjalistyczne (55), wojewódzkie (31), powiatowe (61), miejskie (7), wielospecjalistyczne (7), uniwersyteckie (7) inne m.in. uzdrowiska, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, ośrodek działalności leczniczej, ośrodek rehabilitacyjny (18).



Wykres 11. Liczba szpitali posiadających system jakości, które zgłosiły ogniska epidemiczne w 2013 roku.



Wśród szpitali, które przekazały raporty o ogniskach epidemicznych 71% posiada wdrożony system jakości ISO potwierdzony certyfikatem (w tym 6 szpitali posiada certyfikat ISO i akredytację CMJ). W trakcie wdrażania systemu jakości i akredytacji CMJ w okresie sprawozdawczym pozostawały dwa szpitale. Powyższe dane zostały przedstawione na wykresie 11.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że szpitale, które posiadają system jakości wykazują lepszą organizację i większą efektywność systemu kontroli zakażeń szpitalnych, o czym świadczy liczba zgłoszonych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej ognisk epidemicznych za 2013 r.

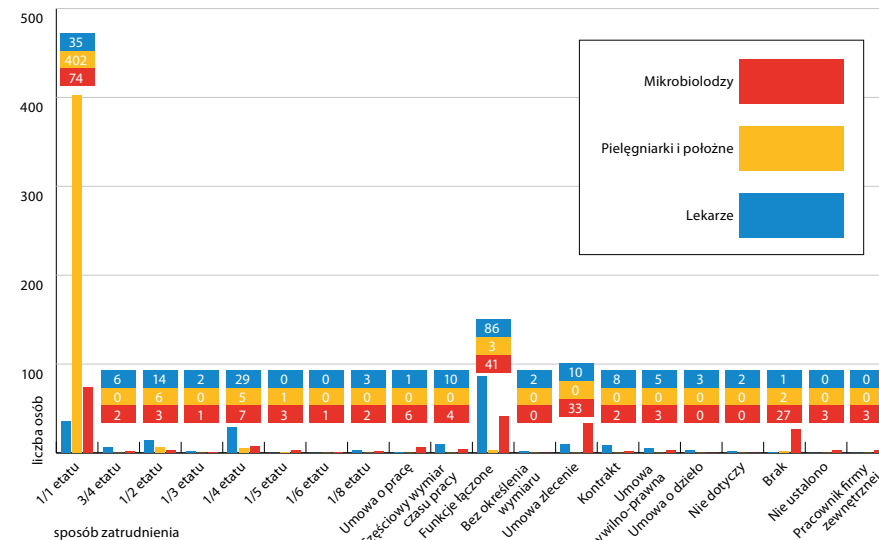
Istotnym warunkiem prawidłowego nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi jest rzeczywiste funkcjonowanie w szpitalu zespołu kontroli zakażeń szpitalnych złożonego z fachowego personelu. Według aktualnych wymagań prawnych w skład zespołu wchodzi lekarz ze specjalizacją jako przewodniczący, pielęgniarka epidemiologiczna jedna na 200 łóżek, jako specjalista ds. epidemiologii lub higieny i epidemiologii oraz mikrobiolog jako specjalista ds. mikrobiologii.

W szpitalach które przekazały raporty o występowaniu ognisk epidemicznych w 98,6% istnieje zespół kontroli zakażeń szpitalnych, brak zespołu odnotowano w 1,4% raportujących szpitali.

W oparciu o przeprowadzoną analizę nadesłanych materiałów wynika, iż w 98,6% szpitali jest powołany lekarz, jako przewodniczący zespołu, w tym 50,2% posiada jedną z wymaganych specjalizacji, 62,8% lekarzy ukończyło, bądź jest w trakcie kursu specjalistycznego z zakresu epidemiologii.

W podmiotach leczniczych, które zgłosiły ogniska epidemiczne stosowny tytuł specjalisty posiada 88,8% pielęgniarek, natomiast specjalizację z zakresu mikrobiologii ukończyło 85,1% diagnostów laboratoryjnych. W 65,6% szpitali na 200 łóżek, zgodnie z przepisami prawa, zatrudniona była 1 pielęgniarka epidemiologiczna. Jednak aż w 33,4% szpitali odnotowano, iż na 1 pielęgniarkę przypadło więcej niż 200 łóżek. Omawiana kwestia nie dotyczyła 1% podmiotów. Szczegółowy sposób zatrudnienia pracowników przedstawia poniżej zamieszczony wykres 12.

Wykres 12. Sposób zatrudnienia pracowników.



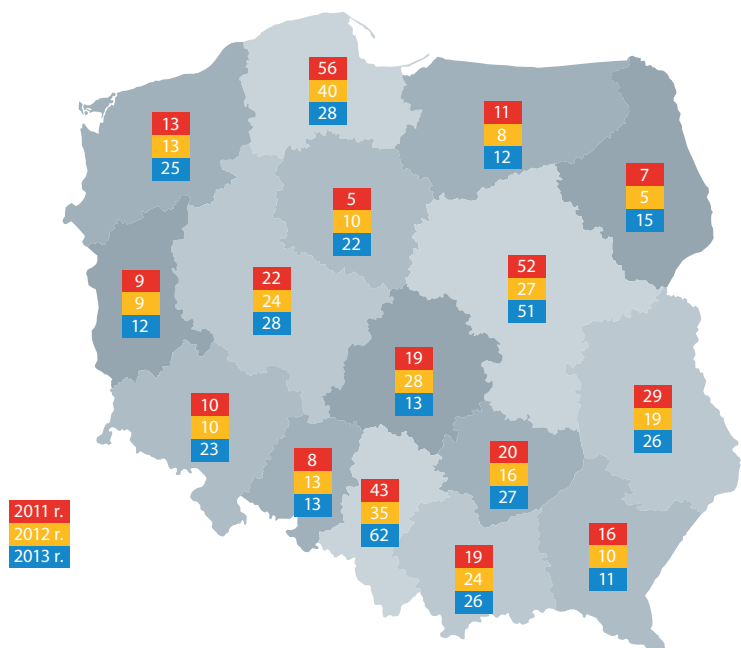
Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych na wykresie 12, w którym porównano zatrudnienie poszczególnych grup zawodowych odnotować należy, iż w 215 szpitalach, które zgłosiły ogniska epidemiczne, zatrudnionych jest obecnie: 35 lekarzy, 74 mikrobiologów i 402 pielęgniarki w pełnym wymiarze godzin pracy. Jednak w większości przypadków funkcje personelu powołanego do zespołu kontroli zakażeń są łączone z innymi obowiązkami w szpitalu, dotyczy to w szczególności lekarzy i mikrobiologów, co może być istotnym czynnikiem zmniejszającym efektywność działania zespołu. W związku z powyższym podjęcie działań w tym zakresie przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Państwową Inspekcję Sanitarną może przyczynić się do zwiększenia zatrudnienia personelu zgodnie z obowiązującym prawem.

Szczegółowe kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych dla celów nadzoru epidemiologicznego zostały opublikowane w oparciu o opinię naukową Europejskiego Centrum Kontroli Chorób w Sztokholmie (ECDC) w Decyzji wykonawczej Komisji 2012/506 UE z dnia 8 sierpnia 2008 r. zmieniającej decyzję 2002/253/WE ustanawiającą definicje przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady. Wymieniona Decyzja określa definicje poszczególnych rodzajów zakażeń oraz określa kryteria pozwalające na zakwalifikowanie tych zakażeń jako zakażeń szpitalnych.



W Polsce w 2013 roku zgłoszono do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych 394 ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych, to jest o 23,6% więcej niż w 2012 roku, w którym liczba ta wynosiła 301. W ogniskach łącznie zachorowało 2695 osób, w tym 201 osób personelu. Głównym czynnikiem etiologicznym, który wywołał zakażenie wśród personelu to norowirusy i rotawirusy. Sytuację epidemiologiczną w zakresie ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych w latach 2011–2013 w Polsce przedstawia grafika 1.

Grafika 1. Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2011–2013.



Jak wynika z przedstawionych danych liczba ognisk epidemicznych w 2013 roku w województwie: opolskim utrzymywała się na tym samym poziomie co w roku 2012.

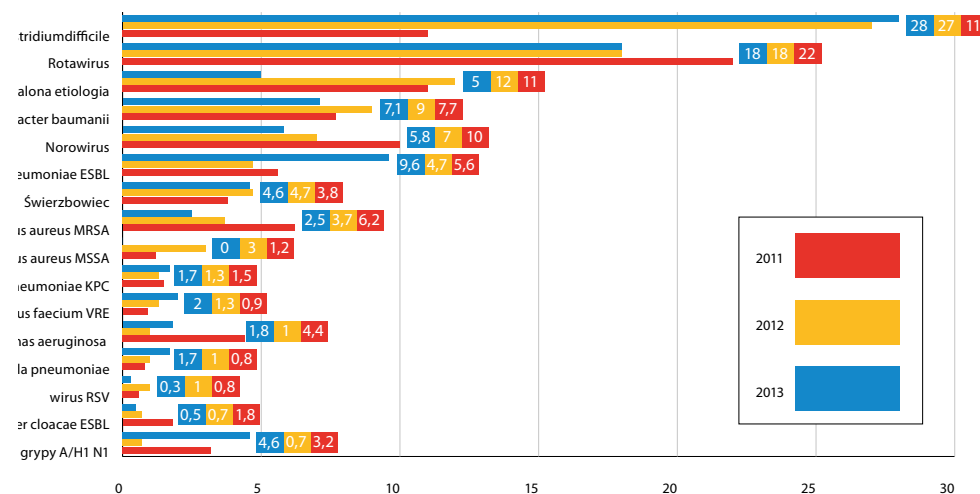
Wyraźny wzrost liczby ognisk epidemicznych odnotowano w województwach: zachodniopomorskim, dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, mazowieckim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim, natomiast nieznaczny wzrost w województwach: lubuskim, małopolskim, podkarpackim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim. Zmniejszyła się natomiast liczba ognisk epidemicznych zgłoszonych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w województwach: łódzkim i pomorskim.

Należy zaznaczyć, że spośród 394 ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych zgłoszonych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej etiologię zakażenia:

- w 90,3% ustalono w oparciu o przeprowadzone badania laboratoryjne, (w 2012 r. w 82%);
- w 4,7% ustalono na podstawie typowych objawów klinicznych (m.in. świerzb, ospę wietrzną, odrę) wskaźnik ten utrzymuje się na poziomie roku 2012.
- w 5% nie ustalono czynnika zakaźnego, (w 2012 r. wynosił on 13%), co może świadczyć o coraz lepszej diagnostyce laboratoryjnej, właściwych kwalifikacjach członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych i dobrej współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Najczęstsze czynniki alarmowe, które wywoływały ogniska epidemiczne w szpitalach, w ostatnich trzech latach, przedstawia wykres 13.

Wykres 13. Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w latach 2011–2013 w stosunku do łącznej liczby zgłoszonych ognisk.



Na podstawie przedstawionych wyżej danych liczbowych można stwierdzić, że *C. difficile* jest ostatnio najczęstszym czynnikiem alarmowym zgłaszanym w ogniskach epidemicznych zakażeń szpitalnych. W roku 2012 zarejestrowano 82 ogniska epidemiczne co stanowiło 27%, zaś w roku 2013 zgłoszone zostały ogniska epidemiczne w liczbie 112 co stanowiło 28,4% wszystkich zgłoszonych ognisk. Utrzymujący się trend wzrostowy występowania ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych *Clostridium difficile* oddaje trudności w zapobieganiu szerzeniu się tego drobnoustroju w środowisku szpitalnym.

Dane zawarte w literaturze wykazują, że z roku na rok zakażenia *Clostridium difficile* stają się coraz większym problemem na świecie nie tylko ze względu na stale rosnącą ilość zachorowań ale również ze względu na ciężkość ich przebiegu oraz oporność na stosowane leczenie, jak również rosnącą śmiertelność. Dlatego też każdy szpital powinien mieć możliwość wykonania badań w kierunku *Clostridium difficile*, a diagnostyka w tym kierunku powinna być wykonana u wszystkich pacjentów z biegunką u których występują czynniki ryzyka. Jak wynika z przeprowadzonych badań zamieszczonych w literaturze naukowej środowisko szpitalne jest jednym z głównych miejsc nabywania zakażeń *Clostridium difficile* i to zarówno form objawowych jak i bezobjawowych. W 2013 roku ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych *Clostridium difficile* zostały zgłoszone z 15 województw wyjątek stanowi województwo podlaskie, w którym nie odnotowano ognisk wywołanych przez ten drobnoustrój.

Wśród innych czynników etiologicznych ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych, podobnie jak w poprzednich latach, dominowały wirusy wywołujące ostre zakażenia żołądkowo-jelitowe, jednak ich udział w łącznej liczbie zgłoszonych ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych zmniejszył się z 25% w roku 2012 do 23,3% w roku 2013.

Zmniejszył się odsetek ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych wywoływanych przez norowirusy – z 7% w 2012 roku do 5,8% w 2013 roku, jak również rotawirusy z 18% w 2012 roku do 17,5% w 2013 roku.

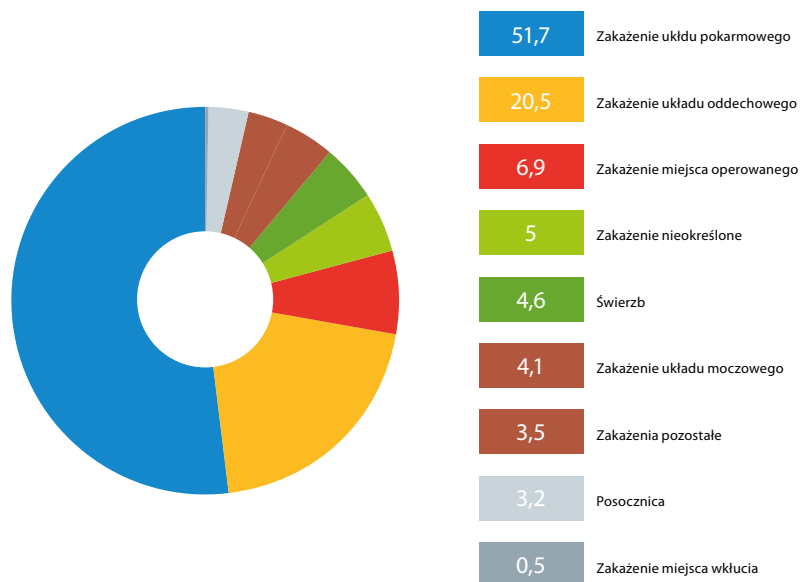
W porównaniu z ubiegłym rokiem, w roku 2013 odnotowano niewielkie zmiany w zakresie poniższych czynników wywołujących ogniska epidemiczne zakażeń szpitalnych:

- wzrost liczby ognisk wywołanych przez: *Klebsiella pneumoniae* ESBL z 14 (4,7%) do 38, co stanowi 9,6% ogółu zgłoszonych ognisk, *Pseudomonas aeruginosa* z 3 (1%) do 7 co stanowi 1,8%, *Enterococcus faecium* VRE z 4 (1,3%) do 9 (2%) i *Klebsiella pneumoniae* z 3 (1%) w 2012 r. do 5 (1,7%) w 2013 r.,
- spadek liczby ognisk wywołanych przez: *Staphylococcus aureus* MRSA z 11 (3,7%), do 10 (2,5%),
- osobną grupę stanowią ogniska epidemiczne wywołane przez *Klebsiella pneumoniae* KPC – w roku 2012 zgłoszono 4 ogniska epidemiczne co stanowi 1,3%, natomiast w roku 2013 zgłoszono 5 ognisk epidemicznych, co stanowi 1,7% ogółu zgłoszonych ognisk.
- wzrost liczby ognisk wywołanych wirusem grypy A/H1N1 z 2(0,7%) w roku 2012, do 16 co stanowi 4% ogółu zgłoszonych ognisk w roku 2013.

Pod względem postaci klinicznych zakażeń w ogniskach epidemicznych zakażeń szpitalnych, zgodnie z wykresem 14:

- zakażenia przewodu pokarmowego w 2012 r. i 2013 stanowiły 52% ogółem zgłoszonych ognisk, wskaźnik ten utrzymuje się na tym samym poziomie i związany jest ze wzrostem liczby ognisk wywołanych przez *Clostridium difficile*.
- zakażenia układu oddechowego stanowiły w 2013 roku 20,5%, w 2012 r. 13,7% (głównym czynnikiem wywołującym zakażenia układu oddechowego szczególnie u pacjentów poddawanych leczeniu respiratorem był *Acinetobacter baumannii*) oraz wirus grypy A/H1N1.
- zakażenia miejsca operowanego stanowiły w 2013 r. 6,9%, w 2012 r. 6,3%, (czynnikami alarmowymi najczęściej wywołującymi zakażenia miejsca operowanego w 2013 r. były: *Klebsiella pneumoniae* ESBL, *Staphylococcus aureus* MRSA, *Enterococcus faecium* VRE),
- zakażenia układu moczowego w 2013 roku 4,1%, w 2012 r. 4,7% (głównym czynnikiem wywołującym zakażenie to *Klebsiella pneumoniae* ESBL).

Wykres 14. Ogniska wg postaci klinicznej zakażenia w 2013 roku.



Zakażenia szpitalne stanowią wyzwanie dla współczesnej medycyny, a zrozumienie ważności tej problematyki przez personel podmiotów leczniczych poprzez bieżący monitoring czynników alarmowych, ustawiczne szkolenia personelu pozwolą zminimalizować ryzyko zakażeń pacjentów i personelu, a tym samym podnieść jakość usług medycznych w szpitalach.

Należy podkreślić, iż w ostatnich latach obserwuje się narastający w polskich szpitalach problem lekooporności drobnoustrojów na dostępne antybiotyki, a także wzrost liczby pacjentów zakażonych patogenami wielolekoopornymi jak *Enterobacteriaceae*, trudnymi do wyeliminowania ze środowiska szpitalnego. Biorąc pod uwagę powyższe Główny Inspektor Sanitarny, w ramach ustawowych kompetencji, m.in.: skierował pismo do Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych o zorganizowanie spotkań z przedstawicielami komitetów kontroli zakażeń szpitalnych z udziałem Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia celem wypracowania wspólnych działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjentów i personelu podmiotów leczniczych na nadzorowanym terenie.

## 15. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce

Obowiązkowe szczepienia ochronne są skuteczną i generalnie powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej). Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest wysoki odsetek zaszczepionych osób (zwykle odporność populacyjną osiąga się przy zaszczepieniu wysokiego odsetka populacji – tj. co najmniej 95%), co skutecznie zapobiega szerzeniu się zakażeń nie tylko na osoby uodpornione w drodze szczepienia, ale również na osoby, które ze względu na przeciwwskazania zdrowotne nie mogą być przeciw nim szczepione lub osoby, które pomimo prawidłowo przeprowadzonego szczepienia nie wykształciły odporności immunologicznej. Obowiązkowe szczepienia ochronne prowadzą do wykorzenienia w przyszłości wybranych chorób zakaźnych. Obecnie we współpracy z WHO planuje się wykorzenienie poliomyelitis i odry, a w dalszej perspektywie różyczki.

Zapewnienie wysokiego odsetka osób uodpornionych w populacji jest wspierane działaniami oświatowo-zdrowotnymi propagującymi wiedzę o roli szczepień w zapobieganiu chorobom zakaźnym, lecz jednocześnie zostało zabezpieczone prawnym obowiązkiem poddawania się szczepieniom ochronnym oraz przewidzianymi prawem środkami egzekucji administracyjnej wykonania tego obowiązku oraz odpowiedzialnością karną za uporczywe uchylanie się od jego realizacji.

Polska, podobnie jak inne kraje, od wielu lat realizuje program powszechnych szczepień ochronnych. Jest on systematycznie modyfikowany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z uwzględnieniem możliwości finansowych budżetu Ministra Zdrowia. Obowiązek poddawania się szczepieniom ma charakter powszechny i podlegają mu osoby przebywające na terenie Polski przez okres dłuższy niż 3 miesiące. Wykaz obowiązkowych szczepień ochronnych i grupy osób obowiązanych do poddania się tym szczepieniom zostały określone w przepisach prawa. Taki sposób uregulowania obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym przeciwko wybranym chorobom zakaźnym powielany w kolejnych regulacjach prawnych z niewielkimi zmianami funkcjonuje w Polsce od 50 lat.

Corocznie ogłaszany jest przez Głównego Inspektora Sanitarnego, w drodze komunikatu, Program Szczepień Ochronnych, przeznaczony dla lekarzy i pielęgniarek będących realizatorami obowiązkowych szczepień ochronnych. Jest to dokument o charakterze technicznym i zawierający informacje oraz wytyczne nt. sposobu realizacji obowiązku zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w tym szczegółowe wskazania dotyczące stosowania poszczególnych szczepionek do szczepień obowiązkowych i zalecanych, zgodnie z rekomendacjami Rady Sanitarnej-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym i Zespołu Pediatrycznego ds. Programu Szczepień Ochronnych przy Ministrze Zdrowia. Sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych w Polsce wskazuje na konieczność modyfikowania zakresu szczepień obowiązkowych poprzez wprowadzenie dodatkowych szczepień przeciw krztuścowi dla dzieci i młodzieży powyżej 7 roku życia, wprowadzenie szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B dla osób w okresie schyłkowej niewydolności nerek (z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min) i wszystkich osób dializowanych, wprowadzenie obowiązku szczepień przeciw ospie wietrznej u wszystkich dzieci do ukończenia 3 roku życia przebywających w żłobkach i klubach dziecięcych oraz w przedszkolach, a także u dzieci do ukończenia 12 roku życia przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych, w rodzinnych domach dziecka, w domach dla matek z małoletnimi dziećmi lub dla kobiet w ciąży, w domach pomocy społecznej, w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, w placówkach opiekuńczo-terapeutycznych i w interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych. Ponadto eksperci rekomendują rozszerzenie kalendarza szczepień obowiązkowych o powszechne szczepienia przeciwko *Streptococcus pneumoniae* (pneumokokom) dzieci do 2 roku życia, oraz szczepionki wysokoskojarzone.

Coroczna szczegółowa analiza wykonania szczepień ochronnych w Polsce jest przeprowadzana na podstawie danych uzyskanych z przeprowadzanego co roku sprawozdania z wykonania szczepień ochronnych, którego wzór i terminy sporządzania określają przepisy o statystyce publicznej (druk MZ-54). Analiza ta uwzględnia m.in.:

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

Na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego wyniki analizy są corocznie publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie (NIZP-PZH) w biuletynie pt „Szczepienia Ochronne w Polsce”, który stanowi główne źródło informacji o realizacji szczepień ochronnych w Polsce. Dane dot. zaszczepienia populacji i niepożądanych odczynów poszczepiennych w 2013 roku będą dostępne w II połowie 2014 roku, w tym również na stronie internetowej NIZP-PZH ([www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl)).

Niepokojącą nową tendencją jest obserwowany na przestrzeni kolejnych minionych lat wzrost liczby osób uchylających się od wykonania obowiązku poddawania dzieci szczepieniom ochronnym. Wzrost ten koreluje z narastającą aktywnością ruchów antyszczepionkowych. Do grupy osób uchylających się nie są wliczane osoby, u których stwierdzono w orzeczeniu lekarskim czasowe lub trwałe przeciwwskazania do przeprowadzania szczepień ochronnych dające podstawę dla odroczenia lub zaniechania przeprowadzania szczepień ochronnych, co powoduje, że faktyczna liczba osób nieuodpornionych w populacji jest większa. Na przestrzeni lat wcześniejszych corocznie stwierdzano ok. 3 000 osób uchylających się od poddania się obowiązkowemu szczepieniu. W 2011 roku od wypełnienia obowiązku szczepienia uchylało się 4 689 osób, podczas gdy 2012 roku już 5 340 osób. Jednak wskazać należy, że liczba osób uchylających się od wykonania obowiązku szczepienia stanowi średnio ok. 0,04% populacji nim objętej.

W związku z odbywającymi się dyskusjami wokół znaczenia szczepień ochronnych w Polsce, w umacnianiu zdrowia populacji oraz z uwagi na pojawiające się w mediach informacje na temat zagrożeń związanych z występowaniem chorób zakaźnych (np. grypa świń, grypa ptaków), Krajowy Komitet ds. Pandemii Grypy podczas dotychczasowych posiedzeń wyraźnie popierał propozycję przeprowadzenia w Polsce kampanii na rzecz promowania szczepień ochronnych, w tym przeciw grypie. Potrzeba taka wielokrotnie była podnoszona także na forum m. in. Rady Sanitarnej-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym, Sejmowej i Senackiej Komisji Zdrowia. Prośby o przedstawienie wiarygodnych informacji na temat szczepień ochronnych artykułowane są także przez społeczeństwo m.in. na forach internetowych, w wystąpieniach kierowanych do organów administracji państwowej, bo za sprawą ruchów antyszczepionkowych, prowadzona jest nie zawsze rzetelna, społeczna dyskusja wokół znaczenia szczepień ochronnych dla zdrowia ludzi. Mając na względzie ww. przesłanki Główny Inspektorat Sanitarny podjął inicjatywę mającą na celu opracowanie merytorycznych założeń kampanii informacyjno-edukacyjnej oraz wdrożyć w 2013 r. akcję informacyjną nacelowaną na zapobieganie chorobom zakaźnym, którym można przeciwdziałać na drodze szczepień ochronnych pod hasłem: *Zaszczep w sobie chęć szczepienia*.

Celem obu inicjatyw jest zwiększenie zaufania społeczeństwa do działań na rzecz profilaktyki chorób zakaźnych, podniesienie poziomu wiedzy w zakresie umiejętności zapobiegania chorobom zakaźnym, którym można przeciwdziałać na drodze szczepień ochronnych oraz wzrost poziomu świadomości dotyczącej korzyści wynikających ze szczepień. W ramach kampanii medialnej przygotowano spot informacyjny pt. „Zaszczep w sobie chęć szczepienia”. Emisja spotu została zaplanowana na okres 30 dni kalendarzowych i zrealizowana (w styczniu 2014 r.), w 20 miastach w Polsce.

**ZASZCZEP W SOBIE  
CHĘĆ SZCZEPIENIA**  
[www.szczepienia.gis.gov.pl](http://www.szczepienia.gis.gov.pl)

Akcja informacyjna „Zaszczep w sobie chęć szczepienia” jest realizowana od jesieni 2013 roku, poprzez uruchomienie strony internetowej (adres: [www.szczepienia.gis.gov.pl](http://www.szczepienia.gis.gov.pl)). Na portalu tym zamieszczane są rzetelne informacje na temat szczepień ochronnych, ze szczególnym uwzględnieniem bieżących problemów np. dotyczących kontroli bezpieczeństwa szczepionek, z omówieniem przez ekspertów. Informacje publikowane

na stronie internetowej wsparte są autorytetami z dziedziny wakcynologii. Adresatami informacji są rodzice i opiekunowie dzieci oraz pracownicy sektora ochrony zdrowia, w tym: lekarze rodzinni, pediatrzy, położne, pielęgniarki środowiskowe.

Zakłada się, że efektem obu prowadzonych działań powinno być zwiększenie poziomu wiedzy społeczeństwa w zakresie szczepień ochronnych oraz poprawa dostępu do informacji na temat Programu Szczepień Ochronnych. Planuje się, że Akcja informacyjna „Zaszczep w sobie chęć szczepienia” stanie się docelowo trwałym elementem działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie promocji szczepień ochronnych.

Dystrybucja szczepionek w Polsce prowadzona jest w oparciu o przepisy prawa, które określają sposób przekazywania i przechowywania szczepionek przez wskazane do tego podmioty, tj.:

1. Centralny Dystrybutor (Centralna Baza Rezerw Sanitarnej-Przeciwpidemicznych w Porębach – CBR), przechowuje i zapewnia transport szczepionek zakupionych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na obszarze całego kraju. Koordynatorem przekazywania szczepionek na obszarze kraju jest GIS,

2. Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne przekazują szczepionki powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym. Koordynatorem przekazywania szczepionek na obszarze województwa jest państwowy wojewódzki inspektor sanitarny,
3. Powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przekazują szczepionki świadczeniodawcom przeprowadzającym obowiązkowe szczepienia ochronne. Koordynatorem przekazywania szczepionek na obszarze powiatu jest państwowy powiatowy inspektor sanitarny.

Zakupu szczepionek do realizacji PSO dokonuje Minister Zdrowia, następnie preparaty te są transportowane i przechowywane z zachowaniem łańcucha chłodniczego. Centralny Dystrybutor zapewnia transport szczepionek do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, a także co roku przedkłada Ministrowi Zdrowia i Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu raport z realizacji harmonogramów dostaw szczepionek do magazynów WSSE w kraju. Kilkuletnie działania, wszystkich podmiotów zajmujących się koordynowaniem i dystrybucją szczepionek w Polsce doprowadziły do ograniczenia kumulacji nieodebranych szczepionek z magazynów Centralnego Dystrybutora. Podejmowanie stosownych działań skutkowało ograniczeniem użycia szczepionek i racjonalnym wykorzystaniem preparatów szczepionkowych do realizacji PSO w Polsce.

W 2013 roku w związku z prowadzonym nadzorem nad zużyciem szczepionek służących realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce, analizowano stany magazynowe szczepionek, koordynowano ich dystrybucję na poziomie centralnym oraz podejmowano działania związane z bieżącą wymianą szczepionek opatrzonych krótkim terminem ważności, w celu zapewnienia płynności dostaw szczepionek do punktów szczepień oraz uniknięcia utylizacji szczepionek z kończącym się terminem ważności.

W Polsce jest utrzymywana i odnawiana także rezerwa preparatów szczepionkowych na wypadek wystąpienia nieprzewidzianych sytuacji o charakterze ogniska epidemicznego, zwana rezerwą przeciwepidemiczną. Rezerwa ta jest uruchamiana w miarę potrzeb w celu niezwłocznego podjęcia szczepień przeciw chorobom zakaźnym w sytuacji, o której mowa w przepisach prawa. Główny Inspektor Sanitarny, biorąc pod uwagę zmienność sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w kraju i na świecie określili zgodnie z rekomendacjami Rady Sanitarno-Epidemiologicznej także wielkość rezerwy przeciwepidemicznej na rok 2013 co uwzględnił w złożonym zapotrzebowaniu na szczepionki do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych w 2013 roku.

W związku z decyzjami Głównego Inspektora Farmaceutycznego dotyczącymi wycofania w obrocie na terenie całego kraju wybranych partii preparatów szczepionkowych (tj. szczepionki Tripacel, szczepionka przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi, nr serii C4007 AK, data ważności 04.2014 r. szczepionki Euvax B 0.5 ml, zawiesina do wstrzyknięć 0,5 ml, nr serii UFA 12001, data ważności 01.2015 r.), pracownicy Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej i Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili na terenie Polski audyt zewnętrzny magazynów szczepionkowych, wojewódzkich i powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Na podstawie przesłanych raportów z przeprowadzonych kontroli na terenie województw dokonano oceny:

- transportu i dystrybucji szczepionek;
- warunków przechowywania preparatów szczepionkowych, w tym stan sanitarno-techniczny i zabezpieczenia pomieszczeń magazynowych oraz stanu urządzeń chłodniczych;
- systemu monitorowania warunków przechowywania szczepionek oraz postępowania w przypadku wystąpienia awarii urządzeń chłodniczych;
- systemu monitorowania temperatury w urządzeniach chłodniczych;

- wdrożenia procedur i instrukcji w stacjach WSSE i PSSE;
- lokalizacji magazynów, powierzchni magazynów szczepionkowych oraz oceny stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń magazynowych;
- zabezpieczenia urządzeń chłodniczych na wypadek przerw w zasilaniu;
- rozmieszczenia preparatów szczepionkowych w komorach chłodniczych i urządzeniach chłodniczych.

Stwierdzono, że stan sanitarno-techniczny magazynów szczepionkowych nie budził zastrzeżeń. Wyposażenie magazynów oraz panujące w nich warunki zapewniały przechowywanie szczepionek zgodnie ze wskazaniami producentów. Pomieszczenia były właściwie wyposażone i zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych. We wszystkich magazynach szczepionek na terenie województw zapewniony był monitoring temperatury przechowywania szczepionek. Wszystkie stacje sanitarno-epidemiologiczne posiadały zapasowe źródło prądu oraz zapasowe urządzenia chłodnicze na wypadek przerwy w dostawie prądu lub awarii urządzeń chłodniczych. Nadzór nad dystrybucją szczepionek został powierzony wyznaczonemu wykwalifikowanemu personelowi stacji. Transport i dystrybucję preparatów szczepionkowych prowadzono prawidłowo, z zachowaniem łańcucha chłodniczego. Najnowocześniejsze systemy służące do monitorowania warunków przechowywania szczepionek posiadały WSSE w Szczecinie, Bydgoszczy, Lublinie, Gorzowie Wielkopolskim, Kielcach, Katowicach. Pomimo płynącego z raportu pokontrolnego wniosku, iż nie wszystkie stacje posiadają najnowsze i najnowocześniejsze systemy służące do nadzoru nad przechowywaniem i transportem preparatów szczepionkowych, to jednak wszystkie stacje w pełni zapewniają na bieżąco bezpieczeństwo dystrybucji preparatów szczepionkowych.

W celu utrzymania immunogenności szczepionek organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działają w zorganizowanym systemie dystrybucji, prowadząc stały nadzór w tym zakresie, który jest gwarantem utrzymania zalecanych przez producenta warunków transportu i magazynowania szczepionek od producenta do punktu szczepień. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzają kontrole w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w związku z procesem dystrybucji szczepionek zakupywanych centralnie do realizacji Programu Szczepień Ochronnych w Polsce.



Jednym z ważniejszych elementów skutecznego nadzoru nad dystrybucją preparatami szczepionkowymi na poziomie stacji sanitarno-epidemiologicznych, jest Elektroniczny System Nadzoru nad Dystrybucją Szczepionek (ESNDS). System ten zapewnia nadzór nad zasobami szczepionek zakupywanych przez Ministra Zdrowia, ich dystrybucją i efektywnym wykorzystaniem do realizacji szczepień ochronnych, umożliwia jednocześnie swym zakresem raportowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych i przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. System został opracowany w celu zapewnienia jednolitego obiegu dokumentacji dotyczącej realizacji szczepień ochronnych, obrotu szczepionkami zakupionymi do realizacji PSO w Polsce oraz uzyskania bieżących danych o ich dostępności i rozmieszczeniu, pozwalając na sprawne prowadzenie nadzoru bieżącego nad realizacją szczepień w Polsce. W 2013 roku trwały w całym kraju prace nad usprawnianiem funkcjonowania ESNDS.

# STAN SANITARNY ZAKŁADÓW ŻYWNOSCI, ŻYWIENIA I PRZEDMIOTÓW UŻYTKU

## 1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2013 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmowały nadzorem **384 572** obiekty żywności, żywienia i przedmiotów użytku, w tym:

- 22 545 zakładów produkcji żywności, w tym m.in.: 5 697 piekarni, 3 150 ciastkarni,
- 241 901 obiektów obrotu żywnością, w tym m.in.: 148 410 sklepów spożywczych, 26 539 środków transportu żywności,
- 77 733 zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego, w tym m.in.: 42 560 zakładów małej gastronomii,
- 39 483 zakłady żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym m.in.: 1 027 bloków żywienia w szpitalach, 157 kuchni niemowlęcych, 1 096 stołówek w żłobkach i domach małego dziecka, 10 797 stołówek szkolnych, 10 730 stołówek w przedszkolach, 894 zakłady usług cateringowych oraz 3 391 innych zakładów żywienia,
- 4 099 wytwórni i miejsc obrotu przedmiotami użytku,
- 3 621 obiektów produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami, w tym m.in. 241 zakładów produkcji i konfekcjonowania kosmetyków.

W nadzorowanych zakładach przeprowadzono **330 756** kontroli sanitarnych, w tym **36 781** kontroli interwencyjnych. Wydano **41 942** decyzje nakazujących usunięcie stwierdzonych uchybień, w tym **864** decyzje przerwania działalności całego lub części zakładu. Winnych zaniedbań sanitarnych ukarano **23 614** mandatami, na łączną kwotę 4 931 250 PLN.

Porównanie stanu sanitarnego obiektów w latach 2004–2013 przedstawia tabela 6.

**Tabela 6.** Odsetek obiektów żywności i żywienia o stanie sanitarnym niezgodnym z wymaganiami w latach 2004–2013.

Lata	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Odsetek obiektów o złym stanie sanitarnym	8,6	2,9	2,3	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	1,7	1,7

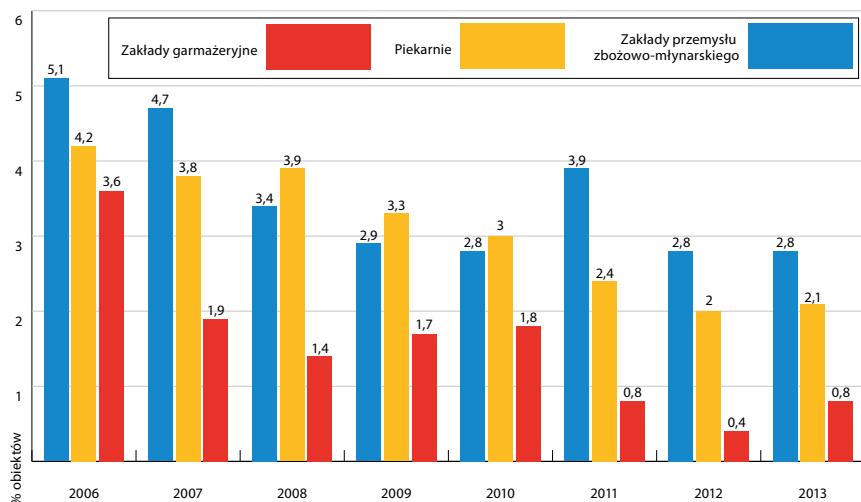
Na podstawie przedstawionych wyżej danych liczbowych można stwierdzić, że w latach 2009–2012 następowała stopniowa poprawa stanu sanitarnego zakładów produkcji i obrotu żywnością. W 2013 r. odsetek obiektów o niewłaściwym stanie sanitarnym nie zmienił się w porównaniu z rokiem 2012.

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

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

Odsetek obiektów niespełniających wymagań sanitarnych w wybranych grupach obiektów w latach 2005–2013 przedstawia wykres 15.

Wykres 15. Odsetek obiektów niezgodnych z wymaganiami w wybranych grupach obiektów w latach 2005–2013.



Na podstawie szczegółowych danych przedstawionych w tabeli 7, w której porównano stan sanitarny poszczególnych grup zakładów żywności, żywienia i przedmiotów użytku oraz środków transportu żywności w latach 2012–2013, odnotować należy niewielką poprawę w stosunku do roku 2012 stanu sanitarnego: browarów i słodowni (o 2,1%), automatów do lodów (o 0,1%), środków transportu (o 0,1%). Na pozytywne podkreślenie zasługuje fakt poprawy stanu sanitarnego zakładów żywienia otwartego o 0,1%.

W grupie zakładów żywienia zbiorowego skontrolowano 29 635 obiektów. Stan sanitarny tych zakładów uległ niewielkiemu pogorszeniu w stosunku do roku poprzedniego (o 0,1%). Budzi niepokój dyskwalifikacja 86 zakładów, co stanowi 0,37% obiektów tego typu (w 2012 r. – 0,34%), w tym m.in. 0,3% bloków żywienia w szpitalach działających w systemie cateringowym (w 2012 r. – 0,32%), 0,36% bloków żywienia w domach opieki społecznej (w 2012 r. – 0,19%), 0,59% stołówek w żłobkach i domach małego dziecka, w których w roku ubiegłym nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości, 0,82% stołówek pracowniczych (w 2012 r. – 1,82%), 0,29% bloków żywienia w szpitalach (w 2012 r. – 0,45%).

Tabela 7. Stan sanitarny obiektów żywności, żywienia i przedmiotów użytku w latach 2012–2013.

Lp	Rodzaj obiektów	% obiektów o niewłaściwym stanie sanitarnym w latach		Różnica
		2012	2013	
1	Wytwornie lodów	-	0,3	0,3
2	Automaty do lodów	0,5	0,4	-0,1
3	Wytwornie tłuszczów roślinnych i mieszanin tłuszczów zwierzęcych z roślinnymi	-	3,3	3,3
4	Piekarnie	2	2,1	0,1
5	Ciastkarnie	0,7	1	0,3
6	Przetwornie owocowo-warzywne i grzybowe	0,3	0,8	0,5
7	Browary i słodownie	2,1	-	-2,1
8	Wytwornie napojów bezalkoholowych i rozlewnie piwa	-	-	-
9	Wytwornie naturalnych wód mineralnych, naturalnych wód źródłanych i wód stołowych	-	-	-
10	Zakłady garmazeryjne	0,4	0,8	0,4
11	Zakłady przemysłu zbożowo-młynarskiego	2,8	2,8	bz
12	Wytwornie makaronów	-	-	-
13	Wytwornie wyrobów cukierniczych	0,3	0,7	0,4
14	Wytwornie koncentratów spożywczych	-	-	-
15	Wytwornie octu, majonezu i musztardy	-	-	-
16	Wytwornie chrupek, chipsów i prażyniek	-	-	-
17	Wytwornie suplementów diety	-	-	-
18	Wytwornie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	-	-	-
19	Wytwornie substancji dodatkowych	-	-	-
20	Cukrownie	-	-	-
21	Inne wytwornie żywności	0,5	0,8	0,3
22	Sklepy spożywcze	2,8	2,9	0,1
23	Kioski spożywcze	1,3	1,5	0,2
24	Magazyny hurtowe	1,1	1,1	bz
25	Obiekty ruchome i tymczasowe	1,4	1,6	0,2
26	Środki transportu	0,1	-	-0,1
27	Inne obiekty obrotu żywnością	1,5	0,6	-0,9
28	Zakłady żywienia zbiorowego otwarte	1,4	1,3	-0,1
29	Zakłady żywienia zbiorowego zamknięte	0,3	0,4	0,1
30	Razem (obiekty żywności i żywienia)	1,7	1,7	b.z.
31	Wytwornie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	0,3	0,3	b.z.
32	Miejsca obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością	-	-	-
33	Obiekty produkcji, konfekcjonowania i obrotu kosmetykami	0,1	0,1	b.z.
<b>OGÓŁEM – obiekty objęte nadzorem</b>		<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>b.z.</b>

- brak przypadków

b.z. bez zmian

W roku 2013 skontrolowano 8 376 stołówek szkolnych, z których 23 oceniono jako niezgodne z obowiązującymi wymaganiami higieniczno-sanitarnymi, co stanowi 0,32% (w 2012 r. – 0,35%).

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

## 2. Ogólna ocena obiektów żywności i żywienia

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

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

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

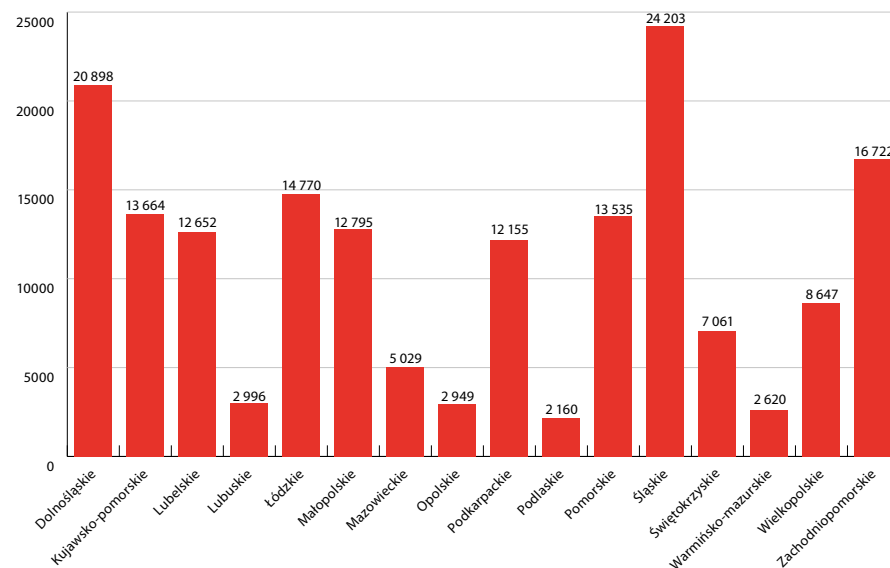
W skali całego kraju zasady GHP/GMP wdrożyło 298 408 zakładów, co stanowi 78,33% nadzorowanych obiektów żywności i żywienia (w 2012 r. – 74,23%). Pozostałe zakłady są w trakcie wdrażania i opracowywania stosownej dokumentacji.

Natomiast system HACCP wprowadziło 172 856 nadzorowanych obiektów, co stanowi 45,37% nadzorowanych obiektów żywności i żywienia (w 2012 r. – 41,11%). Najwyższy odsetek obiektów z wdrożonym system HACCP stwierdzono w województwach: zachodniopomorskim 77,76% (w 2012 r. – 70,4%), dolnośląskim 74,7% (w 2012 r. – 72,34%), kujawsko-pomorskim 72,36% (w 2012 r. – 61,88%), podkarpackim 70,42% (w 2012 r. – 68,5%), lubelskim 63,01% (w 2012 r. – 44,88%).

Wdrażanie systemu HACCP w rozbiciu na poszczególne województwa przedstawia wykres 16.



Wykres 16. Odsetek obiektów z wdrożonym systemem HACCP w poszczególnych województwach.



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

## 3. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2013 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8 617 środków transportu żywności, spośród których 1 (0,04%) oceniono jako niezgodny z wymaganiami higieniczno-sanitarnymi (w 2012 r. – 0,13%).

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

## 4. Jakość zdrowotna środków spożywczych

W porównaniu do roku ubiegłego, w 2013 r. jakość zdrowotna środków spożywczych wprowadzanych do obrotu w kraju uległa poprawie.

Sytuację w odniesieniu do środków spożywczych w latach 2010–2013 przedstawia tabela 8.



Tabela 8. Jakość zdrowotna środków spożywczych.

Lata	Środki spożywcze razem		W tym					
			krajowe		importowane		UE	
	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %
2010	66 913	3,56	56 088	3,56	7 456	3,66	3 369	3,32
2011	70 075	3,0	57 373	2,9	8 438	3,8	4 264	3,0
2012	67 665	4,02	55 426	3,95	7 285	5,2	4 954	3,1
2013	67 036	2,89	54 453	2,87	8 274	3,55	4 309	1,88

W 2013 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 67 036 próbek środków spożywczych, z których 2,89% nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej (w 2012 r. – 4,02%).



Jakość zdrowotną środków spożywczych w rozbiciu na krajowe, importowane oraz wyprodukowane w Unii Europejskiej przedstawioną jako odsetek próbek zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2013 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną – w podziale na asortymenty – przedstawia tabela 9.

Z ww. danych wynika, że nastąpiła poprawa jakości żywności, która jest szczególnie widoczna w grupach: drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory, kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe, zioła i przyprawy, wyroby garmażeryjne i kulinarne.

Niestety, w niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup: cukier i inne, ocet, tłuszcze roślinne, ziarna roślin oleistych, suplementy diety, sól spożywcza i jej zamienniki.

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

#### 4.1. Znakowanie środków spożywczych

Próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane są m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2012 r. na 35 017 ocenionych próbek – zakwestionowano 644, co stanowi 1,84% (w 2012 r. – 2,2%).

Tabela 9. Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2012 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		krajowych		UE		w tym: z importu	
		2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	2,95	2,63	3,01	2,64	-	2,86	6,67	-
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	12,52	4,5	12,17	-	36,96	-	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	2,36	1,61	2,42	1,94	4,48	0,63	0,84	0,38
4.	Mleko i przetwory mleczne	4,98	4,63	5,06	4,6	2,11	2,77	-	-
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	5,02	3,16	3,98	3,42	3,52	0,6	12,91	3,04
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	2,06	1,4	1,91	1,34	8,7	4,0	17,65	-
7.	Cukier i inne	-	3,57	-	3,85	-	-	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	-	-	-	-	-	-	-	-
9.	Orzechy, w tym arachidy	2,41	1,17	3,54	19,05	-	-	2,35	0,67
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1,5	1,41	1,86	1,63	0,24	0,42	-	0,87
11.	Owoce	2,49	1,61	1,58	1,23	3,37	1,69	3,48	2,03
12.	Grzyby	4,68	2,17	4,94	2,08	-	-	-	4,17
13.	Drożdże	-	-	-	-	-	-	-	-
14.	Napoje alkoholowe	2,76	0,5	11,76	0,74	0,09	-	-	-
15.	Ocet	-	1,85	-	1,01	-	11,11	-	-
16.	Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	4,36	3,92	4,34	3,96	1,85	2,33	40	-
17.	Tłuszcze roślinne	2,61	2,95	2,14	2,99	4,58	2,48	5,26	3,7
18.	Ziarna roślin oleistych	2,53	8,33	0,96	66,67	2,63	-	2,86	3,77
19.	Koncentraty spożywcze	1,53	1,36	1,55	1,48	-	-	3,45	-
20.	Majonezy, musztardy, sosy	0,77	-	1,03	-	-	-	-	-
21.	Zioła, przyprawy	2,43	1,88	3,1	0,76	3,14	2,9	1,04	3,28
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	10,94	6,83	2,31	1,05	-	-	15	10,5
23.	Wyroby garmażeryjne i kulinarne	3,77	2,5	3,82	2,55	-	-	-	-
24.	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	3,14	2,24	3,13	1,95	3,3	1,55	-	24,44
25.	Nowa żywność	-	-	-	-	-	-	-	-
26.	Suplementy diety	4,77	5,74	2,83	5,27	14,14	8,48	9,09	5,62
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	0,93	0,92	0,89	1,72	2	-	-	-
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	10,21	12,05	10,18	12,57	50	-	-	-
29.	Inne środki spożywcze	9,93	5,13	10,51	5,17	-	-	-	-
30.	Razem środki spożywcze	4,02	2,89						
31.	Środki spożywcze krajowe			3,95	2,87				
32.	Środki spożywcze UE					3,11	1,88		
33.	Środki spożywcze z importu							5,15	3,55

- brak przypadków

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

W 2013 r., podobnie jak w latach ubiegłych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadziły nadzór nad obrotem grzybami i przetworami grzybowymi, w sklepach spożywczych, warzywniczych, hurtowniach oraz nad targowiskową sprzedażą grzybów świeżych i suszonych. Obrót grzybami i przetworami grzybowymi na targowiskach w większości przypadków prowadzony był prawidłowo. Szczególnym nadzorem objęte były również przetwórnice warzywno-grzybowe. W czasie pełnienia nadzoru zwracano uwagę, czy oferowane do sprzedaży grzyby posiadały ważne atesty i były prawidłowo oznakowane.

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

W roku 2013 w Polsce zatruciu grzybami uległo 48 osób. W 10 przypadkach zatrucia spowodowane były spożyciem muchomora sromotnikowego. Odnotowano wystąpienie 1 zgonu po spożyciu muchomora sromotnikowego w woj. zachodniopomorskim (zgon nastąpił po przeszczepie wątroby, grzyby w tym ognisku spożywały 2 osoby).

#### Największą liczbę zatruc grzybami stwierdzono w województwach:

- lubelskim – 9
- zachodniopomorskim – 9
- opolskim – 5
- wielkopolskim – 5.

Zestawienie zatruc grzybami w Polsce w 2013 r. wg gatunków przedstawia tabela 10.

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

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

W 2013 r. zbadano 588 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych, z których zakwestionowano 1 próbkę ziarna soi – ze względu na niezgodność z rozporządzeniem (WE) nr 1829/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22 września 2003 r. w sprawie genetycznie zmodyfikowanej żywności i paszy.

Do badań pobrano próbki z produktów potencjalnie mogących zawierać GMO a nie oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, produkty zawierające w oznakowaniu informację o braku modyfikacji genetycznej oraz produkty oznakowane informacją o modyfikacji genetycznej, ale potencjalnie zawierające materiał GM niedopuszczony w UE. Do badań zostały pobrane produkty: z soi, kukurydzy i ryżu, warzywa, mięso, przetwory mięsne i drobiowe, wyroby cukiernicze i ciastkarskie, koncentraty spożywcze oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego w tym preparaty do początkowego i dalszego żywienia niemowląt oraz środki spożywcze uzupełniające obejmujące produkty zbożowe przetworzone i inne środki spożywcze dla niemowląt i małych dzieci.

Tabela 10. Zestawienie zatruc grzybami w Polsce wg gatunków w 2013 r.

GATUNEK GRZYBÓW	Miesiące												Liczba			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Ognisk	Zachorowań	Osób hospitalizowanych	Zgonów
<b>ZATRUCIA CYTOTROPOWE</b>																
Muchomor sromotnikowy									7	3			3	10	10	1
<b>ZATRUCIA NEUROTROPOWE</b>																
Krowiak podwinięty									1	1			2	2	2	-
Strzępiak					5		3		1				3	9	9	-
Muchomor czerwony									2	1			3	3	3	-
<b>O DZIAŁANIU GASTRYCZNYM</b>																
Lisówka pomarańczowa							1						1	1	1	-
<b>ZATRUCIA NIESWOISTE</b>																
Zatrucie gat. grzybów o nieustalonej przynależności					1		1	5	4		1		12	12	12	-
<b>ZATRUCIA GAT. GRZYBÓW O NIEUSTALONEJ PRZYNALEŻNOŚCI</b>																
Zatrucie gat. grzybów o nieustalonej przynależności					1		1	2	5	2			8	11	10	-
<b>RAZEM</b>					<b>6</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>1</b>

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

RASFF jest wspólnotowym systemem służącym do wymiany informacji, pomiędzy organami urzędowej kontroli o żywności, paszy i materiałach do kontaktu z żywnością, potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia ludzi, zwierząt lub środowiska i działaniach następczych prowadzonych w wyniku zidentyfikowania takich produktów.

##### System działa na podstawie przepisów:

- Rozporządzenia (WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiającego ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołującego Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiającego procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności,
- Rozporządzenia Komisji (UE) 16/2011 z dnia 10 stycznia 2011 r. ustanawiającego środki wykonawcze dla systemu wczesnego ostrzegania o niebezpiecznych produktach żywnościowych i środkach żywienia zwierząt,

Każdy członek sieci RASFF wyznacza krajowy punkt kontaktowy, reprezentujący dany kraj.

W Polsce, zgodnie z art. 85 ustawy 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.

Zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) nr 16/2011 zadaniem KPK RASFF w GIS jako członka sieci RASFF jest zapewnienie skutecznego działania sieci i skutecznej komunikacji na obszarze Polski.

Podstawą do podejmowania wszelkich działań i decyzji w ramach systemu RASFF jest prawodawstwo dotyczące żywności, pasz oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, a także naukowa ocena ryzyka związanego ze spożyciem niebezpiecznej żywności i pasz.

Przy zachowaniu właściwych kompetencji, odpowiednie inspekcje w Polsce kontrolują żywność, pasze oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością w celu wykrycia niebezpiecznych produktów niespełniających kryteriów ustanowionych w prawie polskim oraz unijnym. Jeśli produkty takie zostaną zidentyfikowane następuje bezzwłoczne podjęcie działań na poziomie lokalnym w celu wyeliminowania ryzyka spożycia produktów niebezpiecznych dla zdrowia oraz przekazanie wszelkich niezbędnych informacji do KPK RASFF w GIS.

KPK RASFF w GIS współpracuje z organami urzędowej kontroli żywności i pasz, Komisją Europejską oraz innymi Państwami Członkowskimi na zasadzie wzajemnego informowania o wykrytych produktach niebezpiecznych, co pozwala na podjęcie odpowiednich działań i tym samym ochronę zdrowia konsumentów.

W 2013 r. KPK RASFF w GIS otrzymał 435 powiadomień o niebezpiecznej żywności i paszach, w tym:

- 270 powiadomień zgłoszonych przez organy urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce;
- 165 powiadomień zgłoszonych przez inne kraje członkowskie sieci RASFF przekazanych za pośrednictwem Komisji Europejskiej.

Niebezpieczne produkty zgłaszane do KPK RASFF w GIS były najczęściej wykrywane podczas kontroli urzędowych na rynku (312 powiadomień). Znaczna część zagrożeń została zidentyfikowana przez samych przedsiębiorców w trakcie kontroli wewnętrznych (47 powiadomień), a także w czasie kontroli granicznych (w sumie 50 powiadomień). 20 powiadomień zgłoszono na podstawie zweryfikowanych przez organy urzędowej kontroli skarg konsumentów, 6 powiadomień dotyczyło produktów, które były prawdopodobnym źródłem zatruc pokarmowych.

Tabela 11.

Podstawa powiadomienia	Liczba powiadomień
kontrola na granicy – przesyłka uwolniona	6
kontrola na granicy – przesyłka zatrzymana	44
kontrola wewnętrzna przedsiębiorstwa	47
skargi konsumentów	20
urzędowa kontrola na rynku	312
zatrucia pokarmowe	6
<b>Suma końcowa</b>	<b>435</b>

Powiadomienia zgłaszane do RASFF dzielą się na alarmowe, informacyjne oraz powiadomienia o odrzuceniu na granicy.

- Powiadomienie alarmowe – przesyłane są w momencie, gdy żywność lub pasze stanowiące poważne zagrożenie znajdują się na rynku i niezbędne jest podjęcie natychmiastowych działań w tym zakresie.
- Powiadomienia informacyjne – są przesyłane w przypadku, gdy pozostali członkowie nie są zobowiązani do podjęcia natychmiastowych działań, ponieważ dany produkt nie jest dostępny na rynku lub też stopień zagrożenia jest niewielki.
- Powiadomienie o odrzuceniu na granicy oznacza powiadomienie o odrzuceniu partii, kontenera lub ładunku żywności lub paszy.

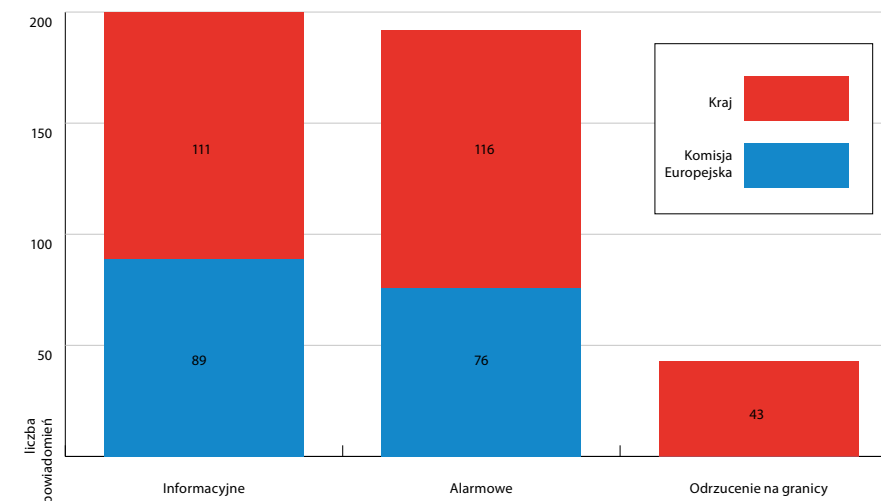
Organy urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce zgłosiły w 2013 r. do KPK RASFF w GIS 116 powiadomień alarmowych, 111 powiadomień informacyjnych oraz 43 powiadomienia o odrzuceniu na granicy.

Inne państwa członkowskie sieci RASFF zgłosiły w 2013 r. 76 powiadomień alarmowych oraz 89 powiadomień informacyjnych dotyczących niebezpiecznych produktów pochodzących z Polski lub dostarczonych do Polski, a pochodzących z innego kraju.

35 powiadomień zgłoszonych przez organy urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce dotyczyło niebezpiecznych materiałów do kontaktu z żywnością, 12 powiadomień dotyczyło pasz, 223 powiadomienia dotyczyły żywności.

Inni członkowie sieci RASFF, w odniesieniu do niebezpiecznych produktów pochodzących z Polski lub dostarczonych do Polski, a pochodzących z innego kraju, zgłosili 7 powiadomień dotyczących materiałów do kontaktu z żywnością, 7 powiadomień dotyczących pasz oraz 151 powiadomień dotyczących żywności.

Wykres 17. Powiadomienia zgłaszane do KPK RASFF w GIS.



#### 4.4.1. Analiza powiadomień zgłoszonych w 2013 r. do KPK RASFF w GIS przez organy urzędowej kontroli żywności i pasz w Polsce oraz innych członków sieci RASFF

Najwięcej powiadomień zgłoszonych do KPK RASFF w GIS odnosiło się do wykrytych patogennych mikroorganizmów. KPK otrzymał 134 powiadomienia zaklasyfikowane do tej kategorii zagrożeń.

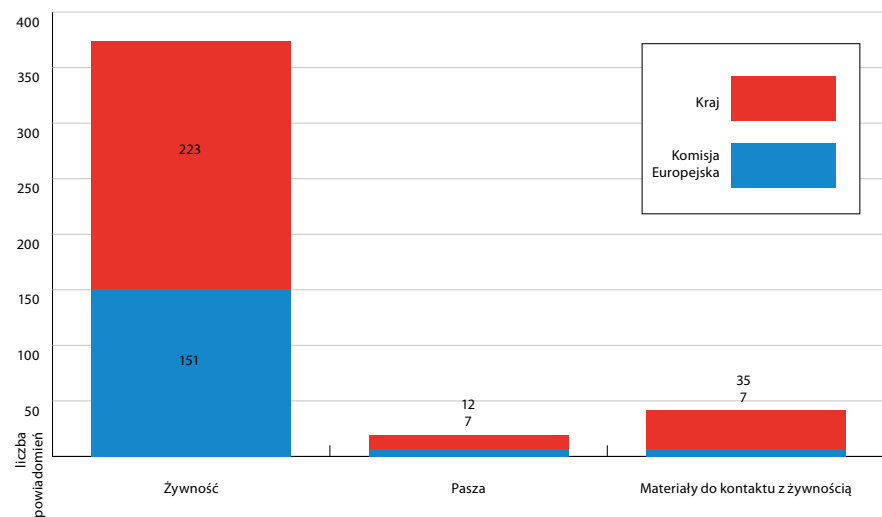
Patogenne mikroorganizmy najczęściej wykrywano w produktach zaliczanych do kategorii :

- mięso drobiowe i produkty z mięsa drobiowego – 65 powiadomień,
- mięso i produkty mięsne (inne niż drób) – 28 powiadomień,
- owoce i warzywa – 11 powiadomień,
- ryby i produkty rybne – 8 powiadomień,
- zioła i przyprawy – 6 powiadomień,
- materiały paszowe – 5 powiadomień.

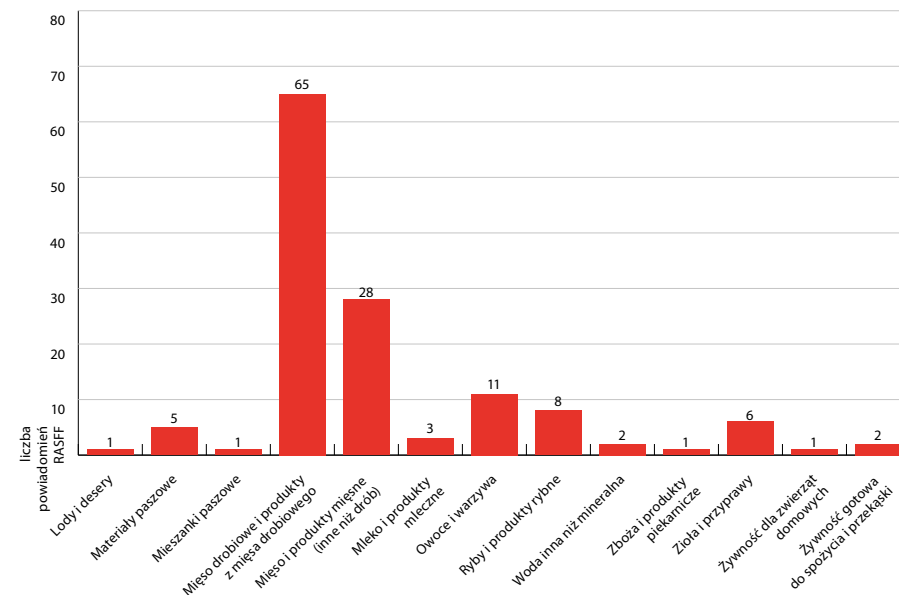
Wśród patogenów wykrywano przede wszystkim bakterie *Salmonella* (94 powiadomienia) oraz bakterie *Listeria monocytogenes* (20 powiadomień). Istotny udział miały również zgłoszenia dotyczące wirusów w żywności – 8 powiadomień odnośnie wirusa wirusowego zapalenia wątroby typu A oraz 4 powiadomienia w związku z wykryciem norowirusa.

Kolejną znaczącą liczbą powiadomień (41) dotyczyła wykrycia przekroczenia najwyższych dopuszczalnych poziomów pestycydów w żywności. W każdym przypadku zgłoszenia tego typu zagrożenia do KPK RASFF w GIS przez organy urzędowej kontroli żywności w Polsce przeprowadzana była ocena ryzyka przez ekspertów Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Jedynie w kilku przypadkach stwierdzone poziomy stanowiły zagrożenie dla zdrowia konsumentów. Gdy nie stwierdzano zagrożenia dla zdrowia konsumentów nie przyjmowano powiadomień do RASFF; działania były podejmowane poza systemem RASFF. Pozostałości pestycydów wykrywane były przede wszystkim w owocach i warzywach.

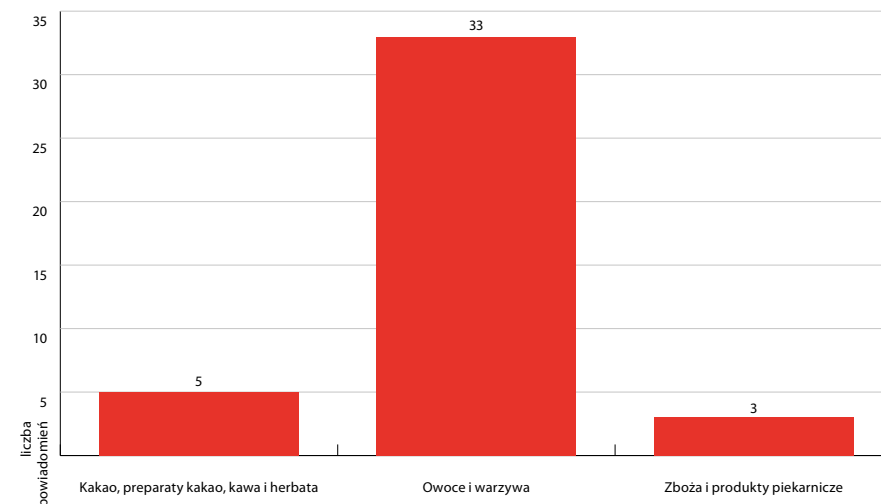
Wykres 18. Powiadomienia zgłaszane do KPK RASFF w GIS.



Wykres 19. Patogenne mikroorganizmy.

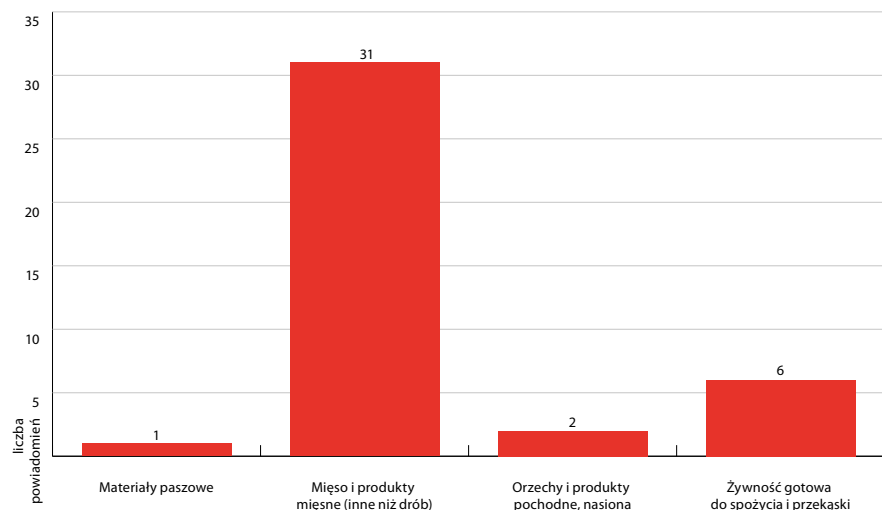


Wykres 20. Pozostałości pestycydów.



40 powiadomień przekazano do KPK RASFF w GIS w związku z wykrytymi zafałszowaniami lub oszustwami. Powiadomienia były związane w głównej mierze ze stwierdzanymi w 2013 r. przypadkami zafałszowania mięsa wołowego i produktów z udziałem mięsa wołowego – mięsem końskim. Produkty te były zgłaszane do RASFF z uwagi na niewiadome pochodzenie mięsa końskiego i potencjalne zagrożenie jakie mogło powodować to mięso. Dodatkowe badania nie potwierdziły jednak poważnego zagrożenia dla zdrowia konsumentów związanego ze spożyciem zafałszowanych produktów.

Wykres 21. Zafałszowanie / oszustwo.

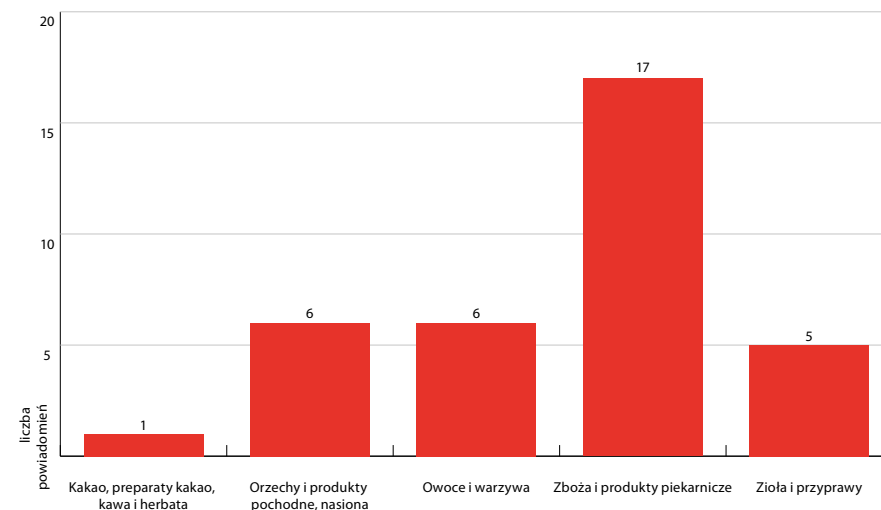


40 powiadomień zgłoszono do KPK RASFF w GIS ze względu na wykrycie migracji substancji szkodliwych dla zdrowia z wyrobów do kontaktu z żywnością. Wykrywano migrację: formaldehydu, ołowiu i/lub kadmu – głównie z obrzeża kubków i szklanek, pierwszorzędowych amin aromatycznych oraz niklu z wyrobów do kontaktu z żywnością pochodzących przede wszystkim z Chin.

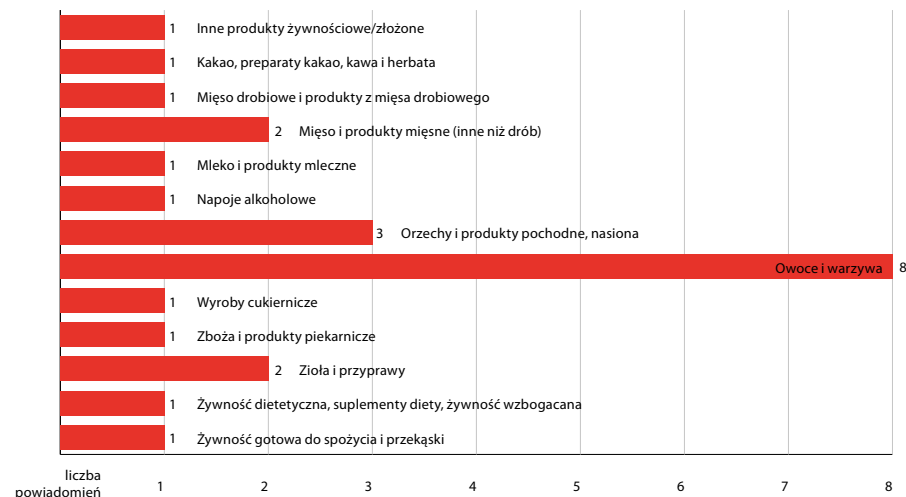
35 powiadomień zgłoszonych do KPK RASFF w GIS dotyczyło wykrycia przekroczenia dopuszczalnych poziomów mikotoksyn: aflatoksyn, ochratoksyny A, sumy fumonizyn oraz deoksyniwalenolu głównie w zbożach i produktach piekarniczych, a także w orzechach i produktach pochodnych, owocach i warzywach oraz ziołach i przyprawach.

24 powiadomienia zgłoszone do KPK RASFF w GIS dotyczyły stwierdzenia ciał obcych, w tym fragmentów szkła, szkodników i ich pozostałości oraz innych potencjalnie niebezpiecznych ciał obcych.

Wykres 22. Mikotoksyny.

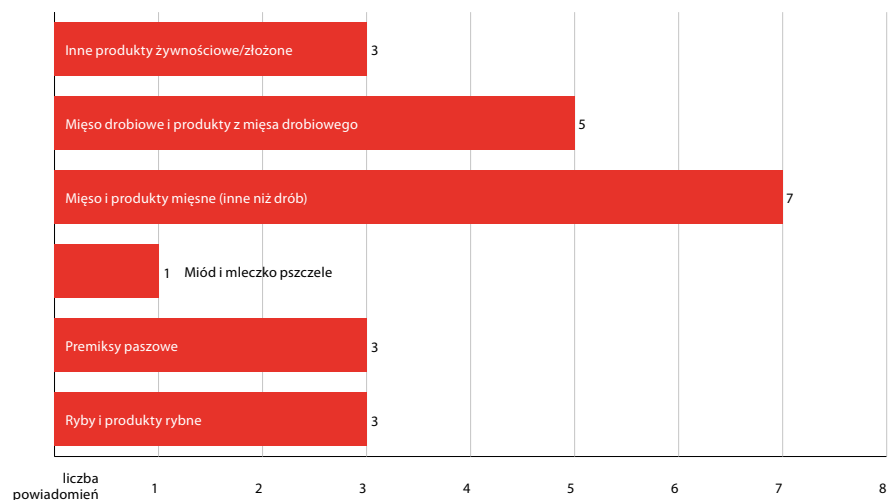


Wykres 23.



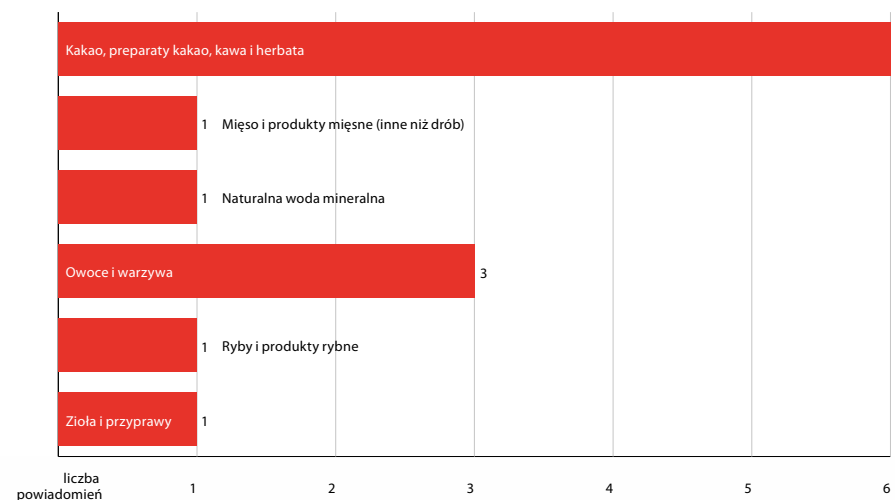
22 powiadomienia zgłoszone do KPK RASFF w GIS dotyczyły wykrycia niedopuszczalnych pozostałości leków weterynaryjnych takich jak chloramfenikol, doksycyklina, salinomycyna, enrofloksacyna, ciprofloksacyna, sulfadiazyna, dekokwinat w produktach zaliczanych do poniższych kategorii.

Wykres 24. Pozostałości leków w eterynaryjnych.



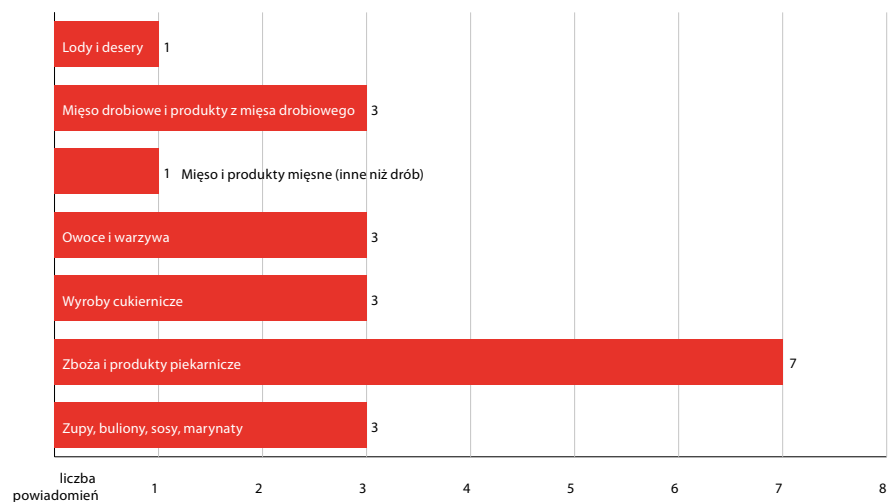
13 powiadomień zgłoszono do KPK RASFF w GIS ze względu na stwierdzenie obecności metali ciężkich na poziomie przekraczającym maksymalny dopuszczalny poziom. Wykrywano następujące metale ciężkie: rtęć, kadm, arsen i cyna w produktach zaliczanych do poniższych kategorii.

Wykres 26. Metale ciężkie.



20 powiadomień przekazano do KPK RASFF w GIS ze względu na wykrycie substancji alergennych, których obecności nie deklarowano na opakowaniu: jaj, soi, mleka, dwutlenku siarki, orzechów, glutenu.

Wykres 25. Alergeny.



Poniższa tabela zawiera dane dotyczące ilości powiadomień zgłoszonych do KPK RASFF w GIS z podziałem pod względem kategorii zagrożenia.

**Tabela 12.**

Kategoria zagrożenia	Suma
alergeny	21
bio-zanieczyszczenia	3
ciała obce	24
dodatki do żywności	7
gąbczaste postaci encefalopatii (TSEs)	3
GMO/nowa żywność	1
metale ciężkie	13
migracja	40
mikotoksyny	35
niedopuszczalny/nieautoryzowany składnik	1
niedopuszczalny/niepożądany składnik	10
nieokreślone/inne zagrożenia	5
nie-patogenne mikroorganizmy	8
niewłaściwe lub niewystarczające warunki kontrolne	4
opakowanie uszkodzone/niewłaściwe	1
oznakowanie niekompletne/niewłaściwe/brak	4
patogenne mikroorganizmy	134
pozostałości leków weterynaryjnych	22
pozostałości pestycydów	41
promieniowanie	4
zafałszowanie/oszustwo	40
zanieczyszczenia przemysłowe (inne)	6
zanieczyszczenie chemiczne (inne)	1
zmiany organoleptyczne	7
<b>Suma końcowa</b>	<b>435</b>

W kolejnej tabeli podano dane dotyczące ilości powiadomień zgłoszonych do KPK RASFF w GIS z podziałem pod względem kategorii produktu.

**Tabela 13.**

Kategoria produktu	Suma
dodatki paszowe	2
inne produkty żywnościowe/złożone	4
jaja i produkty pochodne	1
kakao, preparaty kakao, kawa i herbata	14
lody i desery	2
materiały do kontaktu z żywnością	42
materiały paszowe	11
mieszanki paszowe	2
mięso drobiowe i produkty z mięsa drobiowego	74
mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	76
miód i mleczo pszczele	1
mleko i produkty mleczne	5
napoje alkoholowe	1
napoje bezalkoholowe	3
naturalna woda mineralna	2
orzechy i produkty pochodne, nasiona	12
owoce i warzywa	73
premiksy paszowe	3
ryby i produkty rybne	20
tłuszcze i oleje	1
wino	1
woda inna niż mineralna	2
wyroby cukiernicze	8
zboża i produkty piekarnicze	31
zioła i przyprawy	19
zupy, buliony, sosy, marynaty	3
zwierzęce produkty uboczne	1
żywność dietetyczna, suplementy diety, żywność wzbogacana	10
żywność dla zwierząt domowych	2
żywność gotowa do spożycia i przekąski	9
<b>Suma końcowa</b>	<b>435</b>

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

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

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

W 2013 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 3,19% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2012 r. – 4,48%), w tym produkcji krajowej – 3,21% (w 2012 r. – 1,75%), wyprodukowanych w UE – 0,44% (w 2012 r. – 1,43%) oraz z importu – 3,8% (w 2012 r. – 6,29%).

Odsetek kosmetyków niespełniających wymagań jakości zdrowotnej wyniósł 1,39% (w 2012 r. – 2,53%), w tym produkcji krajowej – 1,46% (w 2012 r. – 2,24%), wyprodukowanych w UE – 0,65% (w 2012 r. – 4,37%) oraz z importu – 4,76% (w 2012 r. – nie kwestionowano).

W roku 2013 w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej otrzymały 13 powiadomień dotyczących kosmetyków uznanych za stwarzające zagrożenie dla zdrowia lub życia konsumentów.

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

W trzech przypadkach dotyczących kosmetyków zgłoszonych do KSIOK poinformowani zostali właściwi Państwowi Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni. Podjęte zostały działania mające na celu ustalenie, czy notyfikowane wyroby mogły znajdować się w obrocie na terenie kraju.

Jakość zdrowotną materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w roku 2013 przedstawia tabela 14.

Tabela 14. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz kosmetyków w 2013 r.

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek							
		Ogółem		krajowych		UE		w tym: z importu	
		2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Materiały opakowaniowe i opakowania do żywności	0,57	1,19	-	2,38	-	-	1,54	-
2.	Pozostałe wyroby do kontaktu z żywnością	4,99	3,41	2,27	3,39	1,52	0,46	6,65	4,11
3.	<b>Razem materiały i wyroby do kontaktu z żywnością</b>	<b>4,48</b>	<b>3,19</b>	<b>1,75</b>	<b>3,21</b>	<b>1,43</b>	<b>0,44</b>	<b>6,29</b>	<b>3,8</b>
4.	<b>Kosmetyki</b>	<b>2,53</b>	<b>1,39</b>	<b>2,24</b>	<b>1,46</b>	<b>4,37</b>	<b>0,65</b>	<b>-</b>	<b>4,76</b>

## 6. Ocena sposobu żywienia

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

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

Zasady racjonalnego żywienia oraz zalecane racje pokarmowe dla różnych grup ludności opracowują (zgodnie z kompetencjami i aktualnym stanem wiedzy) oraz publikują jednostki badawczo-rozwojowe podległe i nadzorowane przez Ministra Zdrowia, w tym głównie Instytut Żywności i Żywienia. Przy planowaniu i realizacji żywienia zbiorowego, korzystne jest posługiwanie się modelowymi racjami pokarmowymi, w których podane są ilości poszczególnych grup produktów spożywczych. Obecnie mają one formę zaleceń oraz spełniają rolę edukacyjną w praktycznej realizacji tego rodzaju żywienia.

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





Na podkreślenie zasługuje fakt, że sukcesywnie wzrasta liczba obiektów korzystających z usług cateringowych. W roku 2013 – organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały 894 zakłady usług cateringowych (w 2012 r. – 709, w 2011 r. – 612, w 2010 r. – 441, w 2009 r. – 311), które dostarczały posiłki do 8 155 obiektów (w 2012 r. – 7 039, w 2011 r. – 6 162, w 2010 r. – 5 107, w 2009 r. – 4 257), w tym: do 591 szpitali (w 2012 r. – 535, w 2011 r. – 521, w 2010 r. – 437, w 2009 r. – 413), do 51 sanatoriów (w 2012 r. – 51, w 2011 r. – 38, w 2010 r. – 33, w 2009 r. – 30), do 340 domów opieki społecznej (w 2012 r. – 306, w 2011 r. – 276, w 2010 r. – 323, w 2009 r. – 265), do 3 748 szkół (w 2012 r. – 3 362, w 2011 r. – 3 068, w 2010 r. – 2 706, w 2009 r. – 2 476) oraz do 3 425 przedszkoli (w 2012 r. – 2 785, w 2011 r. – 2 259, w 2010 r. – 1 608, w 2009 r. – 1 073).

W 2013 r. oceniono sposób żywienia w 8 120 zakładach żywienia zbiorowego i stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- wady jadłospisów i racji pokarmowych – w 14,55% próbek zbadanych teoretycznie (w 2012 r. – 14,86%),
- niewłaściwa wartość energetyczna oraz składniki pokarmowe, co stwierdzono w 49,58% próbek zbadanych laboratoryjnie ogółem (w 2012 r. – 43,23%).

Najczęściej stwierdzonymi uchybieniami w zakresie sporządzania jadłospisów w 2013 r. były:

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

## 7. Podsumowanie

Stan sanitarny zakładów żywności i żywienia w porównaniu do 2012 r. nie uległ poprawie. W związku z powyższym należy dążyć do wzrostu świadomości przedsiębiorców w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej lub wprowadzanej do obrotu żywności. Bardzo ważna jest współpraca przedsiębiorców sektora spożywczego z przedstawicielami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w rozwiązywaniu problemów, co często stanowi czynnik mobilizujący do poprawy stanu sanitarnego obiektów i polepszenia jakości żywności.

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

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





# ZAPOBIEGAWCZY NADZÓR SANITARNY

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego dokonuje analizy projektowanych działań planistycznych, inwestycyjnych i systemowo-organizacyjnych odnoszących się do obszarów gmin, powiatów, województw, rozwiązań techniczno-budowlanych obiektów i infrastruktury oraz technologicznych procesów, pod kątem wpływu na zdrowie i życie ludzi.

Sprawowanie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego ma na celu zapewnienie na etapie planowania zagospodarowania przestrzennego oraz projektowania i realizacji inwestycji, właściwego stanu sanitarno-zdrowotnego w obiektach, w taki sposób, aby w trakcie eksploatacji obiektów nie powstawały zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi. Analiza projektowanych rozwiązań w szczególności przeprowadzana jest w aspekcie oceny ryzyka narażenia ludności na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, uciążliwe lub szkodliwe. Analizą objęte były miejsca przebywania i zamieszkania ludzi, a także miejsca pracy, nauki, wychowania, sportu, rekreacji, wypoczynku, obsługi pasażerskiej, działalności leczniczej i opieki nad osobami niepełnosprawnymi, chorymi oraz starszymi.

W ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2013 r. zajmowały stanowiska pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych m. in. w sprawie:

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

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

- obiekty handlowe, przemysłowe, usługowe, turystyczne, hotelarskie, wychowania i nauczania, ochrony zdrowia (w których prowadzona była działalność lecznicza, apteki itp.), miejsca obsługi pasażerów (np. dworce, porty, przystanie itp.),
- stacje bazowe telefonii komórkowej, linie elektroenergetyczne, trasy komunikacyjne (np. drogi, linie kolejowe itp.), instalacje energii odnawialnej, np. elektrownie wiatrowe, oczyszczalnie ścieków, składowiska odpadów, instalacje unieszkodliwiania odpadów, stacje paliw, fermy zwierzęce,
- sieci wodociągowe i kanalizacyjne.

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

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

W postępowaniu dotyczącym oceny oddziaływania na środowisko organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały opinie:

- w sprawie obowiązku przeprowadzenia oceny oddziaływania na środowisko,
- w sprawie zakresu raportu o oddziaływaniu na środowisko,
- o środowiskowych uwarunkowaniach,
- w sprawie ponownych ocen oddziaływania przedsięwzięć na środowisko.

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

Rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych, działając na podstawie uprawnień nadanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego, dokonywali uzgodnień dokumentacji projektowej w imieniu państwowego inspektora sanitarnego.

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

- spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- opiniowania projektów osłon stałych i wentylacji w gabinetach wyposażonych w aparaty rentgenowskie,
- uzgodnienia ekspertyz technicznych w zakresie przyjętych rozwiązań zamiennych
- w związku z niespełnieniem wymagań w przepisach dotyczących warunków technicznych obiektów budowlanych,
- odstępstw od przepisów prawa m.in. w zakresie warunków technicznych, bezpieczeństwa i higieny pracy w pomieszczeniach, usytuowania urządzeń w budynkach i na terenie działki budowlanej.

Stanowiska w zakresie odstępstw od przepisów dotyczyły m.in. obniżenia wysokości pomieszczeń, zagłębienia poniżej poziomu terenu oraz oświetlenia wyłącznie światłem sztucznym pomieszczeń przeznaczonych do przebywania ludzi. Odnosiły się również do zastosowania wentylacji w budynkach opieki zdrowotnej, usytuowania wyrzutni powietrza instalacji wentylacyjnych i klimatyzacyjnych, a także odległości zlokalizowania zbiorników na nieczystości ciekłe, kontenerów na odpady stałe od okien i drzwi budynków, sąsiedniej działki lub magazynów spożywczych.

Działania podejmowane w ramach sprawowanego zapobiegawczego nadzoru sanitarnego uwzględniały konieczność zapewnienia ludziom zdrowych warunków życia w miejscu ich zamieszkania i pobytu, i były skierowane 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, w tym zaopatrzenie ludności w wodę do spożycia o odpowiedniej jakości,
- prawidłowe postępowanie, usuwanie, gromadzenie, składowanie i unieszkodliwianie odpadów, w tym szczególnie niebezpiecznych odpadów medycznych, w sposób, który nie zagraża życiu i zdrowiu ludzi,
- zabezpieczenie ludzi przed uciążliwością związaną z hałasem (lotniska, transport, zakłady i instalacje usługowe oraz przemysłowe, itp.) poprzez zastosowanie odpowiednich rozwiązań technicznych, takich jak np. ekrany akustyczne czy okna o podwyższonej izolacyjności akustycznej i inne,
- ochronę ludzi przed promieniowaniem elektromagnetycznym niejonizującym oraz jonizującym poprzez zastosowanie np. odpowiednich osłon i innych rozwiązań zabezpieczających,
- eliminację lub ograniczenie emisji zanieczyszczeń do powietrza w celu zapewnienia wymaganej jakości powietrza na terenach zamieszkania i pobytu ludności, 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, poprzez zapewnienie w nich m. in. właściwego oświetlenia, wysokości, kubatury, jakości środowiska wewnętrznego (prawidłowej wymiany i czystości powietrza, temperatury, wilgotności), klimatu akustycznego, a także bezpiecznych dla zdrowia wyrobów budowlanych,
- 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 2013 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego wydała około 145 tysięcy stanowisk (w 2012 r. ponad 188,8 tysięcy stanowisk), w tym:

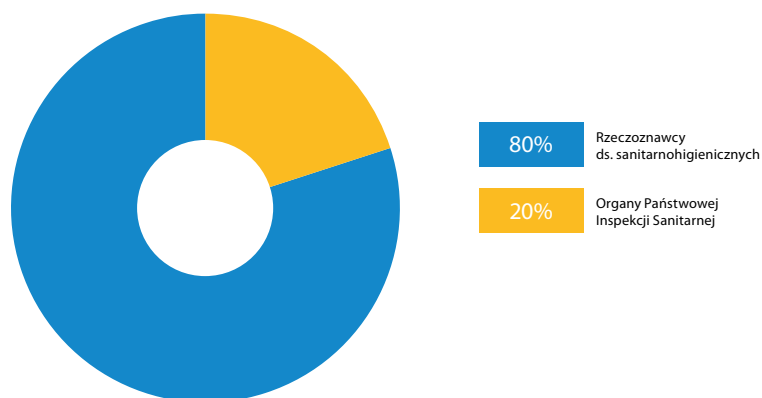
- około 7,7 tysiąca uzgodnień i opinii w ramach postępowania w sprawie strategicznych ocen oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów (w 2012 r. – około 8,7 tysiąca),
- ponad 4,5 tysiąca opinii dotyczących projektów studium uwarunkowań i kierunków oraz projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy, w innym trybie niż strategiczna ocena oddziaływania na środowisko (w 2012 r. – ponad 4,3 tysiąca),
- około 17,4 tysiąca opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko (w 2012 – około 16,4 tysiąca),
- ponad 36,8 tysiąca zgód, opinii, uzgodnień wymaganych przepisami prawa materialnego m.in. dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych, w tym powyżej 5 tysięcy stanowisk w zakresie warunków technicznych (w 2012 r. odpowiednio około 70,5 tysiąca zgód, opinii, uzgodnień ogółem),
- ok. 10,3 tysiąca opinii dotyczących spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (w 2012 r. – ponad 13,9 tysiąca),
- ok. 20 tysięcy stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego, w tym 48 sprzeciwów wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania (w 2012 r. – ponad 23 tysiące stanowisk ogółem, w tym 72 sprzeciwu).

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały powyżej 9,8 tysięcy uzgodnień dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych (w 2012 – ponad 11 tysięcy).

Liczba uzgodnień dokumentacji projektowej dokonanych w 2013 r. przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych wyniosła około 38,5 tysiąca (w 2012 r. – około 41 tysięcy).

W 2013 ogółem dokonano około 48,4 tysięcy uzgodnień projektów dokumentacji projektowej inwestycji, w tym około 80% wszystkich projektów zostało uzgodnionych przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych (wykres 27).

Wykres 27. Struktura uzgodnień dokumentacji projektowej w 2013 r.



Odstępek wszystkich stanowisk negatywnych zajętych przez Państwową Inspekcję Sanitarną wyniósł w 2013 r. ok. 1,6% (w 2012 r. – ok. 25%).

Liczba kontroli oraz wizji lokalnych obiektów i terenów objętych przedmiotem nadzoru zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w 2013 r., przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, to około 32 tysiące (w 2012 r. – około 33 tysiące).

## Podsumowanie

Zapobiegawczy nadzór sanitarny sprawowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną realizuje ustawowe obowiązki i zadania w zakresie ochrony zdrowia publicznego, w szczególności poprzez:

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

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

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

W 2013 r. ogólna liczba stanowisk zajętych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przez Państwową Inspekcję Sanitarną kształtowała się na poziomie ponad 145 tysięcy i była mniejsza o ponad 43 tysiące od liczby stanowisk zajętych w 2012 r.

Spadek liczby negatywnych stanowisk przypisuje się obniżeniu ogólnej liczby załatwionych spraw, jak również szerszemu korzystaniu przez podmioty zainteresowane z informacji zamieszczanych na stronach internetowych PIS.

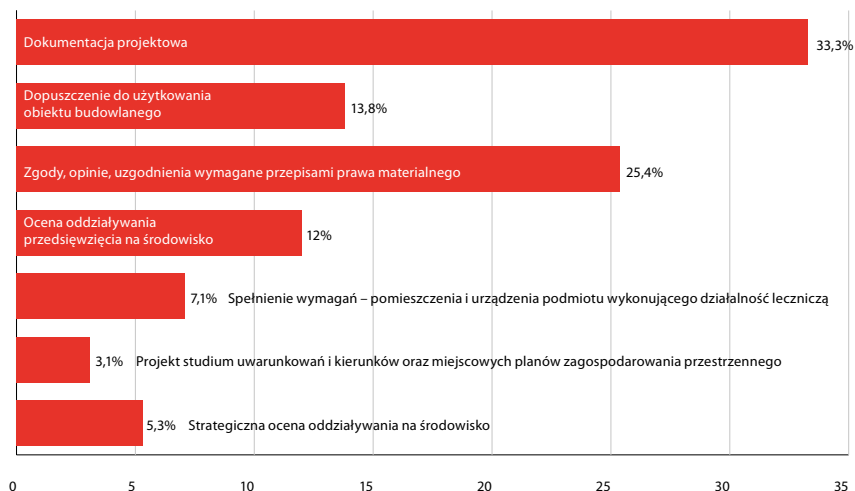
Spadek liczby wydawanych stanowisk dotyczył spraw:

- o ok. 47,8% – zgód, opinii, uzgodnień wymaganych przepisami prawa materialnego, wydanych w sprawach zastosowania rozwiązań innych, niż określone w obowiązujących przepisach prawnych.
- o ok. 11,5% – uzgodnień i opinii wydanych w ramach postępowania w sprawie strategicznej oceny oddziaływania na środowisko projektowanych dokumentów,
- o ok. 25,9% – opinii dotyczących spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- o ok. 13% – stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego, przy czym o 33% mniej w stosunku do roku poprzedniego było sprzeciwów wobec uruchomienia wybudowanego lub przebudowanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania,
- o ok. 6,1% – uzgodnień dokumentacji projektowej dokonanych w 2013 r. przez rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych.

Nieznacznie, o ok. 6,1%, wzrosła liczba opinii wydawanych w ramach postępowania w sprawie oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko.

Dominującą pozycję w całości załatwianych spraw zajmowały uzgodnienia dokumentacji projektowej obiektów budowlanych (ok. 33,3%) oraz opinie i zgody wymagane przepisami prawa materialnego, wydane w sprawach zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych (ok. 25,4%), stanowiska wydane w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego (ok. 13,8%) oraz opinie wydawane w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko (12%). Strukturę tematyczną stanowisk zajmowanych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego przedstawiono na wykresie 28.

Wykres 28. Struktura tematyczna stanowisk zajmowanych w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.



Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawując zapobiegawczy nadzór sanitarny odgrywa znaczącą rolę w ochronie zdrowia publicznego poprzez kreowanie polityki prewencyjnego ograniczania bądź eliminowania wystąpienia ryzyka narażenia ludności na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, uciążliwe lub szkodliwe dla zdrowia człowieka:

- na etapie projektów strategii, planów i programów i innych dokumentów strategicznych opracowywanych dla terenu kraju i wydzielonych administracyjnie obszarów państwa,
- inspirując działania lokalnych organów administracji samorządowej w zakresie zachowania klimatu akustycznego bezpiecznego dla zdrowia obywateli, uporządkowania gospodarki wodno-ściekowej, gospodarki odpadami, zapewnienia terenów dla rekreacji i wypoczynku, wymagając przy uzgadnianiu planów zagospodarowania przestrzennego odpowiedniego, z punktu widzenia ochrony zdrowia, zagospodarowania terenów,
- wypowiadając się w ramach postępowania w sprawie oceny oddziaływania przedsięwzięć na środowisko,
- poprzez ocenianie dokumentacji projektowej obiektów budowlanych i inwestycji infrastrukturalnych i wymaganie od inwestorów już na etapie planowania inwestycji spełnienia właściwych warunków sanitarnohigienicznych, w tym mających wpływ na środowisko wewnętrzne pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi (w szczególności pracy, wychowania i edukacji, działalności leczniczej, usług dla ludności, sportu i rekreacji) w obiektach przeznaczonych do użytku ludności, produkcji spożywczej, działalności i usług dla ludności.



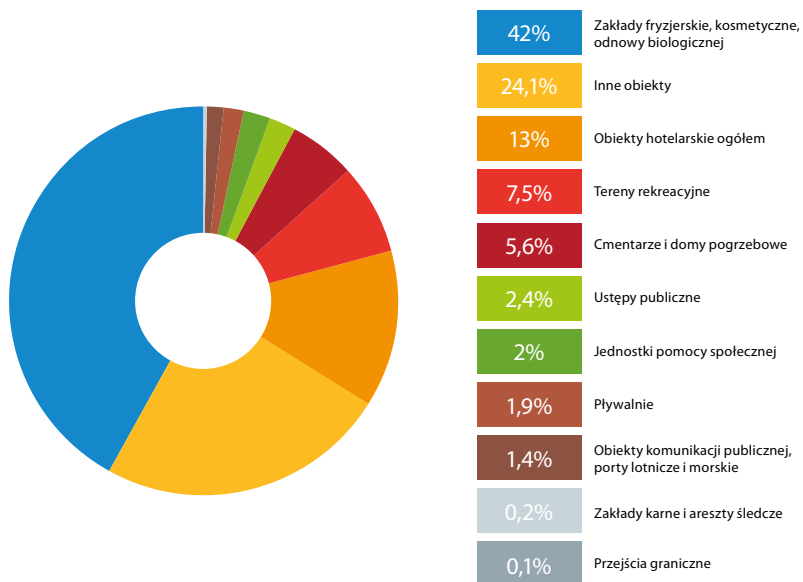
# STAN SANITARNY OBIEKTÓW UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

## 1. Informacje ogólne

Kontrolę stanu sanitarnego w 2013 roku przeprowadzono w 76 794 obiektach użyteczności publicznej spośród 118 683 ujętych w ewidencji. Kontrole objęły:

- zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej – skontrolowano 33 623 spośród 46 803 ujętych w ewidencji, co stanowi 72%,
- obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie – skontrolowano 10 079 spośród 17 635 ujętych w ewidencji, co stanowi 57%,
- ustępy publiczne ogółem – skontrolowano 1 831 spośród 2 006 ujętych w ewidencji, co stanowi 91%,
- domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych oraz inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – skontrolowano 1 519 spośród 1 885 ujętych w ewidencji, co stanowi 80%,
- dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze, przystanie morskie i żeglugi śródlądowej, stacje metra – skontrolowano 1 035 spośród 1 351 ujętych w ewidencji, co stanowi 76%,
- przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne – skontrolowano 49 spośród 50 ujętych w ewidencji, co stanowi 98%,
- tereny rekreacyjne – skontrolowano 5 808, spośród 8 813, co stanowi 66%,
- cmentarze i domy pogrzebowe – skontrolowano 4 369, spośród 8 854, co stanowi 49%,
- inne obiekty użyteczności publicznej – skontrolowano 18 702 spośród 30 974, co stanowi 60%.

Wykres 29. Obiekty użyteczności publicznej objęte kontrolą stanu sanitarnego w 2013 r.



## 2. Stan sanitarny wybranych rodzajów obiektów

### 2.1. Ustępy publiczne

W 2013 r. skontrolowano 1831 obiektów, w 57 tj. w 3,1% stwierdzono niezadawalający stan sanitarny, w tym w 50 przypadkach pod względem technicznym – 2,7%. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej co roku wskazują na niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę ustępów publicznych, zwłaszcza w miejscowościach wypoczynkowych, przy szlakach turystycznych oraz przy cmentarzach. Z roku na rok wzrasta liczba toalet publicznych o dobrym standardzie, dostosowanych dla osób niepełnosprawnych poprzez prowadzone remonty, a przede wszystkim dzięki nowym obiektom projektowanym i wykonywanym według obowiązujących standardów.

### 2.2. Domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych

Ewidencją Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2013 roku objętych było 1885 obiektów, z czego skontrolowano 1519, co stanowiło 81%. W 53 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny pod względem technicznym, w 27 niezadawalający stan pod względem sanitarnym, w 17 niezadawalający stan sanitarny i techniczny.

Wśród obiektów pomocy społecznej znajdują się obiekty o różnym profilu działalności:

- **domy pomocy społecznej** – placówki świadczące stacjonarne usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne, wspomagające i edukacyjne, działające na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zapewniające opiekę osobie nie mogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności,
- **inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej** – 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 małymi dziećmi i kobiet w ciąży itp.,
- **placówki zapewniające całodobową opiekę** – placówki, które zapewniają opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, prowadzone w ramach działalności gospodarczej, świadczące usługi bytowe, opiekuńcze, działające na podstawie przepisów o pomocy społecznej.

Stan sanitarno-techniczny obiektów pomocy społecznej jest zróżnicowany. Co roku w wielu obiektach przeprowadzane były prace remontowe, modernizacyjne i przystosowawcze dla potrzeb osób niepełnosprawnych w zakresie swobodnego poruszania się i komunikowania z personelem.

Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości w postępowaniu z brudną i czystą bielizną. Placówki mają opracowane i wdrożone procedury postępowania z odpadami. Na 1308 skontrolowanych obiektów w 44 stwierdzono niezadawalający stan techniczny, w 24 higieniczno – sanitarny, w 15 przypadkach niezadawalający stan higieniczno – sanitarny i techniczny.

**Noclegownie i domy dla bezdomnych** – wyposażone są w łazienki, kuchnie, pralnie, świetlice. Utrzymaniem czystości zajmują się sami podopieczni, często przygotowują też posiłki we własnym zakresie z produktów dostarczanych przez organizacje społeczne. Na 211 skontrolowanych obiektów w 9 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan techniczny, w 3 higieniczno-sanitarny.

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

W 2013 r. skontrolowano 10079 spośród 17635 tego typu obiektów, co stanowi 57%. W 239 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny pod względem technicznym, w 52 – niezadawalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym, w 98 – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny.

Właściciele obiektów hotelarskich dostosowują swoje obiekty do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 19 sierpnia 2004 r. w sprawie obiektów hotelarskich i innych obiektów, w których świadczona są usługi hotelarskie (Dz. U. z 2006 Nr 22 poz. 169 z późn. zm.). Generalnie były one wyposażone odpowiednio do standardu oraz dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Państwowa Inspekcja Sanitarna w tego typu obiektach kontroluje:

- zaopatrzenie w bieżącą wodę ciepłą i zimną, jakość wody,
- gospodarkę ściekową i odpadami,
- postępowanie z brudną bielizną, pościelą,
- procedury utrzymania czystości, środki czystości i dezynfekcyjne,
- funkcjonowanie instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji,
- dokumentację zdrowotną pracowników,
- stan sanitarno – higieniczny i techniczny terenów przeznaczonych pod kempingi, pola namiotowe i wokół budynków.

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

Działalność fryzjerska, kosmetyczna, odnowy biologicznej i tatuażu może nieść za sobą ryzyko wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego.

W przypadku, gdy dojdzie do zranienia zanieczyszczonym krwią narzędziem, które zostało wcześniej użyte do zabiegów kosmetycznych u osoby zakażonej, istnieje ryzyko przeniesienia zakażenia na osobę, która uległa zranieniu. Ryzyko przeniesienia zakażenia dotyczy nie tylko pracownika salonu fryzjerskiego lub kosmetycznego, lecz również osób, które mogły mieć kontakt z użytymi narzędziami podczas ich składowania, utylizacji, dezynfekcji czy sterylizacji.

Obowiązkiem pracodawców i pracowników zakładów fryzjerskich, kosmetycznych jest utrzymywanie pomieszczeń i ich wyposażenia w nienagannym stanie sanitarnym.

Miejsca, które są szczególnie narażone na działanie mikroorganizmów np. pojemniki, tace, blaty, umywalki, zagłówki foteli, wycięcia na szyję oparcie foteli przy stanowisku mycia głowy należy po każdym użyciu myć i zdezynfekować. Narzędzia stosowane w zakładzie, nożyczki, brzytwy, maszyny do golenia powinny być oczyszczone, umyte i poddane dezynfekcji po każdym użyciu.

Wymagania dla zakładów fryzjerskich regulują między innymi przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 poz. 947), w szczególności art. 16. Osoby podejmujące czynności, w trakcie wykonywania których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich, są obowiązane do wdrożenia i stosowania procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi.

Stwierdza się brak opracowanych procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi podczas wykonywania czynności, w trakcie których dochodzi do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich. Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oferują pomoc przy opracowaniu procedur określających zasady utrzymania higieny, przeprowadzania dezynfekcji, sterylizacji i postępowania z odpadami.

Tabela 15. Skontrolowane zakłady usługowe w 2013 r.

Wyszczególnienie	wg ewidencji na 31 XII	ogółem skontrolowanych	ze stwierdzonym niezadawalającym stanem		
			higieniczno sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Zakłady fryzjerskie	25 290	17 840	98	145	92
Zakłady kosmetyczne	9 231	6 393	29	59	19
<b>Zakłady tatuażu</b>	<b>311</b>	<b>269</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>6</b>
Zakłady odnowy biologicznej	4 304	2 730	0	15	25
Zakłady, w których są świadczone więcej niż jedna z usług	7 667	5 391	0	71	33
<b>Razem</b>	<b>46 803</b>	<b>32 623</b>	<b>132</b>	<b>297</b>	<b>175</b>

#### 2.5. Dworce i środki transportu

Pośród 309 dworców autobusowych znajdujących się w ewidencji, skontrolowano 271, czyli 88%. Skontrolowano 629 dworców i stacji kolejowych na 880 znajdujących się w ewidencji, Trzeba zaznaczyć, że w 2012 roku wiele dworców zostało zlikwidowanych i zamkniętych, między innymi z powodu niezadawalającego stanu technicznego.

Skontrolowano 10 118 obiektów zaliczanych do środków transportu:

- autobusy komunikacji publicznej – 3 785,
- autobusy turystyczne – 433,
- tramwaje, metro, szybka kolej miejska – 717,
- wagony w pociągach – 1 063,
- statki i promy – 573,
- samoloty pasażerskie – 47,
- samochody do przewozu chorych – 634,
- samochody do przewozu zwłok i szczątków ludzkich – 2 475,
- samochody do przewozu bielizny – 202
- inne – 205.

W 137 przypadkach na 10 118 stwierdzono niezadawalający stan sanitarno-higieniczny, co stanowi 1,4%, w 94 (0,9%) – niezadawalający stan techniczny. Dworce i stacje kolejowe od lat stanowią grupę obiektów najgorzej wypadających w statystykach o stanie sanitarnym Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

#### 2.6. Porty lotnicze

Pośród ewidencjonowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną 19 portów lotniczych w 2013 roku skontrolowano 18, nie stwierdzono nieprawidłowości. Obiekty spełniają standardy europejskie, nie wydano żadnych decyzji administracyjnych, ani nie nałożono mandatów karnych w 2013 roku.

#### 2.7. Przystanie morskie i śródlądowe

Skontrolowano 11 przystani żeglugi morskiej, 9 żeglugi śródlądowej i 69 przystani jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych. Stwierdzono niezadawalający stan techniczny w jednym przypadku, a w 3 zły stan higieniczno-sanitarny i techniczny. Przystanie żeglugi – w 2 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny i techniczny.

#### 2.8. Przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne

W ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajduje się 50 przejść granicznych, skontrolowano 49. Większość obiektów to obiekty po modernizacjach i nowopowstałe, w starych administratorzy ograniczają się do niezbędnych, bieżących napraw. Mimo tego stanu rzeczy nie stwierdzono uchybień.

Pracownicy granicznych stacji sanitarno – epidemiologicznych zajmują się bieżącym nadzorem sanitarnym i przeciwepidemicznym, czuwają nad bezpieczeństwem zdrowotnym wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, nadzorem nad warunkami sanitarnymi przewozu osób w ruchu międzynarodowym, kontrolą środków spożywczych pochodzenia niezwierzęcego oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, przywożonych z państw trzecich i krajów Unii Europejskiej na teren Polski.

## 2.9. Tereny rekreacyjne

Na 8813 obiektów objętych ewidencją skontrolowano 5808, co stanowi 66% ogółu. Niezadowolający stan higieniczno-sanitarny i techniczny stwierdzono w 4 przypadkach.

Przeprowadzone kontrole sanitarne wykazały znaczną poprawę na terenach przeznaczonych do zabaw dla dzieci. Większość piaskownic była w dobrym stanie sanitarnym i technicznym. Przed rozpoczęciem i w trakcie trwania sezonu letniego dokonywano wymiany piasku, place zabaw w wielu przypadkach zostały ogrodzone, aby uniemożliwić zanieczyszczenie przez zwierzęta. W 2013 roku organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 1080 pływalni krytych, 70 parków wodnych, 336 pływalni odkrytych i 24 mieszane. W 48 przypadkach stwierdzono niezadowolający stan pod względem technicznym i w 12 higieniczno-sanitarnym.

## 2.10. Cmentarze, domy pogrzebowe

Na 8854 obiekty znajdujące się w ewidencji skontrolowano 4369, co stanowi 49% ogółu. W 40 przypadkach stwierdzono niezadowolający stan sanitarno-higieniczny i techniczny, w 98 – powodem był niezadowolający stan techniczny i w 19 – tylko sanitarno-higieniczny.

Od kilku lat systematycznie zarządcy cmentarzy remontują kaplice, ogrodzenia, utwardzają aleje cmentarne i tworzą miejsca parkingowe. Większe cmentarze posiadają ustępy ogólnodostępne oraz pomieszczenia socjalne dla pracowników.

## 2.11. Inne obiekty użyteczności publicznej

Skontrolowano 18865 obiektów na 31 160 (60%), w 161 przypadkach stwierdzono niezadowolający stan sanitarno-higieniczny i techniczny.

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

W związku z wejściem w życie nowych zasad utrzymania czystości i porządku w gminach, (ustawa z dnia 13 września 1996 r. o porządku i czystości w gminach Dz. U. z 2013 poz. 1399 ze zm.), w wielu miejscowościach system gospodarowania odpadami wymaga usprawnienia. Zgłoszone w 2013 roku do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wnioski o podjęcie działań interwencyjnych dotyczyły między innymi braku systematycznego usuwania nadmiernej ilości odpadów, zapewnienia właściwych pojemników na segregowane odpady, nieprawidłowej jakości wody, wadliwego funkcjonowania instalacji kanalizacyjnej,

zawilgocenia i zagrzybienia, uciążliwości zapachowych oraz w niewielkim stopniu nadmiernego hałasu. Najczęstszą przyczyną rozpatrywanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej interwencji związanych z nadmiernym hałasem była uciążliwa praca instalacji wentylacyjnych i klimatyzacyjnych oraz urządzeń zamontowanych w zakładach handlowo-usługowych tj. sklepach spożywczych, lokalach gastronomicznych, a także bram garażowych, węzłów ciepłowniczych i wind.

W 2013 roku na 186 obiektów zarejestrowanych w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w grupie areszty śledcze i zakłady karne, skontrolowano 163, w 1 przypadku stwierdzono niezadowolający stan higieniczno – sanitarny, w 8 higieniczno-sanitarny i techniczny, w 14 niezadowolający stan sanitarny pod względem technicznym.

## 2.12. Podsumowanie

Kontrolę stanu sanitarnego w 2013 roku przeprowadzono w 76 794 obiektach użyteczności publicznej spośród 118 683 ujętych w ewidencji, co daje 65%. Wprawdzie ilość obiektów użyteczności publicznej ujętych w ewidencji nie jest stała, jednak należy zauważyć, że w roku 2013 nastąpiła znaczna poprawa w porównaniu z poprzednimi latami, zaobserwowano spadek o 2,3% obiektów w niezadowolającym stanie sanitarnym i technicznym oraz o 0,9% spadek liczby obiektów w niezadowolającym stanie sanitarnym pod względem technicznym.

Tabela 16. Dane porównawcze wyników kontroli w latach 2011–2013 r.

wyszczególnienie	wg ewidencji na 31 XII	skontrolowanych	ze stwierdzonym niezadowolającym stanem	
			higieniczno sanitarnym i technicznym	pod względem technicznym
0	1	2	3	4
2011 rok obiekty ogółem	117 994	81 238 69%	2 850 3,5%	2 095 2,6%
2012 rok obiekty ogółem	129 792	84 405 65%	2 607 3%	1 905 2,3%
2013 rok obiekty ogółem	118 683	76 794 65%	560 0,7%	1 049 1,4%





# STAN SANITARNY PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

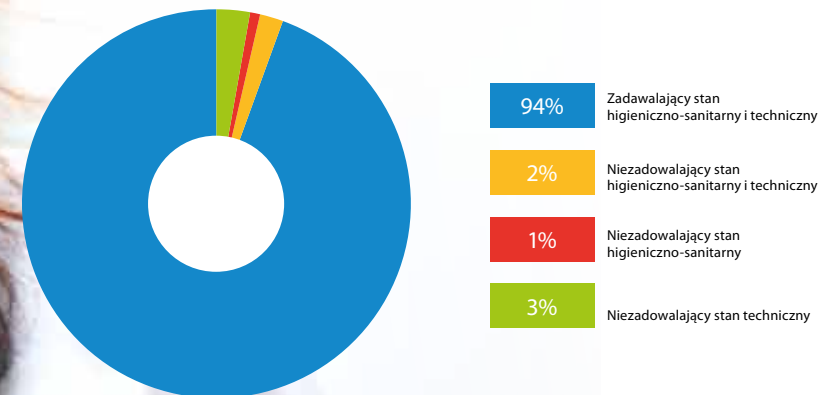
## 1. Wprowadzenie

Ocena stanu sanitarno-higienicznego i technicznego podmiotów leczniczych została dokonana w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739).

Podmioty lecznicze, które nie spełniają wymagań rozporządzenia, a przygotowały programy dostosowawcze, powinny dostosować pomieszczenia i urządzenia do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia do dnia 31 grudnia 2016 roku, zgodnie z art. 207 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217).

W 2013 r. skontrolowano 20344 obiekty. W 455 obiektach, tj. 2% spośród ujętych w ewidencji, stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 216 przypadkach odnotowano nieprawidłowości higieniczno-sanitarne, co stanowi 1%, w 628 obiektach stwierdzono niezadawalający stan techniczny, co stanowi 3%.

**Wykres 30.** Wyniki kontroli podmiotów leczniczych ogółem.



Na negatywną ocenę podmiotów miały wpływ stwierdzone liczne nieprawidłowości, w tym m.in.:

- niewłaściwy stan sanitarno-porządkowy,
- niewłaściwe postępowanie ze sprzętem wielokrotnego użytku,
- niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitów,
- niewłaściwe warunki mycia, dezynfekcji i przechowywania sprzętu do utrzymania czystości.

## 2. Szpitale

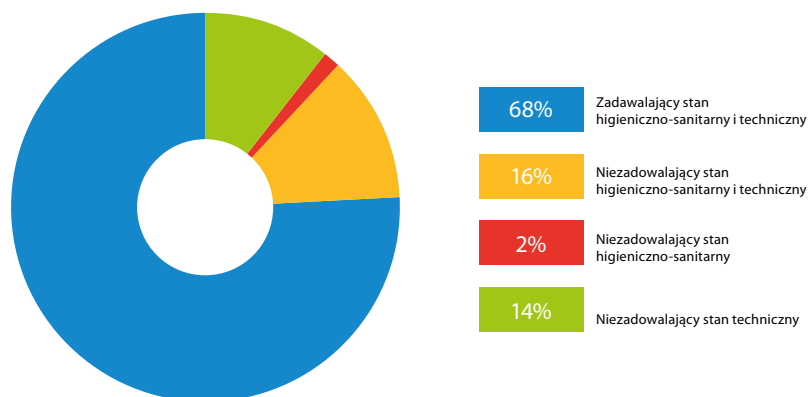
Stan techniczny i funkcjonalny szpitali był bardzo zróżnicowany. Najczęstszymi zastrzeżeniami dotyczącymi skontrolowanych obiektów były naruszenia higieniczno-sanitarne i techniczne. Dotyczy to zwłaszcza złego stanu ścian, sufitów, podłóg oraz stolarki drzwiowej. W wielu przypadkach wydano nakazy w formie decyzji w zakresie naprawy stanu faktycznego.

Niewłaściwy stan w dużej mierze odnotowywany był na oddziałach wewnętrznych, co jest spowodowane faktem, iż na tego typu oddziałach szpitalnych występuje największe obciążenie pacjentów oraz największa ich rotacja.

Odnośząc się do roku ubiegłego, odnotowano częściową poprawę stanu sanitarno-technicznego poprzez egzekwowanie nakazów decyzji administracyjnych oraz zaleceń wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

W 2013 r. skontrolowano 1 015 obiektów. W 168 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 16% całości, w 24 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowi 2%, w 144 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowi 14% w stosunku do ogółu.

Wykres 31. Wyniki kontroli szpitali.



Kontrolami objęto oddziały jednodniowe i szpitale uzdrowiskowe. W 2013 r. skontrolowano 136 oddziałów jednodniowych. W jednym przypadku stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowiło 0,74%, w 2 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowiło 1,5% ogółu.

W 2013 r. skontrolowano 50 szpitali uzdrowiskowych. W jednym przypadku stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny co stanowiło 2%, w 7 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowiło 14% ogółu skontrolowanych obiektów.

## 3. Obiekty inne niż szpitale

### 3.1. Zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej

W ramach prowadzonego nadzoru epidemiologicznego nad podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w 2013 roku, w większości przypadków nie stwierdzono znaczących uchybień.

Główną przyczyną stwierdzonych nieprawidłowości dotyczyła niewłaściwego sposobu przechowywania wysterylizowanego sprzętu, materiałów oraz mycia i odkażania rąk.

Na ocenę negatywnie wpłynęły m.in. brak dozowników na mydło w płynie i preparatów do dezynfekcji rąk, podajników na ręczniki jednorazowe oraz pojemników na zużyte ręczniki papierowe.

W 2013 r. skontrolowano 214 zakładów opiekuńczo-leczniczych. W 9 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 4,2%, w 4 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowiło 1,9%, w 11 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowiło 5,1% ogółu skontrolowanych obiektów.

W 2013 r. skontrolowano 121 zakładów opiekuńczo-pielęgnacyjnych. W jednym przypadku stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowiło 0,8%, w 5 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowiło 4,1% ogółu skontrolowanych obiektów.

W 2013 r. skontrolowano 61 zakładów rehabilitacji leczniczej. W jednym przypadku odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowiło 1,6%, w 4 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowiło 6,6% ogółu skontrolowanych obiektów.

### 3.2. Sanatoria

W trakcie przeprowadzanych kontroli sanitarnych dokonano m.in. oceny bloków żywienia w sanatoriach. Większość skontrolowanych obiektów posiadało opracowane i wdrożone systemy GHP/GMP oraz HACCP. W części obiektów stwierdzono następujące nieprawidłowości m.in. : brak dostosowania do rodzaju prowadzonej działalności w zakładzie oraz wdrożenia systemu bezpieczeństwa żywności HACCP, brak szkoleń pracowników zatrudnionych przy produkcji posiłków.

Kontrola objęła gabinety zabiegowe jak i ogólny stan obiektów zarówno pod względem sanitarnym jak i technicznym. W porównaniu z rokiem ubiegłym odnotowano znaczącą poprawę stanu ww. obiektów.

W 2013 r. skontrolowano 162 obiekty. W 5 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowiło 3,1%, w 4 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowiło 2,5%, w 11 przypadkach odnotowano zły stan techniczny, co stanowiło 6,8% ogółu skontrolowanych obiektów.

### 3.3. Hospicja

Stan higieniczno-sanitarny i techniczny w dużej większości nie budził zastrzeżeń. Nieprawidłowości dotyczyły stanu technicznego obiektów.

W 2013 r. skontrolowano 63 obiekty, w 2 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowiło 3,2% z ogółu skontrolowanych obiektów.

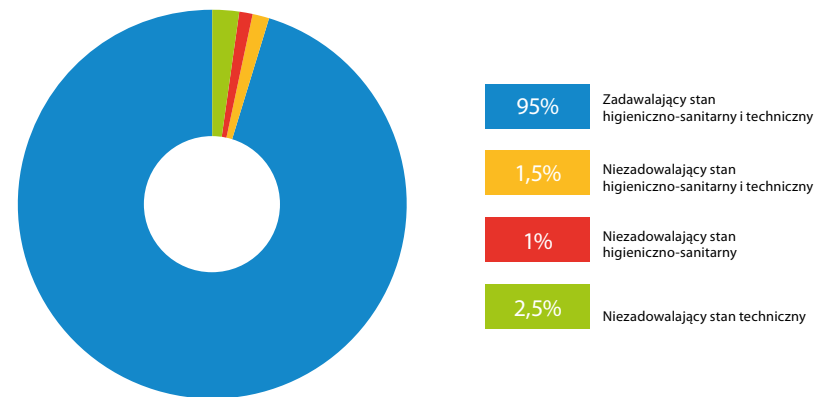
Obiekty posiadały opracowane procedury postępowania dotyczące prania bielizny. Większość obiektów współpracuje ze specjalistycznymi firmami świadczącymi usługi pralnicze.

Podobnie jak w latach ubiegłych, nie zmienił się sposób postępowania z bielizną. Zakłady posiadały instrukcje postępowania z brudną i czystą bielizną. Czysta przechowywana była w wydzielonych szafach, natomiast brudną bieliznę składowano w zamykanych pojemnikach lub workach foliowych, w pomieszczeniu brudownika lub w innych wydzielonych do tego celu pomieszczeniach.

## 4. Podmioty lecznicze wykonujące ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Na 38 378 podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjną działalność skontrolowano 18 605, tj. 49% ogółu. W 269 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 1,5%, w 182 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowi 1%, w 461 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowi 2,5% ogółu skontrolowanych obiektów.

Wykres 32. Wyniki kontroli podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.



Do podmiotów leczniczych wykonujących ambulatoryjne świadczenia zdrowotne należą:

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

Najczęstszymi przyczynami negatywnej oceny omawianych obiektów był ich ogólny stan higieniczno-sanitarny oraz niezadawalający stan techniczny, tj.: niewłaściwy stan sanitarno-porządkowy pomieszczeń i wyposażenia, niewłaściwe postępowanie ze sprzętem wielokrotnego użytku, brak środków do dezynfekcji rąk jak i dużych powierzchni, nieprawidłowe użytkowanie sprzętu sterylnego, zanieczyszczona i uszkodzona powierzchnia mebli.

Odnotowano w 2013 roku znaczną poprawę stanu sanitarno-higienicznego w przedmiotowych podmiotach. Wynik taki uzyskano poprzez egzekwowanie nakazów wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w drodze decyzji administracyjnych oraz poprzez stosowanie coraz nowocześniejszego sprzętu medycznego.

### 4.1. Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie ambulatoryjne z izbą chorych

W 2013 r. skontrolowano 15 329 obiektów. W 236 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowiło 1,5%, w 171 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowiło 1,1% w 329 przypadkach odnotowano zły stan techniczny, co stanowiło 2% ogółu skontrolowanych obiektów.

Podczas czynności kontrolnych sprawdzano stan pomieszczeń, ścian, podłóg, oświetlenia, wyposażenia w środki zapewniające utrzymanie odpowiedniej czystości obiektów, jak i ich wyposażenia. Dodatkowo podjęto działania polegające na odnotowywaniu sposobu postępowania z odpadami jak i odprowadzaniu nieczystości płynnych.

Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie ambulatoryjne z izbą chorych oraz lecznice, stanowiły najliczniejszą grupę obiektów wśród ogółu skontrolowanych podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Najczęstszymi uchybieniami w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego był brak umywalk w gabinetach zabiegowych zaopatrzonych w dozowniki, uszkodzenia i zły stan techniczny ścian sufitów i podłóg z ubytkami, zniszczona stolarka drzwiowa i okienna. Podmioty lecznicze udzielające świadczenia medyczne ambulatoryjne zaopatrywane były w wodę głównie z wodociągów sieciowych publicznych będących pod stałym nadzorem służb sanitarnych. Z wodociągu lokalnego zaopatrywane w wodę były w znacznej mierze ambulatoria i praktyki zawodowe zlokalizowane w obszarach szpitali posiadających własne ujęcia wody.

Zaopatrzenie podmiotów w wodę ciepłą zapewniałoby przez: kotłownie, podgrzewacze elektryczne lub sieć ciepłowniczą miejską.

Jakość wody oceniano na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417 ze zm.).

#### 4.2. Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne

W 2013 r. skontrolowano 702 spośród 1 041 tego typu obiektów, co stanowiło 67% ogółu. W 6 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowiło 0,8%, w 3 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowiło 0,4%, w 7 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowiło 1% skontrolowanych obiektów.

Często występującymi nieprawidłowościami w omawianych obiektach był m.in. niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian i sufitów, niewłaściwy stan sanitarno-techniczny podłóg, uszkodzona, zniszczona powierzchnia mebli i brak gładkiej, łatwo zmywalnej powierzchni foteli lekarskich i krzeseł.

#### 4.3. Zakłady rehabilitacji leczniczej

W okresie sprawozdawczym w 2013 r. skontrolowano 820 spośród 1 320 zakładów rehabilitacji leczniczej, co stanowi 62% z ogółu. W 7 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 0,8%, w 2 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowi 0,2%, w 31 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowi 3,7% z ogółu skontrolowanych obiektów.

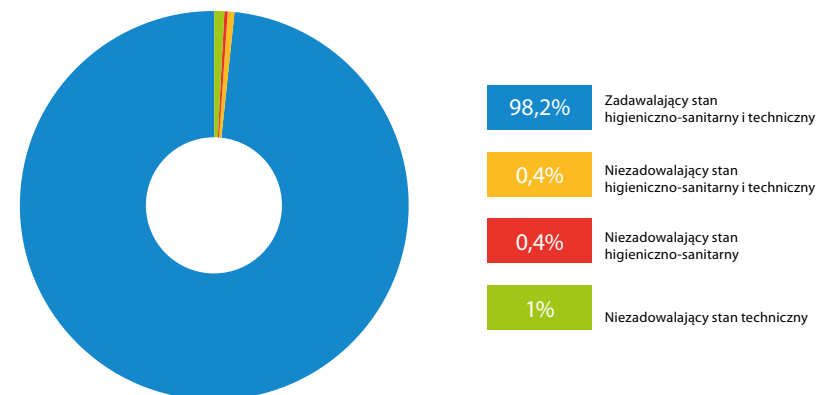
## 5. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012, poz. 739) wprowadzono jednolite wymogi sanitarne dla wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj. dla podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne

i całodobowe świadczenia zdrowotne, ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz praktyk zawodowych lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych.

W 2013 r. skontrolowano 21 627 obiektów. W 97 obiektach tj. 0,4% spośród ogółu stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny. W 91 przypadkach odnotowano nieprawidłowości higieniczno-sanitarne, co stanowiło 0,4%, w 258 obiektach stwierdzono niezadawalający stan techniczny co stanowiło 1% z ogółu skontrolowanych obiektów.

Wykres 33. Wyniki kontroli praktyk zawodowych.



#### 5.1. Indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie i grupowe praktyki lekarskie

W 2013 r. skontrolowano 9 486 spośród 21 514 indywidualnych praktyk lekarskich, co stanowi 44% ogółu. W 59 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 0,6%, w 52 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowiło 0,5%, w 102 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowiło 1% z ogółu skontrolowanych.

W 2013 r. skontrolowano 9 906 spośród 25 363 indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, co stanowi 39% spośród ogółu. W 26 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowiło 0,2%, w 31 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowiło 0,3%, w 139 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowi 1,4% z ogółu skontrolowanych obiektów.

Kontrola grupowych praktyk lekarskich wykazała, iż w 2013 r. skontrolowano 447 spośród 769 tego typu obiektów, co stanowi 58% ogółu. W 3 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 2 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, w 12 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowiło 2,6%.

### 5.2. Indywidualne praktyki lekarzy dentyków, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków i grupowe praktyki lekarzy dentyków

Kontrola obejmowała ocenę obiektów pod względem spełnienia wymagań sanitarno-technicznych m.in. sposób postępowania z odpadami, sprawność wentylacji, wyposażenie pomieszczeń, opracowane procedury.

**Indywidualne praktyki lekarzy dentyków** – w 2013 r. skontrolowano 7651 spośród 140702 tego typu obiektów, co stanowi 54% ogółu. W 56 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 40 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, w 88 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny.

**Indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków** – w 2013 r. skontrolowano 3421 spośród 6227 tego typu obiektów, co stanowi 55% ogółu. W 12 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 18 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, w 80 przypadkach odnotowano zły stan techniczny.

**Grupowe praktyki lekarskie dentyków** – w 2013 r. skontrolowano 248 spośród 399 tego typu obiektów, co stanowi 62% ogółu. W 3 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny co stanowi 1,2%, w 1 przypadku odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny co stanowi 0,4% w 5 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowi 2% z ogółu skontrolowanych obiektów.

### 5.3. Indywidualne praktyki pielęgniarek, indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i grupowe praktyki pielęgniarek

**Indywidualne praktyki pielęgniarek** w 2013 r. skontrolowano 700 spośród 1678 tego typu obiektów, co stanowi 42% ogółu. Sporadycznie odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny lub niezadawalający stan techniczny.

**Indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek** w 2013 r. skontrolowano 156 spośród 239 tego typu obiektów, co stanowiło 42% ogółu. Nie stwierdzono nieprawidłowości.

**Grupowe praktyki pielęgniarskie:** w 2013 r. skontrolowano 156 spośród 239 tego typu podmiotów, co stanowiło 48% ogółu. Nie stwierdzono nieprawidłowości.

## 6. Odpady medyczne

Podmioty prowadzące działalność leczniczą wytwarzają różnorodne odpady, w tym również zakaźne. Zakaźne odpady medyczne mogą stanowić poważne zagrożenie epidemiczne, ponieważ niektóre patogeny mają możliwość przetrwania na powierzchniach nieożywionych do kilkunastu miesięcy. Stosowanie zasad bezpiecznego postępowania z odpadami może w znacznym stopniu zmniejszyć ryzyko przeniesienia zakażenia.

Kontrola w zakresie spełnienia wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. z 2010 r. Nr 139 poz. 940) objęła szpitale, ambulatoria i inne objekty.

W roku 2013 pod względem gospodarki odpadami medycznymi skontrolowano 85% szpitali. W większości przypadków kontrolowane jednostki stosowały się do wymogów określonych w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. Uchybienia stwierdzono w 11,6% skontrolowanych obiektów.

Nieprawidłowości w gospodarowaniu odpadami medycznymi w szpitalach na terenie kraju obejmowały w szczególności brak zachowanej kolorystyki worków, niewłaściwy transport odpadów medycznych z miejsca powstania do miejsca magazynowania, nieprawidłowe kodowanie worków po krwi i preparatach krwiopodobnych.

Istotną nieprawidłowością w licznych przypadkach był również niewłaściwy sposób przechowywania odpadów medycznych, a także powtarzający się fakt braku dokumentacji dotyczącej przekazania odpadów do unieszkodliwienia.

Czynnościami kontrolnymi zostały objęte również ambulatoria, gdzie nieprawidłowości dotyczyły m.in. niedostosowania pomieszczeń do przechowywania odpadów, brak umywalek z bieżącą ciepłą i zimną wodą, brak mydła i środków dezynfekcyjnych, brak oznakowania pomieszczeń znakami ostrzegającymi przed zagrożeniem biologicznym, brak wentylacji zapewniającej podciśnienie, z zapewnieniem filtracji odprowadzanego powietrza.


W roku 2013 spośród 37 979 zewidencjonowanych ambulatoriów skontrolowano 21 146 pod względem gospodarki odpadami medycznymi, co stanowi 56% całości. Uchybienia stwierdzono w 281 obiektach.

W obiektach, w których wykonywana była praktyka zawodowa (inne objekty), odnotowano w wielu przypadkach niedostosowanie pomieszczeń do przechowywania odpadów medycznych. Tak jak w poprzednich przypadkach, sporym problemem był brak wyposażenia gabinetów w mydło i środki dezynfekujące, brak umów na odbiór i spalanie odpadów medycznych. W jednym przypadku odpady medyczne były przechowywane na balkonie bloku mieszkalnego

W roku 2013 ilość obiektów w których była świadczona działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową wynosiła 26 137, liczba skontrolowanych obiektów wynosiła 14 610, co stanowiło 56% ogółu, uchybienia odnotowano w 525 obiektach.

**Tabela 17.** Wyniki kontroli gromadzenia, usuwania i unieszkodliwiania odpadów medycznych w skali kraju w 2013 r.

Lp.	Objekty	Liczba obiektów wytwarzających odpady medyczne w kraju	Liczba skontrolowanych pod względem gospodarki odpadami medycznymi obiektów	
			ogółem	ze stwierdzonymi uchybieniami
1	szpitale	1 148	980	114
2	ambulatoria	37 979	21 146	281
3	inne	26 137	14 610	130
4	Ogółem	65 264	36 736	525



# NADZÓR NAD WARUNKAMI SANITARNO-HIGIENICZNYMI ŚRODOWISKA PRACY I CHEMIKALIAMAMI

---

## 1. Wprowadzenie

Działalność kontrolna pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizowana była w 2013 roku przez wszystkie wojewódzkie oraz graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne. W 2013 r. funkcjonowało 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, 318 stacji powiatowych oraz 10 stacji granicznych, z czego 7 realizowało zagadnienia pionu higieny pracy.

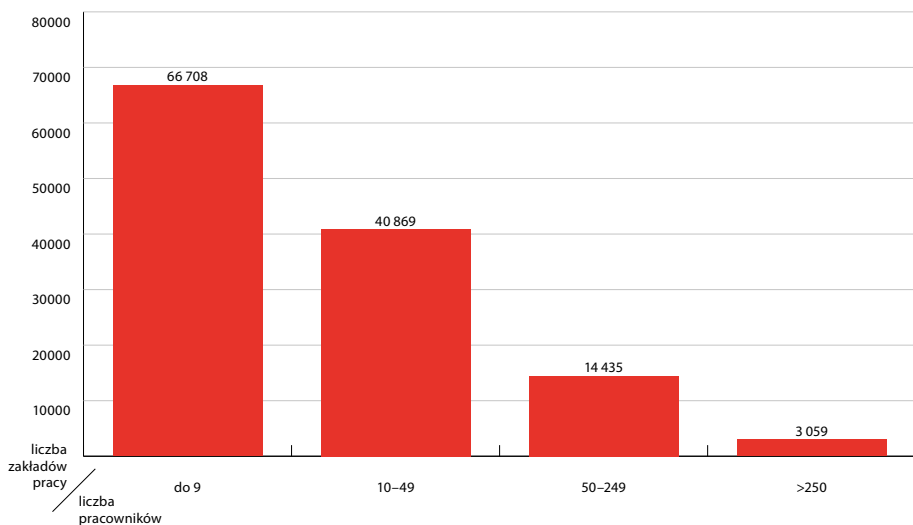
## 2. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego określają kluczowe 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 w miejscu pracy. Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował w 2013 r. kontrolę przestrzegania przepisów m.in. z zakresu: bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich, występowania substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy, produktów biobójczych, detergentów oraz prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3, a także oceny ryzyka zawodowego. Plan pracy obejmował zarówno programy wieloletnie, tj. ocenę przygotowania pracodawców pod kątem przestrzegania przepisów i zasad bhp podczas usuwania bądź zabezpieczania wyrobów zawierających azbest w ramach rządowego „Programu Oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009–2032”, kontynuację programu dotyczącego sporządzenia oceny warunków pracy pracowników zatrudnionych w warsztatach samochodowych, jak również nowe zagadnienie – nadzór nad wypełnieniem przez pracodawców obowiązków wynikających z oceny ryzyka zawodowego pracowników zatrudnionych w przemyśle drzewnym.

Ewidencją pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej objętych było w 2013 roku 124 997 zakładów pracy (123 567 w roku 2012), zatrudniających ogółem 4 477 102 pracowników (w 2012 r. – 4 485 051), z czego największa liczba zatrudnionych to pracownicy:

- PKD 86 Opieka zdrowotna i pomoc społeczna – 433 913 zatrudnionych,
- PKD 10 Przetwórstwo przemysłowe – 325 860 zatrudnionych,
- PKD 25 Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 224 810 zatrudnionych,
- PKD 85 Edukacja – 190 528 zatrudnionych.

Wykres 34. Struktura zakładów pracy w ewidencji pionu higieny pracy w 2013 r. /wg liczby zatrudnionych pracowników/.



Kadra nadzoru higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziła w 2013 r. 64 123 kontrole u 47 968 pracodawców (w 2012 r. – 63 784 kontrole u 46 759 pracodawców), zatrudniających łącznie 2 293 972 pracowników. Nadzorem objętych zostało 38,4% zewidencjonowanych podmiotów (w 2012 r. – 37,8%).

Zakres przeprowadzanych kontroli obejmował m.in.

- nadzór nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami – 28 250 kontroli w 7 391 obiektach zajmujących się obrotem substancjami chemicznymi i ich mieszaninami oraz w 18 494 obiektach stosujących chemikalia,
- nadzór nad prekursorami kategorii 2 i 3 – 1 985 kontroli, w tym m.in. w 645 obiektach zajmujących się obrotem prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3,
- nadzór nad produktami biobójczymi – 6 592 kontroli, w tym m.in. w 3 056 obiektach wprowadzających do obrotu produkty biobójcze,
- nadzór w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 3 595 kontroli w 3 053 obiektach,
- nadzór nad czynnikami biologicznymi w środowisku pracy – 10 905 kontroli w 9 655 obiektach.

Łącznie w 4 913 skontrolowanych zakładach pracy stwierdzono przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia. Przekroczenia NDS i NDN odnotowane w 2013 r. dotyczyły głównie branż o następującym profilu produkcji:

- produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli; produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania (PKD 16) – w 953 zakładach,
- produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń (PKD 25) – w 600 zakładach,
- produkcja mebli (PKD 31) – w 370 zakładach.

Specyfika procesów produkcyjnych zakładów, w których stwierdzono największą liczbę przekroczeń, sprawiła, że pracownicy ekspozowani byli na więcej niż jeden czynnik szkodliwy. Osoby zatrudnione przy produkcji metalowych wyrobów gotowych oraz produkcji wyrobów z drewna oraz korka, narażone były zarówno na pyły, jak i hałas. Ogółem w warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2013 r. zatrudnionych było 214 168 pracowników (w 2012 r. – 218 067), z czego:

- przy wydobywaniu węgla kamiennego i węgla brunatnego (lignitu) – 36 838 pracowników,
- przy produkcji metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – 21 591 pracowników,
- przy produkcji wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcji wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – 19 467 pracowników,
- przy produkcji mebli – 13 149 pracowników,
- przy produkcji metali – 12 995 pracowników.

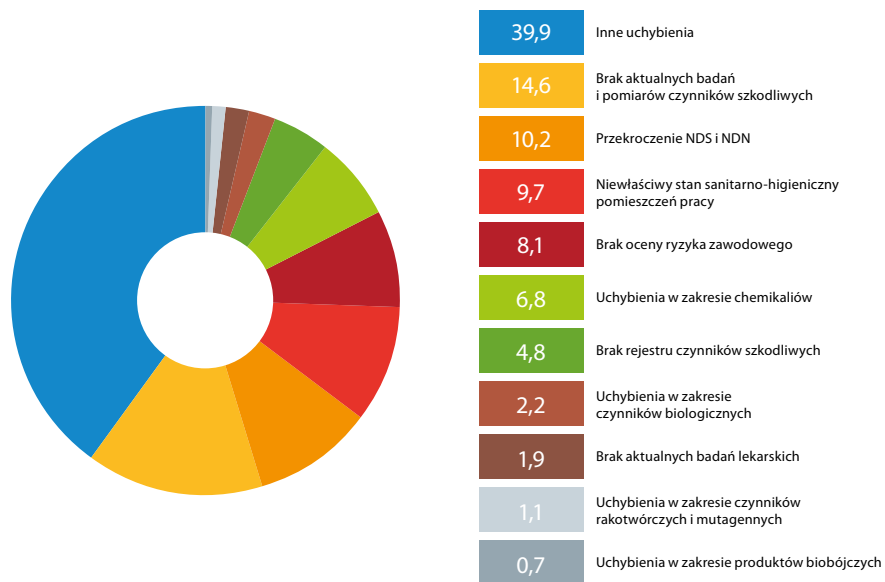
Najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy był ponadnormatywny hałas, którego przekroczenie stwierdzono w 5 565 zakładach. Łączna liczba osób narażonych na jego oddziaływanie stanowiła 3,4% ogółu zatrudnionych w różnych gałęziach gospodarki.

Działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej pionu higieny pracy ukierunkowane były na wyegzekwowanie od pracodawców poprawy warunków pracy, m.in. poprzez podjęcie działań mających na celu obniżenie stężeń i natężeń czynników szkodliwych na stanowiskach pracy. Pracodawcy zobligowani byli również do opracowania i następnie wdrażania w życie programów działań organizacyjno-technicznych zmierzających do obniżenia poziomu hałasu.

Prowadzono postępowania administracyjno-egzekucyjne w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, wydanych zostało 16 578 decyzji administracyjnych, zawierających 46 776 nakazów m.in. w zakresie:

- badań i pomiarów czynników szkodliwych – 10 785 nakazów,
- oceny ryzyka zawodowego – 5 488 nakazów,
- substancji chemicznych i ich mieszanin – 4 512 nakazy,
- przekroczonych normatywów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – 1 987 nakazów,
- czynników biologicznych w środowisku pracy – 1 664 nakazy,
- substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – 885 nakazów,
- produktów biobójczych – 404 nakazy,
- detergentów – 122 nakazy,
- prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 – 15 nakazów,
- unieruchomienia stanowisk pracy – 10 nakazów,
- unieruchomienia zakładu – 3 nakazy,
- unieruchomienia oddziału zakładu – 1 nakaz.

Wykres 35. Najistotniejsze uchybienia w skontrolowanych zakładach – 2013 r.



W związku z niewykonaniem przez część pracodawców decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w postępowaniu egzekucyjnym w 2013 r. wydanych zostało 221 postanowień o nałożeniu grzywny na łączną kwotę 255 985 PLN. W roku objętym sprawozdawczością wyegzekwowano 85 postanowień. Mandaty karne nałożono w 166 przypadkach na kwotę 36 000 złotych.

### 3. Choroby zawodowe

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, realizując zadania dotyczące nadzoru nad zdrowotnymi warunkami środowiska pracy, prowadzą również postępowanie administracyjne w zakresie występowania chorób zawodowych.

Postępowanie w sprawie chorób zawodowych w 2013 r. prowadzone było w oparciu o rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1367) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz. U. z 2013 r., poz. 1379).

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2013 r. wpłynęło łącznie 5 075 podejrzeń o chorobę zawodową (w 2011 r. – 5 516). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających i administracyjnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 2 297 decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz 2 643 decyzje o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

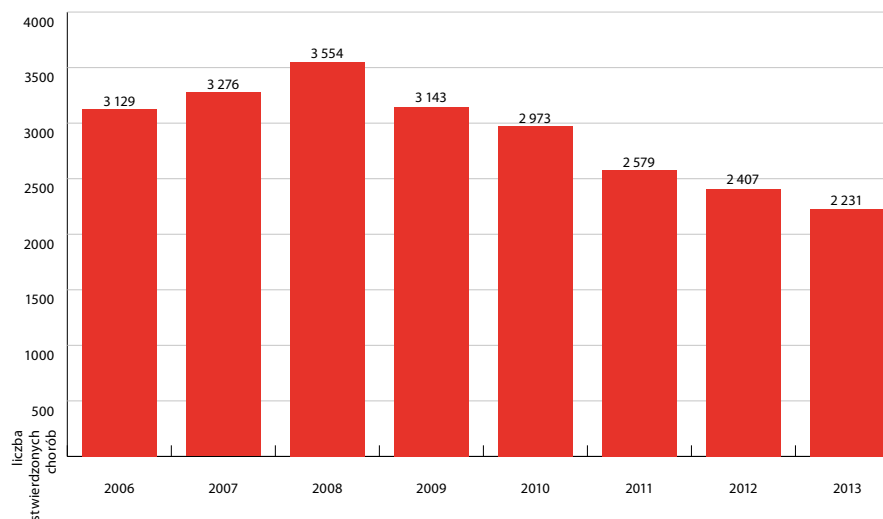
łącznie w 2013 r. po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono 2 231 chorób zawodowych, z czego w województwach: śląskim – 637, dolnośląskim – 234 oraz mazowieckim – 213. Najmniejszą liczbę chorób zawodowych stwierdzono w województwach: lubuskim – 49 przypadków i opolskim – 15 przypadków.

Od decyzji wydanych przez Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych w przedmiocie chorób zawodowych do organu II instancji wpłynęło 810 odwołań. Państwowoi wojewódzcy inspektorzy sanitarni wydali 617 decyzji, z czego 283 zostało zaskarżonych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Do Naczelnego Sądu Administracyjnego wniesiono 44 skargi kasacyjne. Główny Inspektor Sanitarny wydał w 2013 roku w ramach postępowania zwykłego 20 decyzji administracyjnych w II instancji w sprawie podejrzenia choroby zawodowej.

W 2013 r. dominowały: choroby zakaźne lub pasożytnicze (590 przypadków) następnie pylica płuc (572 przypadki). Na trzecim miejscu pod względem ilościowym rozpoznano schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym (233 przypadki). Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo-nerwowego spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkości co najmniej 45 dB w uchu lepiej słyszającym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1,2 i 3 kHz znalazł się na czwartym miejscu i wystąpił w liczbie 186 przypadków.

Szczegółowe dane dotyczące stwierdzonych chorób zawodowych opracowywane są przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w ramach Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych. Celem Rejestru jest zbieranie i przetwarzanie danych dotyczących stwierdzonych chorób zawodowych i opracowywanie analiz kształtowania się zapadalności na te choroby. Rejestr jest tworzony na podstawie kart stwierdzenia chorób zawodowych przesyłanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, po uprawomocnieniu się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Wykres 36. Występowanie chorób zawodowych w latach 2006–2013.





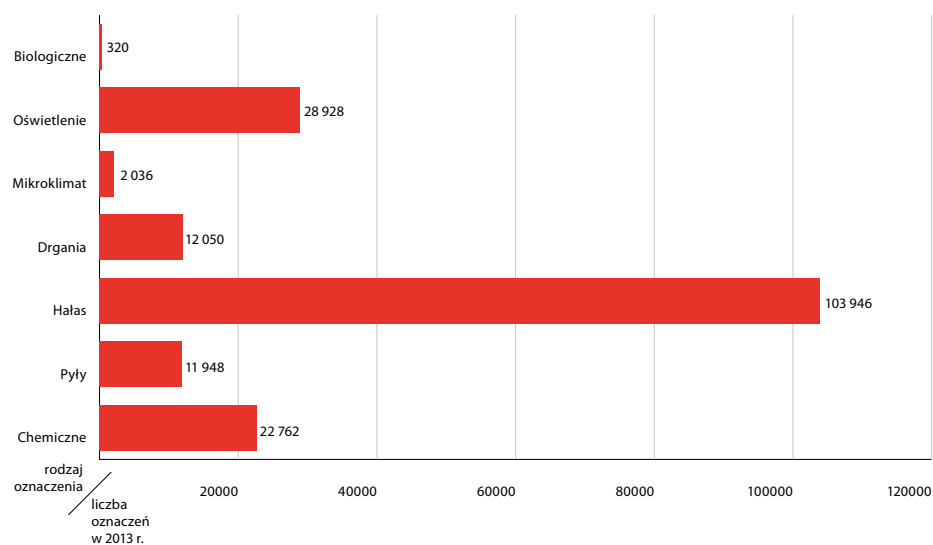
## 4. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy

W ramach działalności laboratoryjnej w 2013 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili 181 990 – oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych, dokonując oceny na 76 994 stanowiskach pracy, w 2012 r. – 244 903 oznaczeń odpowiednio na 78 335 stanowiskach pracy.

W porównaniu z 2012 rokiem ilość wykonanych oznaczeń uległa zmniejszeniu o 25,7% (tj. o 62 913 oznaczenia). Największy procentowy spadek odnotowano w badaniach mikroklimatu (o 35,8%).

Laboratoria środowiska pracy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych mają wdrożony system zarządzania jakością oraz posiadają certyfikaty akredytacji na określone badania i pomiary czynników szkodliwych. W 2013 r. bazą laboratoryjną umożliwiającą przeprowadzenie badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych w środowisku pracy, oprócz laboratoriów funkcjonujących w wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych, dysponowało także 57 jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczebla podstawowego.

Wykres 37. Oznaczenia czynników szkodliwych i uciążliwych w 2013 r.



## 5. Podsumowanie

Działalność kontrolna Państwowej Inspekcji Sanitarnej pionu higieny pracy w 2013 roku wykazała wzrost liczby zakładów pracy objętych ewidencją. Zarejestrowano 124 997 zakładów pracy, porównując z rokiem 2012 liczba zwiększyła się o 1 430 obiektów.

**Przeprowadzono 64 123 kontrole w zakładach pracy zatrudniających 2 293 972 pracowników. W wyniku prowadzonych działań kontrolnych wydanych zostało 16 578 decyzji administracyjnych o naruszeniu przepisów higieniczno-sanitarnych.**

Największy odsetek uchybień w skontrolowanych zakładach stanowił brak badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia – 14,6%, w 2012 r. – 15,2%. Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono w 4 913 skontrolowanych zakładach pracy.

W 2013 r. w zakresie nadzoru nad chemikaliami stwierdzono w porównaniu z rokiem poprzednim objętym sprawozdawczością wzrost liczby kontroli, szczególnie w obszarze substancji chemicznych i ich mieszanin (o 508 kontroli) oraz w zakresie produktów biobójczych (o 427 kontroli). Na podobnym poziomie w porównaniu z 2012 r. utrzymane były kontrole związane z nadzorem nad prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3.

W porównaniu z rokiem 2012 stwierdzono zmniejszenie liczby stwierdzonych chorób zawodowych – o 176 przypadków, z czego największy spadek odnotowano w grupie chorób zakaźnych – o 113 przypadków.

Działania Inspekcji Sanitarnej w zakresie pionu higieny pracy przyczyniły się do poprawy warunków pracy oraz zwiększenia poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników.





# HIGIENA RADIACYJNA

## 1. Informacje ogólne

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

- w jednostkach opieki zdrowotnej stosujących urządzenia radiologiczne na podstawie zezwoleń wydanych do art. 5 ust. 4 ustawy *Prawo atomowe* (Dz. U. z 2012 r. poz. 266, z późn.zm),
- w zakładach pracy stosujących urządzenia wytwarzające pole elektromagnetyczne o częstotliwości od 0 Hz do 300 GHz.

Zadania pionu higieny radiacyjnej:

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

## 2. Ochrona radiologiczna w medycznych pracowniach rentgenowskich

Zewidencjonowano w 2013 roku ponad 12800 jednostek prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.

Przeprowadzono 4 100 kontroli pracowni i zakładów, w których było zatrudnionych ponad 37 500 osób objętych kontrolą dawek indywidualnych.

Według danych z 2013 roku, wśród osób objętych kontrolą dawek indywidualnych zanotowano 2 przypadki przekroczenia limitów dawek granicznych. W województwie podkarpackim u lekarza wykonującego procedury z zakresu radiologii zabiegowej w okresie jednego okresu pomiarowego wykazano przekroczenie rocznej dawki granicznej. Czynności wyjaśniające pozwoliły stwierdzić, iż zarejestrowana dawka pochodzi z ekspozycji zawodowej w oparciu o dawkomierz noszony w prawidłowy sposób, w stosunku do którego nie stwierdzono możliwości utraty czasowego nadzoru. Inspektor ochrony radiologicznej zlecił wykonanie badań lekarskich, wynikiem których, lekarza przywrócono do pracy. Z uwagi na przekroczenie dawki granicznej dla pracownika dotychczas zaliczonego do kategorii B narażenia na promieniowanie jonizujące dokonano odpowiedniej zmiany w kategorii zaszerogowania. W kolejnych dwóch okresach pomiarowych nie zarejestrowano dawek przekraczających próg wykrywalności dawkomierzy.

Natomiast drugi przypadek wystąpił w województwie dolnośląskim i dotyczył również lekarza wykonującego procedury z zakresu radiologii zabiegowej wykonującego zabiegi endowaskularne. Odnotowano przekroczenie dawki równoważnej dla dłoni lekarza ( $553,6 \pm 30,5$  mSv) w ciągu roku.

Dolnośląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny wdrożył postępowanie nadzorowo administracyjne, w ramach którego ustalono przyczynę przekroczenia dawki oraz zażądano wdrożenia postępowania administracyjnego w jednostce w celu zminimalizowania ryzyka powtórzenia się tej sytuacji oraz ponownego przeanalizowania spodziewanych poziomów narażenia pracowników pod kątem kategoryzacji narażenia.



Zgodnie z pisemnym oświadczeniem lekarza, główną przyczyną zarejestrowania przekroczenia limitu dawki granicznej było wykonanie w minionym roku 300 zabiegów endowaskularnych, podczas których dłonie były wprowadzane w obszar wiązki głównej, bez dodatkowej ochrony. Wymagała tego specyfika zabiegów. Zgodnie z oświadczeniem, lekarz został odsunięty od pracy w warunkach narażenia na okres ½ roku. Został też skierowany na kontrolne badania lekarskie.

Porównując z latami ubiegłymi w roku 2013, pomimo dwóch przypadków przekroczenia dawek, należy stwierdzić, iż parametry u populacji zawodowo narażonej na promieniowanie RTG nie uległy istotnym zmianom.

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej wydano blisko 600 decyzji administracyjnych i zaleceń pokontrolnych dotyczących m.in. usunięcia nieprawidłowości w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.

Ponadto, przed wydaniem zezwolenia na uruchomienie i stosowanie aparatu rtg oraz na uruchomienie pracowni RTG (w roku 2013 wydano w sumie ponad 2300 zezwoleń na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG oraz 1 300 zezwoleń na uruchomienie pracowni) ocenie w zakresie ochrony radiologicznej poddawane są projekty osłon stałych, w których uwzględnia się planowane stanowiska pracy. Przy ocenie bierze się pod uwagę wartości dawek granicznych. Takie postępowanie przyczynia się do minimalizowania narażenia pracowników na kontakt z promieniowaniem jonizującym.

Zgodnie z ustawą *Prawo atomowe* oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych (Dz. U. poz. 1534), w roku 2013 Główny Inspektor Sanitarny powołał 44 komisje egzaminacyjne; w wyniku przeprowadzonych egzaminów i złożonych wniosków wydano 789 uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

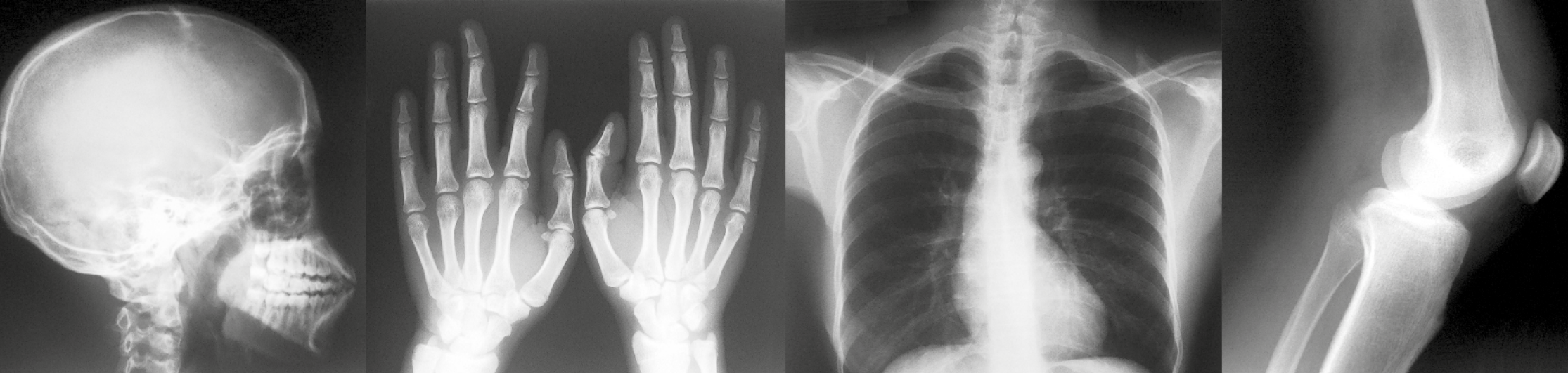
## 3. Ochrona radiologicznej pacjenta

System ochrony radiologicznej w Polsce reguluje ustawa z dnia 29.11.2000 r. *Prawo atomowe* i przepisy wykonawcze. Przepisy wykonawcze określają w jaki sposób powinien być zbudowany system ochrony radiologicznej personelu medycznego realizującego medyczne procedury radiologiczne, pacjentów poddawanych tym procedurom oraz populacji narażonej na promieniowanie jonizujące w związku z wykonywaniem procedur radiologicznych.

Ochrona radiologiczna pacjenta jest realizowana m.in. poprzez:

- wykonanie pomiarów w zakresie kontroli jakości aparatury RTG, – w roku ubiegłym inspekcja sanitarna wykonała blisko 600 testów jakości aparatów rentgenowskich,
- sprawdzenie czy jednostki wypełniają obowiązek prowadzenia kontroli jakości aparatury RTG.

Kontynuowano wydawanie zgód, o których mowa w art. 33d i 33e ustawy *Prawo atomowe*, tj. na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, których wydano 137 w tym: 76 z zakresu rentgenodiagnostyki, 3 z zakresu diagnostyki i leczenia chorób nienowotworowych, 5 z zakresu paliatywnego leczenia chorób nowotworowych z wykorzystaniem produktów radio farmaceutycznych, 49 z zakresu radiologii zabiegowej oraz 4 z zakresu radioterapii onkologicznej.



#### 4. Ochrona dot. wykorzystania pól elektromagnetycznych w środowisku pracy

Dane z zakresu ochrony przed polami elektromagnetycznymi 0 Hz – 300 GHz w środowisku pracy przedstawiają się następująco:

- w roku 2013 objęto nadzorem 832 zakłady pracy na 5 694 będących w ewidencji;
- liczba zewidencjonowanych urządzeń, będących źródłem PEM wyniosła na koniec roku 36 564.

Skontrolowano 641 podmioty prowadzące działalność leczniczą na 2 453 będące w ewidencji, w przemyśle 157 na 610, w radiokomunikacji i łączności 26 na 2 549. Łącznie skontrolowano 4 389 urządzeń będących źródłem pól elektromagnetycznych na stanowiskach pracy.

Liczba zatrudnionych przy ww. urządzeniach wynosiła blisko 53 000 z czego:

- w ochronie zdrowia 40 641 osób,
- w przemyśle 7 878,
- w radiokomunikacji i łączności 3 715,

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

Wskaźnik ekspozycji **W** > 1 dotyczył 293 osób, co oznacza, że osoby te podlegały ekspozycji niedopuszczalnej. W szczególności dotyczyło to osób zatrudnionych w ochronie zdrowia – 267 osób (z czego 244 pracujących przy aparatach do elektrochirurgii), w przemyśle czterech pracujących przy zgrzewarkach.

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

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

Dla ponad 7 400 osób wskaźnik ekspozycji **W** zawierał się w przedziale 0,5–1, w tym pracowników działalności leczniczej dotyczył ok. 5 900 osób. Dla pozostałych wskaźnik ten nie przekraczał wartości 0,5.

#### 5. Nadzór w zakresie skażeń promieniotwórczych


Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne w strukturze organizacyjnej posiadają tzw. Podstawowe Placówki Pomiarów Skażeń Promieniotwórczych prowadzące pomiary zawartości izotopów promieniotwórczych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia z sieci wodociągowej, produktów żywnościowych oraz pasz.

W roku 2013 w placówkach tych wykonano łącznie 1 235 oznaczeń Cs – 137, 39 oznaczeń Sr – 90 oraz 2 147 innych oznaczeń, m.in. aktywności K – 40, aktywności globalnej beta w opadzie atmosferycznym, pomiaru mocy dawki promieniowania gamma w powietrzu.

Ponadto w ramach Systemu Bezpieczeństwa Żywności prowadzony był monitoring produktów żywnościowych, w ramach którego wykonano 83 oznaczenia Cs – 137 metodą radiochemiczną oraz 267 oznaczenia Cs – 137 metodą spektrometryczną. Otrzymane wyniki były wielokrotnie niższe od dopuszczalnych poziomów skażenia radioaktywnego.

#### 6. Podsumowanie

Na podstawie danych z działalności nadzorczej Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie higieny radiacyjnej należy stwierdzić, iż podobnie jak w latach ubiegłych, nie zanotowano przypadków nadmiernego zagrożenia zdrowia osób zatrudnionych przy źródłach promieniowania jonizującego oraz urządzeniach wytwarzających pola elektromagnetyczne.



# NADZÓR ORGANÓW PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ NAD BEZPIECZEŃSTWEM SUPLEMENTÓW DIETY W 2013 R.

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

## 1. Zakres nadzoru sanitarnego

Rejestr przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje, że na terenie Polski funkcjonuje co najmniej 138 wytwórni oraz 482 hurtowni suplementów diety. Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i/lub dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) miało 123 wytwórni suplementów diety oraz 325 hurtowni. System HACCP wdrożono w 119 zakładach produkcyjnych oraz 155 hurtowniach suplementów diety.

W 2013 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- 115 obiektów, tj. 83,33% wytwórców funkcjonujących na terenie kraju
- 229 obiektów obrotu hurtowego, tj. 47,51% ogółu obiektów obrotu hurtowego suplementów diety.

Kontrolowane obiekty oceniono również na podstawie arkusza oceny stanu sanitarnego.

Wśród wytwórców dokonano oceny w 90 obiektach kontrolowanych – 65,21% obiektów ogółem, natomiast w przypadku hurtowni ocenie kompleksowej poddano 84 obiekty – tj 17,42% obiektów hurtowych ogółem. Wyniki oceny stanu sanitarnego z wykorzystaniem arkusza oceny nie wykazały obiektów niezgodnych z ustalonymi wymaganiami sanitarno-higienicznymi. Łączna liczba kontroli i rekontroli przeprowadzonych w 2013 r. we wszystkich obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety sięgnęła liczby 714, z czego 103 kontrole stanowiły interwencyjne.

W następstwie przeprowadzonych kontroli właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 76 decyzji administracyjnych, w tym 25 decyzji skierowano do wytwórców suplementów diety, a 51 do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 6 decyzji zakazujących wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

## 2. Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2013 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych dokonały analiz laboratoryjnych 1 584 suplementów diety, w tym 89 produktów pochodziło z państw trzecich, 224 z krajów członkowskich UE, oraz 1 271 produkcji krajowej. Kierunki badań oraz liczbę zbadanych próbek suplementów diety przedstawia tabela 18.

Tabela 18. Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2013 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import (spoza UE)	UE	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne (w tym <i>Salmonella</i> i <i>Listeria</i> )	641	25	70	546
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	242	26	70	179
3	Dozwolone do stosowania w żywności substancje dodatkowe	399	3	57	339
4	Znakowanie	1 322	68	201	1 053
5	Właściwości organoleptyczne	903	39	115	749
6	Inne parametry	84	9	19	56

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania. Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 82 przypadkach badanych próbek (4 spoza UE, 18 z krajów UE, 60 produktów krajowych). Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 19.

Tabela 19. Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zakwestionowane.

Rok	Suplementy diety		W tym					
			krajowe		W tym importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zakwestionowano	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane
2013	1 584	5,74%	1 271	5,27%	89	5,61%	224	8,48%

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poza ustawowym obowiązkiem sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego nad przedsiębiorcami uczestniczącymi na rynku produktów spożywczych współpracują z innymi Państwami Członkowskimi poprzez System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (RASFF). W 2013 r. powiadomieniami alarmowymi w ramach Systemu, stanowiącymi potencjalne zagrożenie dla zdrowia konsumentów objęto przypadki zastosowania w suplementach diety niedeklarowanych substancji o działaniu farmakologicznym (dimetylosildenafil, ikaryna, sildenafil), a także przypadek negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych spożyciem suplementu diety zawierającego nieautoryzowaną substancję – *aegeline*.





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

---

## 1. Zakres nadzoru sanitarnego

W roku 2013 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały łącznie 21 wytwórni środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, czyli wszystkie wytwórnie tego rodzaju środków spożywczych zamieszczone w rejestrze przedsiębiorców podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Na podstawie arkuszy oceny stanu sanitarnego zostało ocenionych 18 spośród wszystkich wytwórni, w żadnej z nich nie wykazano niezgodności.

Wdrożone zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej (GHP/GMP) stwierdzono w 20 skontrolowanych obiektach, natomiast 19 wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego miało wdrożony system HACCP.

Łączna liczba przeprowadzonych kontroli i rekontroli wyniosła 91, w tym 22 kontrole interwencyjne.

W odniesieniu do wytwórni środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wydano 12 decyzji administracyjnych, w tym 1 zakazującą wprowadzania produktu do obrotu.

Ponadto z ww. wytwórni pobrano 221 próbek środków spożywczych, z czego żadna nie została zdyskwalifikowana.

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

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

## 2. Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

W laboratoriach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działających w zintegrowanym systemie badania żywności, ogółem zbadano 5636 próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Kierunki badań oraz liczba próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego zostały przedstawione w tabeli 20.

Spośród wszystkich 5636 przebadanych próbek środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, największy odsetek (80%) stanowiły próbki produktów krajowych – 4513 próbek. Zbadano również 1033 próbki produktów z innych krajów Unii Europejskiej (18,4% wszystkich badanych próbek) oraz 90 próbek produktów z importu spoza UE (1,6% wszystkich zbadanych próbek).

Ogółem zdyskwalifikowano 126 próbek produktów, co stanowi 2,23% wszystkich badanych próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

**Tabela 20.** Zakres badań próbek środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego przeprowadzonych w 2013 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import (spoza UE)	UE	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	3 104	61	575	2 468
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	619	3	102	514
3	Pozostałości pestycydów	162	0	21	141
4	Mikotoksyny	479	13	73	393
5	Zanieczyszczenia azotanami	344	0	31	313
6	Substancje dodatkowe dozwolone	185	3	64	118
7	Obecność GMO	33	0	8	25
8	Znakowanie	3 913	80	686	3 147
9	Organoleptycznie	3 519	79	638	2 802
10	Zanieczyszczenia biologiczne	42	0	3	39
11	Zanieczyszczenia fizyczne	24	0	0	24
12	Inne parametry	568	8	96	464

Wśród zdyskwalifikowanych próbek, 22 pochodziły z importu, 88 było próbkami produktów krajowych natomiast 16 pochodziło z innych krajów UE. Odsetek zakwestionowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych oraz z podziałem na ich pochodzenie (krajowe, import, UE) przedstawiono w tabeli 21.

**Tabela 21.** Jakość zdrowotna środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – próbki zakwestionowane.

Rok	Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego razem		W tym					
			krajowe		W tym importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zakwestionowano	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane
2013	5 636	2,23%	4 513	1,95%	90	24,44%	1 033	1,55%

Najwięcej – 112 próbek produktów (88,9% wszystkich zdyskwalifikowanych próbek), zakwestionowano ze względu na niewłaściwe oznakowanie, 8 próbek zdyskwalifikowano z powodu właściwości organoleptycznych, pojedynczą próbkę zakwestionowano z powodu zanieczyszczeń biologicznych oraz 2 próbki z powodu innych parametrów.





# PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII W OBSZARZE ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH W 2013 R.

## 1. Wprowadzenie

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zwalczania „dopalaczy”, zapoczątkowane w dniu 2 października 2010 r. kontynuowane są na podstawie *ustawy z dnia 8 października 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. Nr 213, poz. 1396), która zakazuje wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

W ustawie rozszerzono także definicję środków zastępczych, obejmując nią każdą substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, produkt czy roślinę, które są używane zamiast lub w takim samym celu jak środek odurzający lub substancja psychotropowa.

Główny Inspektor Sanitarny jest organem wiodącym w działaniach Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze środków zastępczych. Zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.) Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje zadania w celu ochrony zdrowia ludzkiego, w tym od 2010 r., w obszarze przeciwdziałania zagrożeniom zdrowia publicznego stwarzanego przez dopalacze – środki zastępcze.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124) w zakresie środków zastępczych mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 267 z późn. zm), natomiast do środków odurzających i substancji psychotropowych mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.). Środki odurzające i substancje psychotropowe, jako posiadane bez uprawnienia, podlegają zabezpieczeniu przez organy ścigania lub organy celne.

Wskutek decyzji Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 2 października 2010 r. udowodniono, że w skład „dopalaczy” wchodzi nowe substancje psychoaktywne – zmieniono przekonanie o braku ich szkodliwości, które było powszechne.

W ciągu ostatnich lat wzrasta liczba nowych substancji psychoaktywnych (NPS) zgłaszanych przez państwa członkowskie do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) odpowiednio, w 2009 r. zgłoszono ich 24, w 2010 r. – 41. Podkreślić należy, że w produktach „dopalaczy” w tym samym czasie tj. w 2010 r. zidentyfikowano 91 NPS. W latach 1997–2012 do EMCDDA zgłoszono około 290 substancji.

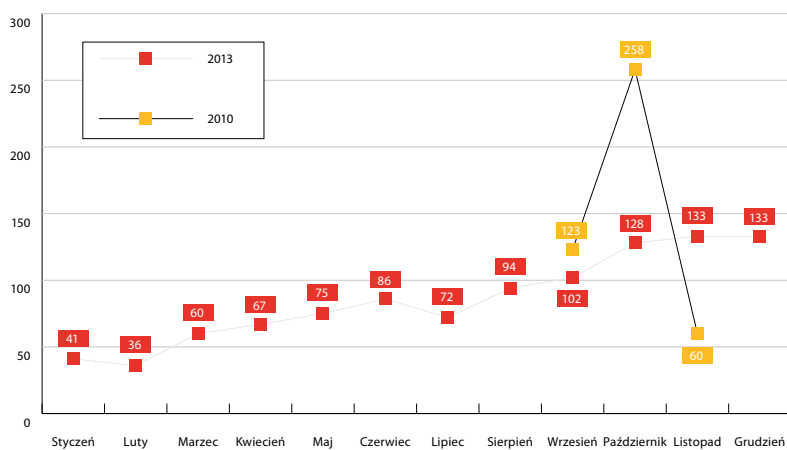
W 2012 roku EMCDDA monitorowała 693 sklepy internetowe, w porównaniu do 314 sklepów w 2011 roku i 170 w 2010 roku.

Podczas przewodnictwa Polski w Radzie Unii Europejskiej, m.in. na podstawie doświadczeń Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zwalczania „dopalaczy”, podjęto współpracę w ramach UE, która przyczyniła się do opracowania wniosków Komisji Europejskiej – COM (2013) 618 i COM (2013) 619 – z dnia 17 września 2013 r. w zakresie zmiany przepisów w sprawie nowych substancji psychoaktywnych.

## 2. Sytuacja epidemiologiczna

Liczba przypadków podejrzeń zatruc środkami zastępczymi w 2013 r. oraz w okresie sierpień–grudzień 2010 r.

Wykres 38. Podejrzenia zatruc w okresie sierpień–grudzień 2010 r. i w 2013 r.



Dane: Krajowego Konsultanta w dziedzinie Toksykologii Klinicznej

W 2013 roku Centrum Badania Opinii Społecznej i Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zrealizowały badanie *Młodzież 2013*. Przebadano 1 360 uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych (18–19 lat) w 65 szkołach. Z badań wynika, że 12% uczniów było w sklepie z dopalaczami, z których 40% dokonało zakupu. Dla porównania w 2010 roku, w sklepie z dopalaczami było 27% uczniów. Po „dopalacze” częściej sięgają chłopcy (8%) niż dziewczęta (3%). Najwyższy odsetek odnotowano w zasadniczych szkołach zawodowych (9%) oraz w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców (8%). Najmniejsze odsetki

odnotowano na wsi i w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców (ok. 4%). Zakupu przez Internet dokonał 1% badanych, zarówno w 2010 jak i w 2013 roku, co oznacza, że po zamknięciu sklepów z „dopalaczami”, zakupy przez Internet nie stały się bardziej popularne. Warto odnotować, że na pytanie – Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy proponowano Ci „dopalacze”, niezależnie od tego czy skorzystała(a)ś z tej propozycji czy nie? W 2008 roku, TAK odpowiedziało 5% badanych; w 2010 roku, TAK odpowiedziało 16% badanych. W 2013 roku, TAK odpowiedziało 5% badanych.

Przedstawione wyżej dane wskazują na poprawę sytuacji w zakresie ograniczenia dostępności do „dopalaczy”. Bez wątplenia mają na to wpływ działania podejmowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną.

## 3. Egzekwowanie zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych

Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z innymi służbami, na bieżąco monitoruje przypadki wprowadzania do obrotu środków zastępczych. Państwowi Inspektorzy Sanitarni pozyskują informacje o obrocie środkami zastępczymi we własnym zakresie lub od Policji, Służby Celnej, Straży Miejskiej czy też Urzędów Skarbowych.

W 2013 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna ujawniła 134 podmioty, które naruszały zakaz wprowadzania do obrotu środków zastępczych. W wyniku 779 kontroli zabezpieczono 28402 produkty. Pobrano 1448 próbek do badań laboratoryjnych.

W 2013 roku zauważalny był wyraźny wzrost liczby nakładanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kar pieniężnych w związku z finalizowaniem prowadzonych postępowań administracyjnych wszczętych w 2012 roku. Łączna kwota nałożonych kar w 2013 roku wynosiła 10 669 370 zł.

Tabela 22 przedstawia działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2013 r. w obszarze środków zastępczych z podziałem na województwa.

Główny Inspektor Sanitarny informował opinię publiczną o wydaniu decyzji przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego nakazującej wstrzymanie wprowadzania produktu, w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że produkt stwarza zagrożenie życia lub zdrowia, poprzez zamieszczenie 273 informacji na stronie www Urzędu w Biuletynie Informacji Publicznej.

Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi, od czasu powstania w 2011 r. monitoruje rynek środków zastępczych w internecie. W 2013 r. na bieżąco, na terenie kraju monitorowano 40 sklepów internetowych. Główny Inspektor Sanitarny otrzymał prawie 700 informacji medialnych w sprawie środków zastępczych oferowanych w internecie.

Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi przeprowadził trzy szkolenia pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych, 16 kontroli stacji sanitarno-epidemiologicznych i uczestniczył w 5. kontrolach sklepów z „dopalaczami” oraz przedstawił Radzie Sanitarno-Epidemiologicznej prezentację na temat „Działania i problemy w zakresie zmniejszania zagrożeń zdrowia publicznego w obszarze środków zastępczych”. Problem zagrożenia zdrowia publicznego stwarzanego przez środki zastępcze był jednym z tematów obrad Rady.

Tabela 22.

Województwo	Liczba kontroli	Liczba decyzji art. 27c ust. 1 ustawy	Liczba decyzji art. 27c ust. 6 ustawy	Liczba produktów	Liczba próbek	Liczba podmiotów oferujących sprzedaż środków zastępczych	Kwota nałożonych kar[zł]
Dolnośląskie	155	10	3	728	6	15	395 000
Kujawsko-Pomorskie	58	33	21	6 352	111	22	1 150 000
Lubelskie	23	16	5	1 223	51	13	190 000
Lubuskie	28	4	4	153	22	4	200 000
Łódzkie	115	20	36	4 397	136	13	1 780 000
Małopolskie	39	15	1	1 626	252	7	125 000
Mazowieckie	10	2	2	66	11	3	110 000
Opolskie	24	10	0	269	32	8	300 000
Podkarpackie	36	41	16	1 227	123	5	410 000
Podlaskie	3	0	1	2	0	1	0
Pomorskie	60	23	22	2 291	240	8	2 149 370
Śląskie	65	41	18	2 495	160	20	2 620 000
Świętokrzyskie	38	19	13	833	65	4	230 000
Warmińsko-Mazurskie	35	24	8	1 383	53	3	380 000
Wielkopolskie	22	8	4	4 608	157	5	630 000
Zachodniopomorskie	68	7	1	749	29	3	0
<b>Podsumowanie</b>	<b>779</b>	<b>273</b>	<b>155</b>	<b>28 402</b>	<b>1 448</b>	<b>134</b>	<b>10 669 370</b>

#### 4. Działania profilaktyczne

W większości województw w 2013 roku podejmowane były liczne przedsięwzięcia profilaktyczne: szkolenia, konferencje, warsztaty, seminaria, kampanie społeczne oraz imprezy masowe: festyny, pikniki, biegi uliczne. Organizowano pikietki pod sklepami z dopalaczami i stoiska edukacyjno-informacyjne gdzie m.in. dystrybuowano ulotki, plakaty i inne materiały informacyjne. Większość działań była organizowana przez struktury promocji zdrowia stacji sanitarno-epidemiologicznych.

W działaniach integralnych z zakresu profilaktyki uzależnień prowadzonych bądź koordynowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną uczestniczyło wiele tysięcy osób (274 958).

Szczególnie dużo inicjatyw podejmowanych było w szkołach m.in. konkursy plastyczne, prezentacje multimedialne, konkursy wiedzy, piosenki. Bardzo często zaplanowane działania przeciw-dopalaczowe realizowane były w ramach akcji „Bezpieczne Wakacje (Ferie)”. Najczęściej współorganizatorami integralnych projektów profilaktycznych były; samorządy terytorialne, komendy wojewódzkie i powiatowe policji, szkoły, organizacje pozarządowe. W ramach strategii „demarketingowych” stacje

sanitarno-epidemiologiczne. udostępniały; plakaty, ulotki, prezentacje oraz dystrybuowały film i spot przygotowane przez Główny Inspektorat Sanitarny. Większość tych produktów udostępniano także w internecie. Wiele inicjatyw podejmowano razem z lokalnymi mediami (prasą, telewizją, radiem, portalami internetowymi). Ten zakres współpracy oceniany był w Inspekcji jako bardzo ważny, z uwagi na wrażliwość opinii publicznej na zagrożenie wynikające z używania „dopalaczy” i, co ważne, oceniany był pozytywnie. Większość stacji sanitarno-epidemiologicznych posiada strony internetowe, na których znajdują się m.in. informacje na temat środków zastępczych. Widoczna jest duża różnorodność form i zawartych na stronach treści. Ruchome Punkty Informacyjne zakupione pod koniec 2010 roku, są nadal wykorzystywane podczas imprez, konferencji, akcji profilaktycznych poświęconych wyłącznie tematyce „dopalaczy” i innych imprez środowiskowych o charakterze prozdrowotnym.

Informacja o możliwości korzystania z infolinii, które są organizowane przez Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne, jest zamieszczana na stronach internetowych oraz w rozpowszechnianych przez pracowników stacji ulotkach. Według relacji pracowników zgłaszane są na nią informacje o podejrzanych miejscach udostępniania dopalaczy i pytania dotyczące uzależnień.

Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi opracował materiały szkoleniowe: „Ocena wpływu środków zastępczych na zdrowie ludzi”, „Potencjalne kierunki modyfikacji chemicznych środków zastępczych” oraz „Raport Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych – trzy lata zwalczania dopalaczy w Polsce”

#### 5. Współpraca z innymi organami i instytucjami badawczymi

Państwowa Inspekcja Sanitarna współpracowała, w szczególności, z Ministerstwem Zdrowia nad zmianą przepisów w obszarze środków zastępczych.

Departament Nadzoru nad Środkami Zastępczymi uczestniczył w pracach Zespołu roboczego ds. monitorowania, wdrażania i realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, natomiast Dyrektor Departamentu Przewodniczył Zespołowi ds. Nowych Substancji Psychoaktywnych przy Radzie ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Podczas międzynarodowej konferencji dotyczącej nowych substancji psychoaktywnych, zorganizowanej przez Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, która odbyła się w Warszawie w dniach 4–5 września, Główny Inspektor Sanitarny przedstawił dokonania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zmniejszania zagrożeń zdrowia publicznego w obszarze środków zastępczych.

W zakresie badań kwestionowanych produktów Państwowa Inspekcja Sanitarna współpracowała z instytucjami badawczymi i Służbą Celną.

W związku z przypadkami podejrzeń zatruc środków zastępczymi z Krajowym Konsultantem w dziedzinie Toksykologii Klinicznej współpracowało Ministerstwo Zdrowia oraz Główny Inspektorat Sanitarny.

W 2013 r. w związku z zaistniałym zagrożeniem życia lub zdrowia ludzi stwarzanym przez środki zastępcze, Główny Inspektor Sanitarny oraz państwowi inspektorzy sanitarni, zgłaszali podejrzenia popełnienia przestępstwa do prokuratury – łącznie w 65 przypadkach.

## 6. Środki zastępcze zidentyfikowane w 2013 r. w produktach zabezpieczonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Związki chemiczne zidentyfikowane w produktach „dopalaczy” zabezpieczonych w 2013 roku przedstawia poniższa tabela. W próbkach produktów wykryto nie tylko środki zastępcze określone w art. 4 pkt 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124), ale również środki odurzające i substancje psychotropowe: 4-MEC, RCS-4 oraz mefedron, które jako posiadane bez uprawnienia podlegają zabezpieczeniu przez organy ścigania lub organy celne w trybie określonym w przepisach dotyczących postępowania karnego.

Tabela 23. Lista substancji zidentyfikowanych w produktach „dopalaczy” zabezpieczonych w 2013 r.

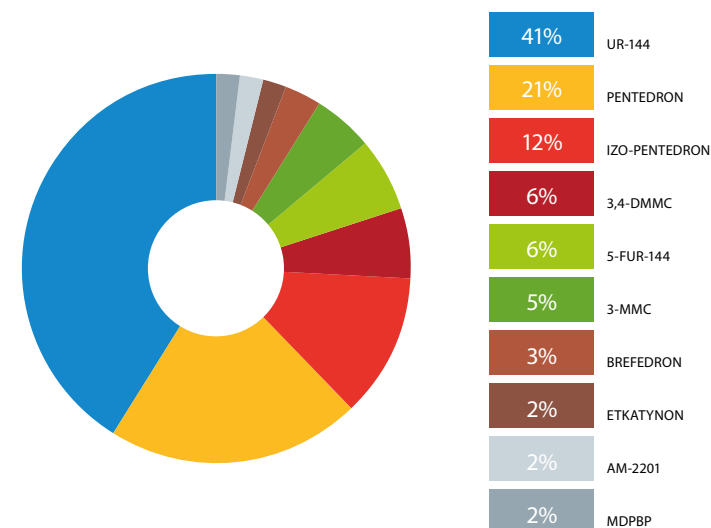
Lp	Związki chemiczne wykryte w produktach w 2013 r.	
	<b>Syntetyczne Kannabinoidy</b>	18
1	UR-144	19
2	APICA (JWH-018 adamantyl karboksamid)	20
3	5-FUR-144	21
4	AM-2201	22
5	MAM-2201	23
6	APINACA (AKB48)	24
7	AM-2233	25
8	AM-1248	<b>inne substancje</b>
9	A-834,735	26
	<b>Katynony</b>	27
10	3,4-DMMC	28
11	PENTEDRON	29
12	IZO-PENTEDRON	30
13	ETKATYNON	31
14	BREFEDRON	32
15	MDPBP	<b>Aminokwasy</b>
16	pMPPP	33
17	3-MMC	34

1. Substancje kontrolowane przez ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124)

Departament Nadzoru Nad Środkami Zastępczymi Główny Inspektorat Sanitarny

W 2013 r. do najczęściej identyfikowanych środków zastępczych należały następujące substancje psychoaktywne UR-144, pentedron, izo-pentedron, 3,4-DMMC oraz 5-FUR-144 które są zaliczane do grupy syntetycznych kannabinoidów oraz katynonów.

Wykres 39. Najczęściej występujące środki zastępcze w zabezpieczonych produktach w 2013 r.



## 7. Charakterystyka zidentyfikowanych substancji psychoaktywnych

Substancje psychoaktywne w środkach zastępczych, które na przestrzeni 2013 r. były identyfikowane w próbkach produktów zatrzymanych i wycofanych z obrotu przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej należały do następujących grup: syntetycznych kannabinoidów, katynonów i innych. Środki zastępcze występowały w różnej postaci, np. suszu roślinnego, proszku oraz kapsułek.

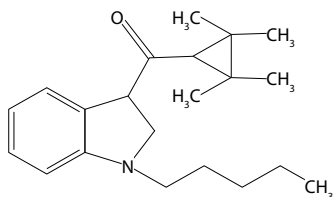
**Katynon** jest głównym alkaloidem khatu czyli czuwaliczka jadalna (tradycyjnie popularny środek roślinny w krajach afrykańskich). Katynony stanowią podklasę fenyloetyloamin lub bardziej precyzyjnie, ich beta-keto analogów. Katynony mają działanie stymulujące. Do głównych pochodnych katynonów można m.in. zaliczyć: mefedron, pentedron, etkatynon czy brefedron, które są syntetycznymi związkami chemicznymi.

**Kannabinoidy** stanowią drugą grupę zidentyfikowanych w 2013 r., w toku działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, środków zastępczych. Jest to grupa substancji obejmująca zarówno związki naturalnie występujące w konopiach siewnych (*Cannabis sativa*), a także ich syntetyczne analogi lub metabolity. Z chemicznego punktu widzenia są to pochodne dibenzopirenu lub monoterenoidów. Kannabinoidy to grupa związków chemicznych, oddziałujących na receptory kannabinoidowe w mózgu. Kannabinoidy działają podobnie do delta-9-tetrahydrokannabinolu (THC), głównego składnika aktywnego konopi indyjskich. Charakteryzują się działaniem halucynogennym, uspokajającym oraz depresyjnym.

W produktach będących środkami zastępczymi oprócz związków charakteryzujących się określonym typem budowy chemicznej oraz specyficznym mechanizmem działania zidentyfikowano również inne związki wywołujące działanie psychoaktywne: metylofendimetrazyna, 2-DPMP.

W 2013 r. w badanych produktach najczęściej pojawiającym się związkiem w składzie chemicznym środków zastępczych jest **UR-144**; (1-pentyloindol-3-ylo)-(2,2,3,3-tetrametylcyklopropylo) metanon.

Wzór strukturalny UR-144:



UR-144 zalicza się do grupy syntetycznych kannabinooidów. Jest substancją psychoaktywną o działaniu silniejszym na organizm człowieka niż THC (tetrahydrokannabinolu) czyli najbardziej aktywnego składnika marihuany.

UR-144 wywołuje euforyczny nastrój, podniecenie i oszołomienie, wzrost apetytu.

W większych dawkach powoduje czasowe zmiany: postrzegania, nastroju, świadomości i zachowania. Wzrost wrażliwości słuchu i wzroku. Obniżenie wrażliwości na ból.

Duże dawki powodują zaburzenia orientacji, pobudzenie, stany euforyczne, urojenia, ataki paniki albo apatię, uczucie senności i zamroczenie.

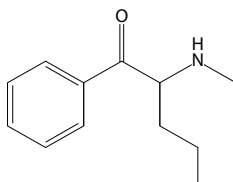
Do działań niepożądanych UR-144 należą m.in:

- zaburzenia rytmu serca i wahania ciśnienia tętniczego krwi;
- zaburzenia koordynacji ruchowej ciała, zawroty głowy;
- suchość błon śluzowych, przekrwienie oczu.

W 2013 r. związek UR-144 występował m.in. w produktach „dopalaczy” o nazwach: pomarańczowy płomień (susz roślinny w kolorze zielonym), rozmarynowe wzgórze – (saszetka zapachowa), rozpałka do pieca koloru pomarańczowego (susz roślinny barwy zielono-brunatnej), cząstka boga: Surja znad indyjskich gór i doliny Gangesu – (susz roślinny), ekstrakt cytrynowy ogień (zasuszona i rozdrobniona substancja roślinna koloru zielonego)

Kolejnym związkiem bardzo często identyfikowanym w środkach zastępczych był **pentedron**; 2-(metylamino)-1-fenyl-pentan-1-on.

Wzór strukturalny pentedronu:



Jest to substancja psychoaktywna, należąca do grupy katynonów. Jest pochodną fenyletyloaminy o działaniu sympatykomimetycznym, zbliżonym do amfetaminy.

Pentedron w większych dawkach wywołuje wzmożoną aktywność i nienaturalną „wesołkowatość”. Mogą się pojawiać chwiejność emocjonalna, zachowania aspołeczne, dezorientacja a także bruksizm. Duże dawki mogą wywołać objawy paranoi, urojenia, myśli samobójcze. U osób z chorobami psychicznymi może powodować zaostrzenie psychoz. Po ustaniu działania pentedronu może wystąpić: obniżony nastrój, zmęczenie, senność, poczucie bezsilności.

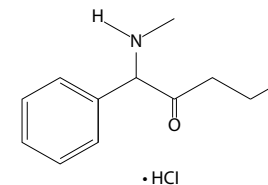
Do działań niepożądanych pentedronu można m.in. zaliczyć:

- rozszerzenie źrenic
- suchość w jamie ustnej
- przyspieszony płytki oddech
- szybkie bicie serca i wzrost ciśnienia tętniczego krwi

W 2013 r. pentedron pojawił się w takich produktach jak: imitacja produktu: ekstrakt szary powiew – (proszek), wiśniowy dotyk – (saszetka), MITRA, Cząstka Boga: MITRA znad Indyjskich gór i doliny Gangesu – (saszetka z białym proszkiem), cytrynowy powiew – (saszetka zapachowa), Cząstka Boga Rudra znad Indyjskich gór i doliny Gangesu – (biały proszek).

Następnym środkiem zastępczym pojawiającym się w 2013 r. w zabezpieczonych produktach jest **izo-pentedron**; 1-(metyloamino)-1-fenylpentan-2-on który jest syntetyczną pochodną katynonu. Również jest izomerem strukturalnym pentedronu, od którego różni się położeniem grupy  $\alpha$ -propylowej i  $\beta$ -ketonowej. Występuje w postaci chlorowodoru.

Wzór strukturalny izopentedronu:



Izo-pentadron wywołuje wzmożoną aktywność i nienaturalną „wesołkowatość”. Po użyciu mogą się pojawiać chwiejność emocjonalna, zachowania aspołeczne, dezorientacja, a także bruksizm. Duże dawki mogą wywołać objawy paranoi, urojenia, myśli samobójcze. Po ustaniu działania izo-pentadronu może wystąpić: obniżony nastrój, zmęczenie, senność, poczucie bezsilności.

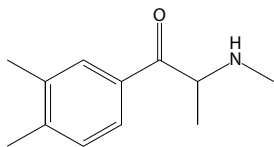
Do działań niepożądanych izo-pentadronu m.in. należą:

- rozszerzenie źrenic
- suchość w jamie ustnej
- przyspieszony płytki oddech
- szybkie bicie serca i wzrost ciśnienia tętniczego krwi

W badanych próbkach w 2013 r. izo-pentadron występował w następujących produktach: Cząstka Boga: Djaus znad Indyjskich gór i doliny Gangesu – (saszetka), wiśniowe wzgórze – (saszetka zapachowa), odświeżacz do toalet o zapachu wiśniowym, dodatek do piasku koloru niebieskiego, Cząstka Boga Bramha – (biały proszek).

Kolejnym często identyfikowanym środkiem zastępczym jest **3,4-DMMC**; 1-(3,4-dimetylofenylo)-2-(metyloamino) propan-1-on.

Wzór strukturalny 3,4-DMMC:



Jest substancją psychoaktywną, syntetyczną, (3-metylową pochodną mefedronu) należąca do grupy katynonu. Ma działania stymulujące poprzez oddziaływanie na układ dopaminergiczno-noradrenergiczny. Działanie 3,4-DMMC polega głównie na hamowaniu zwrotnego wychwytu noradrenaliny i dopaminy.

3,4-DMMC wywołuje: pobudzenie, zwiększenie aktywności, „gadatliwość”, zmniejszenie łaknienia i jadłowstręt, suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, mrowienie twarzy, szczykościsk, napady zimna. W większych dawkach napady paniki.

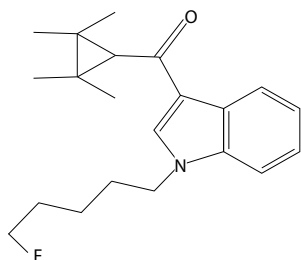
Do działań niepożądanych 3,4-DMMC można m.in. zaliczyć:

- szybkie rytmy serca;
- wzrost ciśnienia tętniczego krwi.

W 2013 r. związek 3,4-DMMC występował m.in. w produktach o nazwach: miętowy nektar – (saszetka z białym proszkiem), imitacja produktu: ekstrakt: różowo-brązowy bród, Częstka Boga: Daksa znad Indyjskich gór i doliny Gangesu – (saszetka), VIOL S, produkt poprawiający kondycję roślin egzotycznych, PUSZAN, Częstka Boga: Puszan znad Indyjskich gór i doliny Gangesu – (saszetka z białym proszkiem).

**5-FUR-144**; (1-(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl) methanone jest kolejnym związkiem, który w 2013 r. pojawiał się w zabezpieczonych produktach „dopalaczy”.

Wzór strukturalny 5-FUR-144:



5-FUR-144 to substancja psychoaktywna, klasyfikowana jako substancja chemiczna o działaniu przeciwbólowym, ale w praktyce jest wykorzystywana jako substancja psychotropowa.

Wywołuje ona podniecenie, uczucie przyjemności, zmniejszenie wrażliwości na ból, wzrost wrażliwości słuchu i wzroku. W wyższych dawkach powoduje zaburzenia orientacji w przestrzeni, podrażnienie, stany euforyczne, uczucie strachu. Działa silniej od UR-144.

Do działań niepożądanych 5-FUR-144 m.in. należą:

- zaburzenia rytmu serca i wahanie ciśnienia tętniczego krwi;
- zaburzenia koordynacji ruchowej ciała, zawroty głowy;
- suchość błon śluzowych, przekrwienie oczu.

W 2013 r. 5-FUR-144 zidentyfikowano w następujących produktach: Częstka Boga Waruna – (susz roślinny), pachnidło ziołowy wzmacniacz zapachu, no bad trip – (susz roślinny o intensywnym zapachu), AMULET OCHRONNY średni; duży, Częstka Boga: Surja znad indyjskich gór i doliny Gangesu – (susz roślinny).

## 8. Podsumowanie

W wyniku zwalczania przez Państwową Inspekcję Sanitarną „dopalaczy” – środków zastępczych, nastąpił spadek podaży na skutek zamykania stacjonarnych punktów sprzedaży i zakazu wprowadzania do obrotu, spadek konsumpcji na skutek działań profilaktycznych i edukacyjnych. Rezultaty działania wskazują na wyższą efektywność instrumentów administracyjnych niż instrumentów o charakterze represyjnym, o czym świadczą wyniki badania „Młodzież 2013”<sup>1</sup> w zakresie ograniczenia dostępności do „dopalaczy”. Bez wątplenia mają na to wpływ działania podejmowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Najbardziej efektywne jest podejście zrównoważone, oparte o działania skierowane zarówno przeciwko podaży jak i popytowi dopalaczy.

W 2013 r. Ministerstwo Zdrowia jak i Państwowa Inspekcja Sanitarna, kontynuowały prace nad zmianą przepisów w sprawie nowych substancji psychoaktywnych w celu zwiększenia efektywności ograniczania ich podaży i popytu uznając, że to jest obszar nie tylko karny, lecz przede wszystkim ochrony zdrowia ludzkiego.

<sup>1</sup> [www.cinn.gov.pl/portals?id=674130](http://www.cinn.gov.pl/portals?id=674130)



# JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ DO SPOŻYCIA

## 1. Wstęp

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

## 2. Zaopatrzenie ludności w wodę

Woda wykorzystywana do zbiorowego zaopatrzenia ludności w 2012 r. w 70,4% pochodziła z ujęć podziemnych i w 29,6% z ujęć powierzchniowych. W 2009 r. powyższe proporcje kształtowały się odpowiednio: 68,5% i 31,5%, w 2010 r. – 69,1% i 30,9%, a w 2011 r. – 69,9% i 30,1%. Obserwuje się więc nieznaczną, lecz stałą tendencję wzrostową do wykorzystywania wody z ujęć podziemnych. Z ujęć powierzchniowych najczęściej pobierają wodę duże wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miejskie i przemysłowe. Należy w tym miejscu zauważyć, że ogólny pobór wody na cele zaopatrzenia w wodę w Polsce w kolejnych latach stopniowo malał: w 2008 r. wyniósł 2 103,5 hm<sup>3</sup>, w 2009 r. – 2 067,3 hm<sup>3</sup>, w 2010 r. – 2 062,4 hm<sup>3</sup>, w 2011 r. spadł do 2 033,0 hm<sup>3</sup>. W 2012 r. pobór wody na cele zaopatrzenia w Polsce utrzymał poziom roku poprzedniego i wyniósł 2 036,1 hm<sup>3</sup>. W ciągu 4 lat pobór wody na cele

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.)

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne (Dz. U. z 2012 r., poz. 145, z późn. zm.)

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (Dz. U. z 2006 roku, Nr 123, poz. 858, z późn. zm.)

<sup>4</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417, z późn. zm.)

<sup>5</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 72, poz. 466)

zbiorowego zaopatrzenia ludności w Polsce zmniejszył się o 70,5 hm<sup>3</sup>, co stanowi spadek o ok. 3,5% w rozpatrywanym okresie<sup>1</sup>. Jest to kontynuacja tendencji spadkowej od momentu wprowadzenia wodomierzy przed dwoma dekadami oraz podwyższenia cen wody.

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

Przepisy o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków regulują zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność. Struktura wodociągów w 2013 r. została przedstawiona w tabeli nr 24.

Tabela 24. Struktura wodociągów w 2013 r.

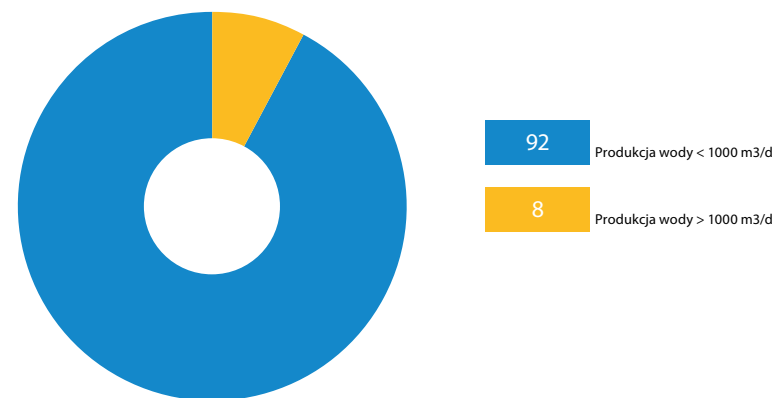
Wodociągi o produkcji [m <sup>3</sup> /d]	Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej w wodę		
	łącznie	odpowiadającą wymaganiom	łącznie	odpowiadającą wymaganiom	
≤100	1	3 883	3 566	1 759,383	1 660,014
101–1 000	2	4 105	3 855	9 785,685	9 230,026
1 001–10 000	3	618	586	11 354,745	10 944,346
10 001–100 000	4	54	53	9 219,110	8 989,502
>100 000	5	5	5	3 436,985	3 436,985
<b>SUMA</b>	<b>6</b>	<b>8 665</b>	<b>8 113</b>	<b>35 555,908</b>	<b>34 260,873</b>

W kraju w roku 2013 było 8665 wodociągów zaopatrujących w wodę około 35 mln ludności. Liczba wodociągów zmniejszyła się nieznacznie, w 2012 roku w ewidencji znajdowało się 8748 wodociągów. W porównaniu do roku sprawozdawczego 2012, wodociągów o najmniejszej dobowej produkcji <100 m<sup>3</sup> zmalało o 77 obiektów, o produkcji 101–1 000 m<sup>3</sup> zmalało o 6 obiektów, o produkcji 1 001–10 000 m<sup>3</sup> wzrosło o 13 wodociągów, natomiast wodociągów o produkcji 10 001–100 000 m<sup>3</sup> zmniejszyło się o 14 obiektów. Pomimo, iż liczba małych wodociągów maleje to poważnym problemem w procesie zbiorowego zaopatrzenia w wodę jest nadal nadmierne rozproszenie przedsiębiorstw. Małe wodociągi, czyli produkujące <1 000 m<sup>3</sup> wody na dobę stanowią 92% wszystkich przedsiębiorstw (spadek o 1% w stosunku do roku ubiegłego) i zaopatrują około 11,5 mln ludności (spadek o 1,5 mln ludności), co stanowi 32% całej zaopatrywanej w wodę ludności. Zależności te przedstawiono na grafice nr 2.

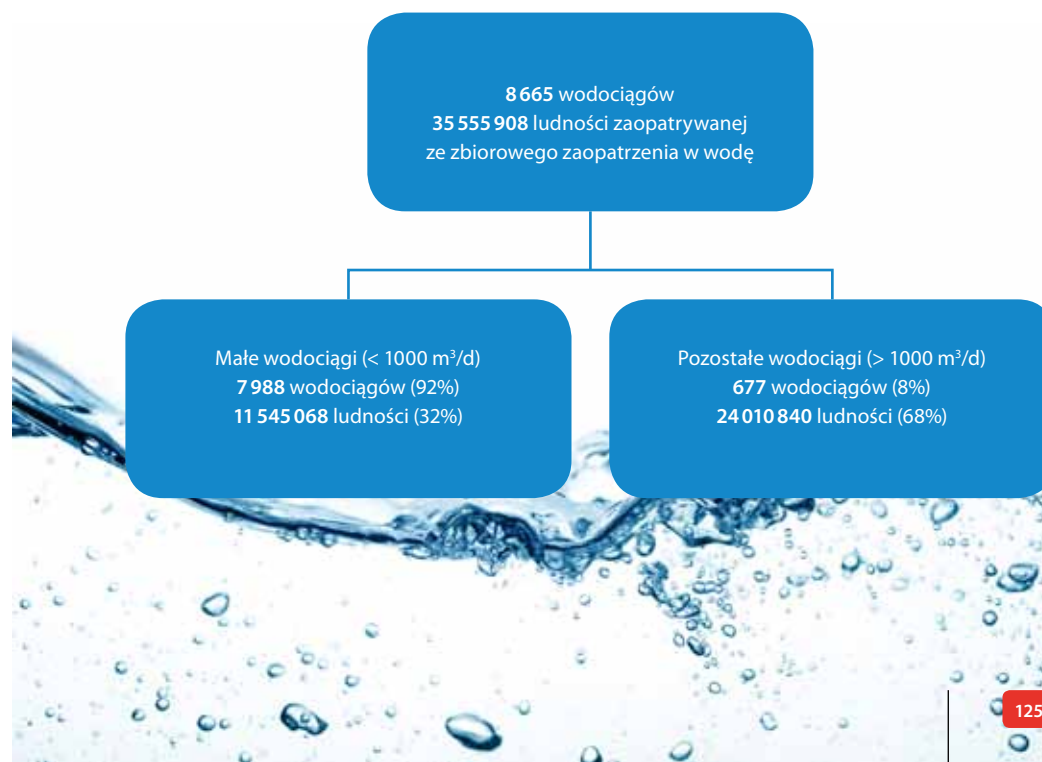
Oprócz przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, czyli podmiotów obejmujących zakresem swojej działalności zbiorowe zaopatrzenie w wodę, istnieją również inne podmioty, jak np. szpitale i szkoły posiadające własne ujęcia, które produkują wodę na potrzeby własne. W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych w roku 2013 znajdowało się 2 718 tego typu podmiotów. Dla porównania, w 2012 r. było ich 2 675, w 2011 r. było to 2 590 podmiotów, a w 2010 r. – 2 858.

<sup>1</sup> Ochrona Środowiska 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013; GUS

Wykres 40. Struktura produkcji wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w 2013 r.



Grafika 2. Liczba wodociągów produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności.



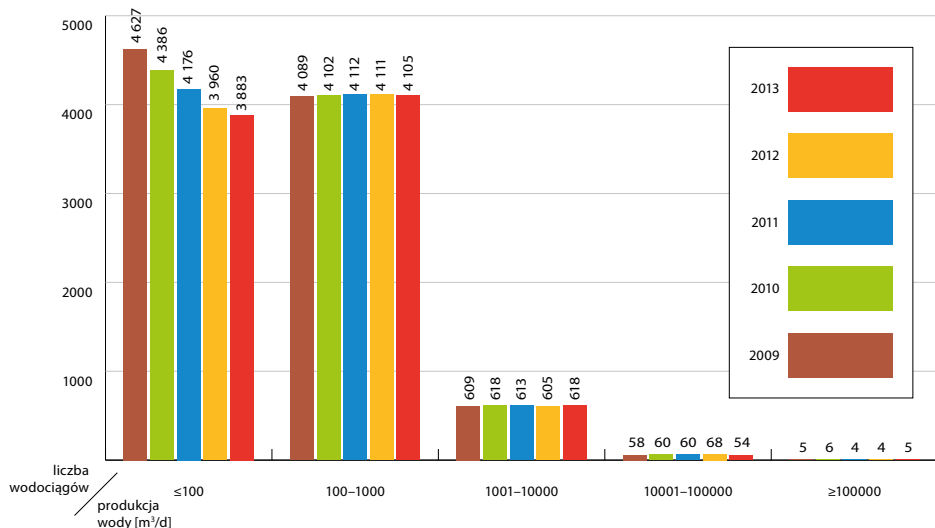


Jak wynika z powyżej przedstawionych danych, w kraju mamy dużą liczbę „małych wodociągów”. Istnieje wprawdzie tendencja do zmniejszania ich liczby, niemniej jednak spadek ten przebiega bardzo powoli. W związku z koniecznością wypełnienia obowiązków traktatowych związanych z prawidłowym i pełnym wdrożeniem dyrektywy 98/83/WE z dnia 3 listopada 1998 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. UE L. 98.330.32) przede wszystkim przez małe wodociągi oraz biorąc pod uwagę fakt, iż stosunkowo duży odsetek ludności w Polsce zaopatrywany przez małe wodociągi jest w wodę z przekroczeniami wartości następujących parametrów: mętność, barwa, żelazo, mangan i amoniak, które należą do tak zwanych parametrów wskaźnikowych nie stanowiących bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia, dlatego też organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w każdym przypadku indywidualnie podejmują działania i wydają decyzję dopuszczającą wodę warunkowo do spożycia. Podstawą do podjęcia decyzji są kryteria zdrowotne uwzględniające oszacowanie ryzyka powodowanego przez przekroczenia wartości ww. parametrów. Pomimo tego, iż ustanowione wartości gwarantują bezpieczeństwo wody dla konsumentów to nie są one jednak akceptowalne przez konsumentów ze względu na niekorzystne zmiany cech organoleptycznych wody (barwa, smak, zapach). Dopuszczenia warunkowe te są udzielane na określony czas, niezbędny do doprowadzenia jakości wody do wymagań normatywów. Aby przyspieszyć ten proces w małych wodociągach, istotnym jest rozważenie zasadności podążania w kierunku ich konsolidacji, tak aby mogły one podołać rygorystycznym wymaganiom dyrektywy 98/83/WE z dnia 3 listopada 1998 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. UE L. 98.330.32)

Wzmocnienie działań w kierunku zarządzania bezpieczeństwem zdrowotnym wody przez odpowiednio wykształconych specjalistów, wprowadzenie kontroli wewnętrznej, jak również stworzenie możliwości zastosowania, o ile to konieczne, nowych (drogich) technologii uzdatniania, a także stworzenie możliwości wymiany lub renowacji sieci wpłynęłyby znacznie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego wody w małych wodociągach.

W Polsce około 35 mln ludności jest zaopatrywanych w wodę ze zbiorowego systemu zaopatrzenia w wodę do spożycia, natomiast pozostała część zaopatruje się w wodę pochodzącą z indywidualnych ujęć np. z przydomowych studni.

Wykres 41. Liczba urzędzeń produkujących wodę w latach 2009–2013.



Według informacji Głównego Urzędu Statystycznego dotyczących infrastruktury komunalnej, na koniec 2011 roku sieć wodociągowa rozdzielcza wynosiła ponad 278 tys. km i zwiększyła się w stosunku do roku poprzedniego o 2% (tj. o około 5 tys. km). W roku 2012 wynosiła natomiast 283 tys. km i również zwiększyła się o około 5 tys. km (w układzie przestrzennym największe zagęszczenie sieci występuje na terenach województw: śląskiego, kujawsko-pomorskiego, łódzkiego i małopolskiego; najmniejsze na terenach województw: zachodniopomorskiego i lubuskiego. Sieć na terenach wiejskich stanowi prawie 78% całkowitej długości sieci w Polsce. W 2012 roku na wsi przybyło ponad 4 tys. km nowej sieci. Największy przyrost sieci na terenach wiejskich miał miejsce w województwach: mazowieckim, zachodniopomorskim, wielkopolskim i warmińsko-mazurskim.

W 2013 r. około 96% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego, o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia<sup>1</sup>, a pozostałe 4% miało dostęp do wody warunkowo dopuszczanej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Należy jednak zaznaczyć, iż warunkowa przydatność wody do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw jest wydawana zawsze indywidualnie po uwzględnieniu stopnia zagrożenia dla zdrowia. Woda, której jakość stanowi realne zagrożenie dla jej konsumentów, nie jest dopuszczana do spożycia.

Według ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, małych wodociągów (produkujących poniżej 100 m<sup>3</sup> wody/dobę) w rozpatrywanym okresie było 3 883 (w tym skontrolowanych – 3 861, co stanowi 99%). Wśród nich 3 566 dostarczało wodę zgodną z wymaganiami, co stanowi 92% wszystkich skontrolowanych. Wodociągów produkujących od 101 do 1000 m<sup>3</sup> wody/dobę zarejestrowano 4 105 (w tym skontrolowanych – 4 098; 99%). Wśród tej grupy 94% dostarczało wodę spełniającą wymagania określone w ww. rozporządzeniu. Wodociągów produkujących wodę od 1 001 do 10 000 m<sup>3</sup>/dobę było 618 (w tym skontrolowanych – 618). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 94%. Wodociągów produkujących od 10 001 do 100 000 m<sup>3</sup> wody/dobę było 54 (w tym skontrolowanych – 54). Woda przez nie dostarczana odpowiadała wymaganiom w 98%. Natomiast pięć największych wodociągów, produkujących powyżej 100 000 m<sup>3</sup>/dobę dostarczało wodę do spożycia w 100% zgodną z wymaganiami. Dane dotyczące ludności zaopatrywanej w wodę odpowiadającą wymaganiom przedstawiono w tabeli nr 1.

### 3. Analiza przekroczeń wskaźników mikrobiologicznych w odniesieniu do załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia<sup>1</sup>

Woda jest niezbędna do utrzymania życia powinna być właściwej jakości i powinna być dostępna w odpowiedniej ilości dla wszystkich konsumentów. W celu stwierdzenia, że woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego badania wody prowadzone są metodami i w zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Występowanie w wodzie mikroorganizmów, takich jak *Escherichia coli* i enterokoki (*paciorokowce kałowe*), bytujących zwykle w odchodach ludzi i zwierząt stałocieplnych wskazuje na zanieczyszczenia typu kałowego. Stanowią one swoisty wskaźnik zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody i ich obecność w wodzie wiąże się z koniecznością podjęcia natychmiastowych działań naprawczych. Od tych parametrów nie może być

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 roku w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417, z późn. zm.)

żadnych odstępstw. W roku 2013 Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach nadzoru sanitarnego nad zaopatrzeniem zbiorowym w wodę wykonywała badania zarówno w kierunku obecności *Escherichia coli* jak i w kierunku enterokoków. Przypadki przekroczeń dotyczących występowania *Escherichia coli* oraz występowania enterokoków miały miejsce głównie w małych wodociągach. W takich przypadkach organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały decyzje stwierdzające brak przydatności wody do spożycia i obligujące zarządzających wodociągiem do podjęcia natychmiastowych działań naprawczych. Skuteczność tych działań zawsze jest potwierdzana uzyskanymi dwukrotnie pozytywnymi wynikami badań mikrobiologicznych. Efektywność tych działań potwierdza brak epidemii chorób wodopochodnych.

Pogorszenia jakości wody w zakresie mikrobiologicznym były spowodowane głównie awariami urządzeń, przeciekami na sieci, brakiem właściwej dezynfekcji po dokonanej konserwacji, złym stanem technicznym instalacji wewnętrznej, małym rozbiorem wody, brakiem regularnego płukania sieci, co mogło być skutkiem wtórnego zanieczyszczenia w związku z odkładaniem się w przewodach związków żelaza i manganu. 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 zwiększali częstotliwość poboru próbek wody w ramach kontroli wewnętrznej w celu ustalenia przyczyny. W zależności od wyników badań podejmowano działania naprawcze takie jak:

- zwiększenie napowietrzania wody surowej, w skrajnych przypadkach wyłączano z eksploatacji zanieczyszczone studnie,
- płukanie i/lub dezynfekowanie odcinków sieci wodociągowej oraz urządzeń uzdatniających,
- intensyfikowanie płukania źródeł filtracyjnych lub ich wymianę,
- montowanie pomp o dużej wydajności.

W wielu przypadkach były to jednak poprawy krótkotrwałe. Praktyka pokazuje, że gruntowna i trwała poprawa jakości wody, w większości wodociągów jest ograniczona środkami finansowymi na wprowadzanie zmian w zakresie stosowanych technologii uzdatniania. Poprawa możliwa jest poprzez działania, takie jak rozbudowa sieci wodociągowych, czy rozwiązanie problemu zwiększonych i nierównomiernych zużyć dobowych wody.

#### 4. Analiza przekroczeń parametrów z załącznika nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia

Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi szczegółowo określa dopuszczalne stężenia parametrów chemicznych o istotnym i bezpośrednim znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. W przypadku stwierdzenia w badaniach monitoringowych przekroczeń dopuszczalnych wartości określonych w załączniku nr 2 (łącznie 27 parametrów), organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnione są do udzielania odstępstw od wymagań dla danego parametru chemicznego na wniosek właściwego wodociągu. Udzielenie zgody jest dopuszczalne, jeżeli nie będzie stanowić potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie będzie mogło być zrealizowane za pomocą innych środków. Wniosek o zgodę na odstępstwo składany do właściwego państwowego inspektora sanitarnego zawiera szereg niezbędnych do oceny zasadności wydania zgody danych, tj. wskazanie przyczyn występowania w wodzie dopuszczalnych przekroczeń parametrów, określenie działań podejmowanych

przez przedsiębiorstwo wodociągowo-kanalizacyjne w celu uzyskania poprawy jakości wody, określenie obszaru zaopatrzenia w wodę i liczby ludności zaopatrywanej w wodę, określenie harmonogramu działań naprawczych oraz działań sprawdzających efektywność procesów naprawczych. Wszystko to ma na celu umożliwienie podmiotom produkującym wodę stopniowe doprowadzanie wody do właściwej jakości. Naczelnym zadaniem w tym postępowaniu jest ochrona ludzi przed potencjalnymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi, które mogłyby wystąpić wskutek spożywania wody o nieodpowiedniej jakości. Takie postępowanie wymaga indywidualnej oceny w każdym przypadku i zależy od:

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

W roku 2013 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły 19 odstępstw dla wodociągów na 8 parametrów z załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia<sup>1</sup>. Największa liczba przekroczeń dopuszczalnych stężeń parametrów dotyczyła azotanów – 9 udzielonych odstępstw. Wśród pozostałych przekroczonej parametrów, odnotowano 10 odstępstw, na parametry takie jak: arsen, bor, 1,2-dichloroetan, fluorki, nikiel, selen, Σ trichloroetenu i tetrachloroetenu, co zostało przedstawione w tabeli nr 25.

Tabela 25. Całkowita liczba dotychczas udzielonych odstępstw przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w tym w 2013 r.

	Parametry	Liczba odstępstw <sup>1</sup>				SUMA (liczba odstępstw łącznie)
		I odstępstwo		II odstępstwo		
		łącznie obowiązujących (stan na 31.XII.2013 r.)	w 2013 r.	łącznie obowiązujących (stan na 31.XII.2013 r.)	w 2013 r.	
1	Azotany	27	5	6	4	33
2	Arsen	3	2	1	0	4
3	Bor	4	2	3	0	7
4	1,2-dichloroetan	1	1	0	0	1
5	Fluorki	2	0	2	1	4
6	Nikiel	3	1	2	1	5
7	Selen	1	1	0	0	1
8	Σ trichloroetenu i tetrachloroetenu	2	1	0	0	2
9	Ołów	0	0	1	0	1
10	Pestycydy	1	0	1	0	2
11	Σ pestycydów	1	0	0	0	1
	<b>SUMA</b>	<b>45</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>61</b>

1. Nie zanotowano żadnego przypadku III odstępstwa

Zarówno w 2013 r., 2012 r. jak i w 2011 r. największa liczba udzielonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgód na odstąpienie była przyznana w zakresie azotanów. Skażenie wody azotanami zachodzi poprzez przenikanie tych związków z pól uprawnych oraz ze ścieków komunalnych do wód powierzchniowych i gruntowych. Wody skażone azotanami stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia, szczególnie dla zdrowia noworodków i małych dzieci, co może spowodować zachorowanie na methemoglobinemię. Dlatego właśnie monitoring jakości wody przeznaczonej do spożycia stanowi tak ważny aspekt w nadzorze nad jej bezpieczeństwem zdrowotnym.

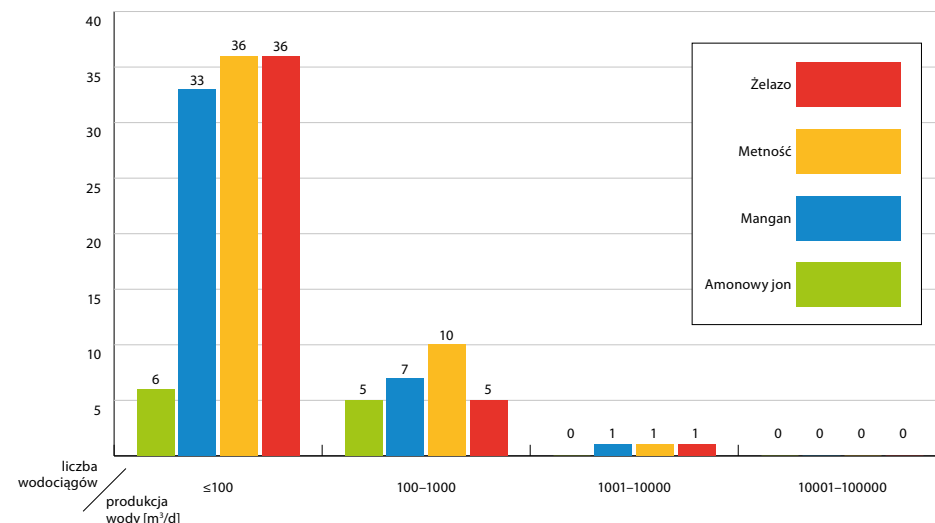
## 5. Analiza przekroczeń wybranych parametrów z załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi wyszczególnia również w załączniku nr 3 do rozporządzenia, dodatkowe wymagania mikrobiologiczne, organoleptyczne, fizykochemiczne oraz radiologiczne, jakim powinna odpowiadać woda, pozwalające stwierdzić poprawność i skuteczność uzdatniania wody. Ryzyko zdrowotne spowodowane związkami chemicznymi zawartymi w wodzie do spożycia różni się od zagrożenia spowodowanego zanieczyszczeniami mikrobiologicznymi, głównie z uwagi na fakt, że zanieczyszczenia chemiczne na ogół nie wywołują natychmiastowych skutków. Ponadto, istnieje niewiele składników chemicznych wód, które mogą prowadzić do wystąpienia problemów zdrowotnych. Woda jest bezpieczna dla zdrowia ludzkiego jeżeli jest wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych i pasożytów oraz wszelkich substancji w stężeniach stanowiących potencjalne zagrożenia dla zdrowia ludzkiego. Z tego określenia nie wynika, że woda ma być czysta w znaczeniu chemicznym czy organoleptycznym. Istotne jest aby była wolna od mikroorganizmów chorobotwórczych czy też substancji mogących wpływać bezpośrednio na zdrowie ludzi (parametry z załącznika nr 1 i nr 2 ww. rozporządzenia). Parametry mikrobiologiczne z załącznika nr 1 nie mogą być obecne w wodzie dopuszczalnej do spożycia. Każde przekroczenie eliminuje możliwość dystrybucji takiej wody do ludności. W przypadku przekroczeń parametrów (związków chemicznych) z załącznika nr 2 mogących mieć bezpośredni wpływ na zdrowie, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzielają czasowych odstępców od wartości określonych w rozporządzeniu. Natomiast, przekroczenie parametrów z załącznika nr 3 (parametry charakteryzujące prawidłowość przebiegu procesów technologicznych – tzw. parametry wskaźnikowe), nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia. Natomiast bardzo często nie są akceptowalne przez konsumentów w związku z ich zdolnością do wywoływania niekorzystnych cech organoleptycznych wody. Fakt, że woda jest mętna, zabarwiona bądź posiada wyczuwalny zapach, nie daje podstawy do stwierdzenia, że jest ona niezdrowa. Właściwie wszystkie zanieczyszczenia mające bezpośredni i istotny wpływ na zdrowie (obecność mikroorganizmów chorobotwórczych, toksyczne związki metali i substancje rakotwórcze) są niewidoczne gołym okiem a woda lecąc z kranu może być wizualnie kryształowo czysta. Dlatego, nie jest istotne jak woda wygląda ale czy nie zawiera substancji szkodliwych dla zdrowia i stwierdzenie tego faktu jest podstawowym, elementarnym działaniem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontrolujących jakość wody a w przypadku przekroczeń wartości oceny ryzyka i oszacowania skutków zdrowotnych dla konsumenta.

O walorach smakowych i jakościowych wody decyduje jej skład. Konsument przede wszystkim ocenia jakość wody po jej smaku, barwie i zapachu, czyli wskaźnikach organoleptycznych pozwalających na sklasyfikowanie wody przez konsumenta jako bezpiecznej i zdrowej. Na wykresie nr 42 przedstawiono najczęściej stwierdzone przekroczenia parametrów z załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Najwięcej przekroczeń odnotowano dla

następujących parametrów: mangan, żelazo, mętność, pH oraz jon amonowy. W roku 2013 największą ilość przekroczeń wykazano dla manganu. W wodzie produkowanej przez wodociągi o dobowej produkcji poniżej 1000 m<sup>3</sup> wody na dobę, liczba przekroczeń manganu była największa. Sytuacja dotycząca parametrów takich jak mętność i żelazo przedstawia się podobnie. Najliczniejsze przekroczenia tych parametrów stwierdzono w wodzie pochodzącej z przedsiębiorstw wodociągowych o najmniejszej dobowej produkcji wody, zaś najmniejszą ich liczbę w wodociągach o dobowej produkcji wody powyżej 100000 m<sup>3</sup>/d, co przedstawiono na wykresie nr 42.

Wykres 42. Liczba przekroczeń parametrów chemicznych z załącznika nr 3 w odniesieniu do produkcji wody.



Ponieważ w 70% woda przeznaczona do spożycia pochodzi z ujęć podziemnych, może ona zawierać wyższe stężenia żelaza i manganu. Beztlenowe wody podziemne mogą zawierać jony żelaza (II) w stężeniach osiągających kilka miligramów na liter, nie wywołując niepożądanego zabarwienia czy mętności wody, jeśli jest ona pompowana bezpośrednio ze studni. Jednakże, w wyniku kontaktu wody z powietrzem atmosferycznym jon żelaza (II) utlenia się do jonu żelaza (III) powodując czerwono-brązowe zabarwienia wody. Żelazo natomiast sprzyja wzrostowi bakterii, które czerpią energię z utleniania jonu żelaza (II) do żelaza (III) i tworzą maziste osady pokrywające przewody wodociągowe. W stężeniach poniżej 0,3 mg żelaza na liter zazwyczaj nie stwierdza się wyczuwalnego specyficznego smaku wody, chociaż już takie stężenia mogą powodować mętnienie wody i zmianę jej zabarwienia.

Pomimo, że stężenia manganu w ilości 0,5 mg/litr są zazwyczaj akceptowane przez konsumentów (zależy to od warunków lokalnych), może się zdarzyć, że przy przekroczeniu tego stężenia, mangan wywołuje niepożądany smak napojów. Obecność manganu w wodzie do spożycia, tak jak i żelaza, może powodować w sieci dystrybucyjnej powstawanie osadów. Już nawet stężenie manganu równe 0,02 mg/litr może powodować tworzenie się osadów odrywających się w postaci czarnej zawiesiny. Również mikroorganizmy powodują odkładanie manganu w komórkach, co stwarza problemy ze smakiem, zapachem i mętnością wody dostarczanej siecią wodociągową do konsumenta. Przekroczone wartości mętności w wodzie rozprowadzanej sieciami dystrybucyjnymi, mogą być skutkiem nieprawidłowego procesu

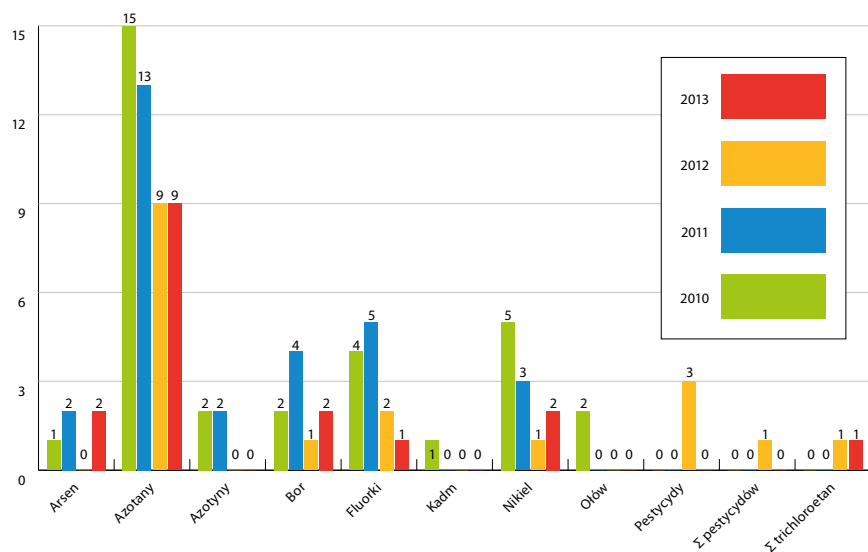
uzdatniania wody. Woda o wysokiej mętności może chronić mikroorganizmy przed działaniem dezynfekcyjnym i może pobudzać wzrost bakterii. Dlatego też, ważne jest ustalanie niskiej wartości dopuszczalnej mętności w celu zapewnienia skuteczności procesom dezynfekcyjnym.

W wodach podziemnych bardzo często spotyka się również przekroczone stężenia amoniaku. Ten parametr występujący w większych ilościach w wodzie, może zmniejszać skuteczność procesów dezynfekcji chlorem, w wyniku powstawania chloramin – produktów ubocznych dezynfekcji oraz przyczyniać się do powstawania azotanów w wodzie wodociągowej oraz powodować nieskuteczne usuwanie manganu. Zanieczyszczenie antropogeniczne wody amoniakiem w połączeniu ze stwierdzeniem bakterii fekalnych i nadmierną ilością chlorków jest wskaźnikiem zanieczyszczenia fekalnego wody. Jednocześnie amoniak nie ma bezpośredniego wpływu na zdrowie ludzi, gdyż występuje w wodzie do picia w stężeniach dużo niższych niż potencjalnie niebezpieczne dla zdrowia.

## 6. Podsumowanie

W roku 2013, podobnie jak rok wcześniej, około 96% konsumentom dostarczano wodę w ramach zbiorowego zaopatrzenia zgodną z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, natomiast około 4% mieszkańcom dostarczano wodę warunkowo dopuszczoną do spożycia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej udzieliły odstępstw na 8 parametrów, określonych w załączniku nr 2 ww. rozporządzenia. Porównanie liczby udzielanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej odstępstw w latach 2010–2013 przedstawia poniższy wykres. Do chwili obecnej nie udzielono trzeciego odstępstwa.

Wykres 43. Liczba odstępstw w latach 2010–2013.



Krajowym problemem w zaopatrzeniu w wodę jest nie zawsze skuteczne zarządzanie bezpieczeństwem zdrowotnym wody w małych wodociągach. Wśród nich stwierdza się wyższą (w stosunku do większych wodociągów) liczbę przekroczeń parametrów mających wpływ na jakość wody. Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się tendencję spadkową liczby ujęć wody/wodociągów o produkcji wody <math><100\text{m}^3/\text{d}</math> w wyniku ich przyłączania do większych wodociągów. Proces ten jest korzystny i pożądanym, ponieważ przyczynia się do lepszego nadzoru nad jakością wody. Duże przedsiębiorstwa wodociągowe dostarczają wodę o stabilnej jakości, posiadają w większości nowoczesne technologie uzdatniania wody, w większości wprowadziły lub wprowadzają systemy zarządzania jakością z serii norm 9000, 14000 lub HACCP. Zatem korzystnie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego wody wpłynęłaby także konsolidacja przedsiębiorstw wodociągowych. W wielu gminach prowadzących zaopatrzenie w wodę przy pomocy własnych jednostek (zakłady budżetowe, spółki) brak jest możliwości sprostania wysokim wymaganiom dyrektywy 98/83/WE<sup>1</sup> i przeciwdziałania potencjalnym, a nie realnym zagrożeniom w procesie zarządzania systemem wodociągowym opartym na Planach Bezpieczeństwa Wody (Water Safety Plan – WSP) z uwzględnieniem oszacowania ryzyka.

Wzrasta również świadomość konsumentów na temat wymagań, jakie powinna spełniać bezpieczna i „zdrowa” woda do spożycia. Dlatego też przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne podnoszą jakość świadczonych usług, starając się zapewnić dostarczenie produktu o jak najwyższej jakości.

Jednocześnie, bezpieczeństwo zdrowotne wody wymaga współpracy i udziału wielu podmiotów (organów samorządowych, przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych, resortów zdrowia, środowiska i infrastruktury) i rozwiązania istotnych problemów, takich jak:

1. sprawowanie przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzoru nad wszelkiego rodzaju wodami w zakresie objętym dyrektywą 98/83/WE.
2. objęcie skuteczną kontrolą wewnętrzną wszystkich ujęć wody do spożycia, także indywidualnych, w celu zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym i minimalizowania ich skutków.
3. stosowaniu systemu wielobarierowości polegającego na:
  - a. skutecznej ochronie ujęć wody,
  - b. właściwym projektowaniu, budowaniu i eksploataowaniu sieci i instalacji wodociągowych,
  - c. stworzeniu systemu nadzorowania materiałów i wyrobów stosowanych do kontaktu z wodą do spożycia.
4. zapewnienie właściwego funkcjonowania instalacji wewnętrznych w budynkach tak, aby nie były przyczyną wtórnego zanieczyszczenia i pogorszenia jakości wody oraz nałożenie na właścicieli instalacji obowiązku okresowej kontroli jakości rozprowadzanej wody.
5. utworzenie systemu gwarantującego bezpieczeństwo zdrowotne wody poprzez:
  - a. stosowanie dobrych praktyk (opracowanie wytycznych, zaleceń),
  - b. utworzenie systemu certyfikacji pracowników, tak aby zapewnić niezbędny poziom wiedzy z zakresu zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym.

<sup>1</sup> Dyrektywa Rady 98/83/WE z dnia 3 listopada 1998 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. UE L. 98.330.32)

# KĄPIELISKA

## 1. Wstęp

Dyrektywa 2006/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lutego 2006 r. *dotycząca zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylająca dyrektywę 76/160/EWG* (Dz. U. UE. L. 06.64.37)<sup>1</sup> implementowana do polskiego prawa ustawą z dnia 4 marca 2010 r. *o zmianie ustawy Prawo wodne* (Dz. U. z 2010 r., Nr 44, poz. 253) stanowiącą nowelizację ustawy z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* (Dz. U z 2005 r. Nr 267, poz. 2255, z późn. zm.)<sup>2</sup> zmienia dotychczasowe podejście do zagadnienia wyznaczania kąpielisk i zarządzania nimi, w tym nadzorowania jakości wody w kąpielisku i sposobu jej oceny oraz klasyfikacji. Woda w kąpieliskach jest tu traktowana jako pewien element środowiska, której jakość jest bezpośrednio uzależniona od stanu tego środowiska. Zgodnie z preambułą Dyrektywy, woda jest deficytowym zasobem naturalnym i koniecznym jest, aby każde Państwo Członkowskie objęło ją należytą ochroną. Polityka Wspólnoty Europejskiej poprzez swoje akty prawne dąży do ciągłej poprawy stanu środowiska, w tym wód. Dyrektywa Rady 76/160/EWG z dnia 8 grudnia 1975 r. *dotycząca jakości wody w kąpieliskach* określając parametry jakości wody w kąpieliskach<sup>3</sup>, które Państwa Członkowskie musiały osiągnąć w ciągu 10 lat od jej notyfikacji, stawiała za cel ochronę środowiska i zdrowia publicznego, poprzez zmniejszenie zanieczyszczenia wody w kąpieliskach oraz ochronę wody przed dalszym zanieczyszczeniem. Obecna Dyrektywa 2006/7/WE realizując zobowiązanie do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony wody w kąpieliskach, wprowadza element zarządzania jakością wody w kąpielisku. Podstawą środków zarządzania jakością wody w kąpieliskach jest podejmowanie wszelkich działań mających na celu lepsze rozpoznawanie ryzyka, co w szczególności wpływa na poprawę jakości wody. Zgodnie z założeniami dyrektywy 2006/7/WE przez środki zarządzania rozumie się działania tj.:

- określenie i regularna aktualizacja profilu wody w kąpielisku,
- określenie harmonogramu kontroli,
- kontrola wody w kąpielisku,
- ocena jakości wody w kąpielisku,
- klasyfikowanie wody w kąpielisku,
- określenie oraz ocena przyczyn zanieczyszczenia, które mogłyby mieć wpływ na wodę w kąpielisku oraz niekorzystnie wpływać na zdrowie kąpiących się,

<sup>1</sup> Dyrektywa 2006/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lutego 2006 r. *dotycząca zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylająca dyrektywę 76/160/EWG* (Dz. Urz. L 64 z 04.03.2006 r.)

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. *Prawo wodne* (tekst jednolity Dz. U z 2005 r. Nr 267, poz. 2255, z późn. zm.)

<sup>3</sup> Dyrektywa Rady z dnia 8 grudnia 1975 r. *dotycząca jakości wody w kąpieliskach* (76/160/EWG)

- informowanie społeczeństwa,
- podejmowanie działań mających na celu zapobieganie narażeniu kąpiących się na kontakt z zanieczyszczeniami,
- podejmowanie działań w celu obniżenia ryzyka zanieczyszczenia.

Zmiany związane z organizacją i nadzorowaniem kąpielisk wynikają z nowego podejścia do oceny zagrożeń. Oznacza to odejście od sztywnych ram badania szeregu parametrów mikrobiologicznych i fizykochemicznych, gdzie już nieznaczne przekroczenie jednego z parametrów stanowiło o dyskwalifikacji kąpieliska. Sposób postępowania zgodny ze starą dyrektywą 76/160/EWG powodował, iż ocena wydawana po sezonie kąpielowym nie odzwierciedlała rzeczywistego stanu kąpieliska oraz zagrożeń zdrowotnych i innych niezwiązanych z rutynowymi badaniami pomimo kontrolowania długiej listy parametrów.

Dyrektywa 2006/7/WE realizuje zobowiązanie zapewnienia wysokiego poziomu ochrony wody w kąpieliskach z równoczesnym wprowadzeniem nowego modelu zarządzania jakością wody w kąpieliskach i odejściem od ostrych kryteriów normatywnych na rzecz oceny realnych zagrożeń i analizy tych wskaźników, które rzeczywiście stanowią niebezpieczeństwo. Główna różnica w podejściu obu dyrektyw polega na kompleksowym podejściu nowej dyrektywy do oceny jakości wody poprzez analizę dłuższego okresu czasu przy mniejszym zakresie parametrów świadczącym o zanieczyszczeniu kałowym wody – *Escherichia coli* i enterokoki, które zostały zakwalifikowane jak stanowiące potencjalnie największe ryzyko zdrowotne dla osób kąpiących się. Ważna jest prewencja oparta na realnej ocenie wody i natychmiastowa reakcja. Pozwalają na to m.in. zmiany wprowadzone w zakresie organizacji i nadzoru nad kąpieliskami poprzez skupienie się na ocenie mikrobiologicznej oraz występowaniu sinic. Monitorowanie nadmiernego zakwitów sinic pozwala na szybką reakcję w chwili powstania generowanego przez nie zagrożenia neurologicznego i hepatoksyicznego.

## 2. Zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów

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

- przygotowuje projekt uchwały obejmujący wykaz planowanych kąpielisk sporządzony po rozpatrzeniu wniosków złożonych przez organizatorów kąpielisk oraz wydzielonych fragmentów wód powierzchniowych, na których planuje utworzyć kąpieliska, dla których będzie organizatorem,
- podaje do publicznej wiadomości projekt uchwały obejmujący wykaz planowanych kąpielisk oraz rozpatruje zgłoszone uwagi i propozycje,
- przekazuje projekt uchwały do zaopiniowania właściwemu: dyrektorowi regionalnego zarządu gospodarki wodnej, wojewódzkiemu inspektorowi ochrony środowiska i państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, a w przypadku kąpielisk położonych na polskich obszarach morskich, również właściwemu terytorialnie dyrektorowi urzędu morskiego,
- prowadzi i aktualizuje ewidencję kąpielisk<sup>1</sup>,
- przekazuje na wniosek właściwego inspektora sanitarnego właściwym organom w sprawach gospodarowania wodami, informacje zawarte w prowadzonej przez niego ewidencji,
- rozpowszechnia informacje o wprowadzonym zakazie kąpielii za pomocą środków masowego przekazu.

**Rada gminy** – zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy o *samorządzie gminnym*, odpowiada za:

- zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty<sup>2</sup>. W szczególności zadania własne obejmują sprawy: (...) 5) ochrony zdrowia, (...) 10) kultury fizycznej i turystyki, w tym terenów rekreacyjnych i urządzeń sportowych,
- zatwierdza projekt uchwały wyznaczającej kąpieliska.

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

- zorganizowanie kąpieliska i utrzymanie infrastruktury przy nim zlokalizowanej,
- wnioskuje o wyznaczenie kąpieliska uchwałą wójta, burmistrza, prezydenta miasta i umieszczenie w ewidencji kąpielisk na terenie gminy,
- aktualizuje dane, które zgodnie z ustawą zobowiązany jest dostarczyć właściwemu wójtowi, burmistrzowi, prezydentowi miasta,
- oznakowuje kąpielisko,
- sporządza profil wody w kąpielisku<sup>3</sup>,
- prowadzi kontrolę wewnętrzną zgodnie z art. 163 ustawy *Prawo wodne*,
- ustala wspólnie z inspektorem sanitarnym harmonogram poboru próbek wody do badań laboratoryjnych,
- systematyczne wizualne nadzorowanie kąpieliska,
- zleca badanie jakości wody laboratoriom upoważnionym ustawowo (laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria zatwierdzone przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej),
- niezwłocznie przekazuje wyniki badania wody właściwemu inspektorowi sanitarnemu celem dokonania oceny jej jakości,
- informuje właściwego inspektora sanitarnego o wystąpieniu zmian mogących mieć wpływ na jakość wody w kąpielisku oraz o zawieszeniu harmonogramu badań wody w kąpielisku,
- informuje kąpiące się osoby o jakości wody w kąpielisku i o zaleceniach organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- ustala przyczynę ewentualnego zanieczyszczenia wody i podejmuje działania dla ochrony zdrowia ludzkiego i poprawy jakości wody.

## 3. Podsumowanie stanu sanitarnego kąpielisk w 2013 r.

Zgodnie z Dyrektywą 2006/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lutego 2006 r. *dotyczącą zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylającą dyrektywę 76/160/EWG* (Dz. Urz. L 64 z 04.03.2006 r.) każdego roku Państwa Członkowskie opracowują dla Komisji Europejskiej raport dotyczący jakości wody w kąpieliskach. W roku 2011 Polska raportowała 220 kąpielisk, w 2012 r. odnotowała ich 221, natomiast w roku 2013 w sezonie kąpielowym były otwarte 204 kąpieliska.

Lokalizację poszczególnych kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej w 2013 r. przedstawiono na poniższej mapie (mapa 1).

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. w sprawie ewidencji kąpieliska oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli (Dz. U. Nr 91, poz. 527)

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. 2013 poz. 594)

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie profilu wody w kąpielisku (Dz. U. Nr 36, poz. 191)

**Tabela 26.** Liczba kąpielisk nadzorowanych i raportowanych do Komisji Europejskiej w latach 2011–2013 r.

Rodzaj wody	Liczba kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej		
	w 2011 r.	w 2012 r.	w 2013 r.
Wody przybrzeżne i przejściowe	89	87	82
Wody wewnętrzne	131	134	122
<b>Razem</b>	<b>220</b>	<b>221</b>	<b>204</b>

**Grafika 3.** Lokalizacja kąpielisk raportowanych do Komisji Europejskiej w 2013 r.



### 3.1. Terminy otwarcia kąpielisk

Zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne (Dz. U. z 2012 r. poz. 145) sezon kąpielowy obejmuje okres między 15 czerwca a 30 września. Indywidualnie dla każdego kąpieliska decyzję o jego otwarciu i zamknięciu w ramach czasowych określonych prawem praktycznie podejmuje organizator kąpieliska. Sezon kąpielowy jest okresem określonym przez radę gminy w uchwale, terminy te są zatwierdzane uchwałą Rady gminy, dodatkowo informacje te można znaleźć w Serwisie kąpieliskowym prowadzonym przez Główny Inspektorat Sanitarny.

### 3.2. Kąpieliska w Polsce

W 2013 r. spośród 204 czynnych kąpielisk, większość z nich była zorganizowana na jeziorach. Systematyka podziału akwenów jest zgodna z wymaganiami Komisji Europejskiej i dzieli się na trzy kategorie. Pierwszą z nich są jeziora, czyli części wód śródlądowych powierzchniowych stojących. Kolejną są rzeki, czyli części wód śródlądowych płynących w przeważającej części po powierzchni lądu, ale mogących na pewnych odcinkach swego biegu płynąć pod ziemią. Ostatnią kategorią są wody przejściowe i przybrzeżne.

Wody przejściowe oznaczają części wód powierzchniowych w obszarach ujść rzek, które są częściowo zasolone na skutek bliskości wód przybrzeżnych, ale które są pod znacznym wpływem dopływów wód słodkich. Wody przybrzeżne to wody powierzchniowe po stronie w kierunku lądu od linii, której najbliższy punkt linii brzegowej jest na odległości jednej mili morskiej po stronie w kierunku morza, od najbliższego punktu linii bazowej, od której mierzona jest szerokość wód terytorialnych, rozszerzając się tam gdzie to stosowane, aż do zewnętrznej granicy wód przejściowych<sup>1</sup>.

W porównaniu do roku 2012 liczba wszystkich kąpielisk w Polsce zmniejszyła się o 17 kąpielisk. Natomiast liczba miejsc wykorzystywanych do kąpeli zmniejszyła się w porównaniu z sezonem wcześniejszym o 13 obiektów. Wymagania i sposób prowadzenia nadzoru nad jakością wody w miejscach wykorzystywanych do kąpeli określone są w ustawie Prawo wodne<sup>2</sup>, rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpeli<sup>3</sup> oraz rozporządzeniu w sprawie ewidencji kąpielisk oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli<sup>4</sup>. Miejsca wykorzystywane do kąpeli zostały przez ustawodawcę przewidziane mając na względzie zapewnienie również bezpieczeństwa osobom kąpiącym się podczas zorganizowanego krótkotrwałego wypoczynku letniego (obozy harcerskie, sezonowe ośrodki wypoczynkowe lub gospodarstwa agroturystyczne). Miejsca te charakteryzują się, w odróżnieniu do kąpielisk, inną formą nadzoru sanitarnego nad jakością wody w zakresie zapewnianym wyeliminowanie zagrożeń zdrowotnych w czasie kąpeli, jednocześnie nie obciążając organizatorów wysokimi wymaganiami dyrektywy oraz dużymi kosztami inwestycyjnymi w ich infrastrukturę. Umożliwiono tym samym korzystanie z wód do kąpeli małym podmiotom gospodarczym, czy też organizacjom. Należy wyraźnie zaznaczyć, że większość kąpielisk w Polsce zostało przekształconych w miejsca wykorzystywane do kąpeli właśnie ze względu na wymagania, które mają zapewnić kompleksowy nadzór nad jakością wody w kąpielisku, prowadzony nie tylko przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ale przede wszystkim przez organizatora kąpieliska.

Nadzorem sanitarnym w 2013 r. objęto 204 kąpieliska (100% obiektów ujętych w ewidencji).

Najwięcej kąpielisk objętych nadzorem sanitarnym znajdowało się na obszarze województw: pomorskiego (67) i zachodniopomorskiego (47). Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwach: opolskim (2), podkarpackim (2) oraz podlaskim (2). W województwie małopolskim nie zorganizowano natomiast żadnego kąpieliska.

Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem w sezonie kąpielowym 2013 r. liczyła 82 obiekty (stanowi to odpowiednio około 40% ogółem i 100% skontrolowanych kąpielisk w grupie). Kąpieliska morskie znajdują się w województwie pomorskim i zachodniopomorskim. Znaczenie tych kąpielisk jest duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim. Na terenie województwa pomorskiego znajdowały się 52 kąpieliska morskie, (o 2 kąpieliska mniej niż w roku 2012) oraz na terenie województwa zachodniopomorskiego otwartych było 30 kąpielisk morskich (o trzy kąpieliska mniej niż w 2012 roku).

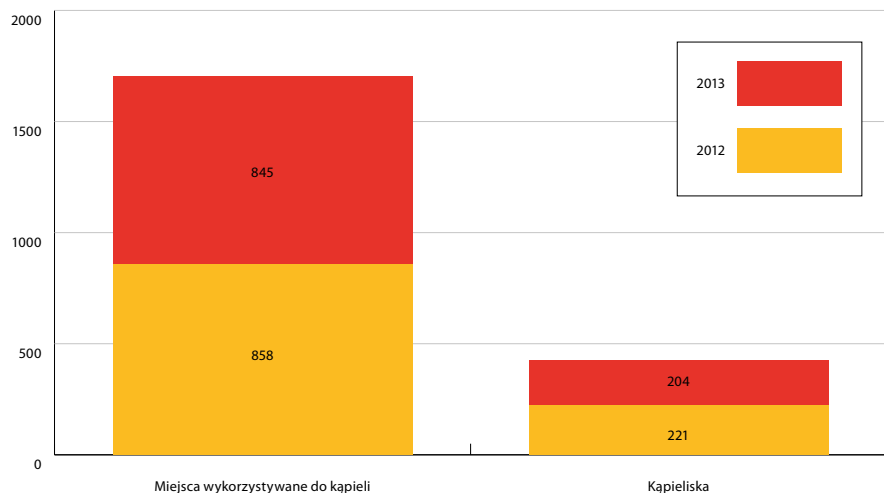
<sup>1</sup> Dyrektywa 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2000 r. ustanawiająca ramy wspólnotowego działania w polityce wodnej z.U.U.E.L.00327.1)

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. – Prawo wodne (Dz. U. z 2012 r. poz. 145, z późn. zm.)

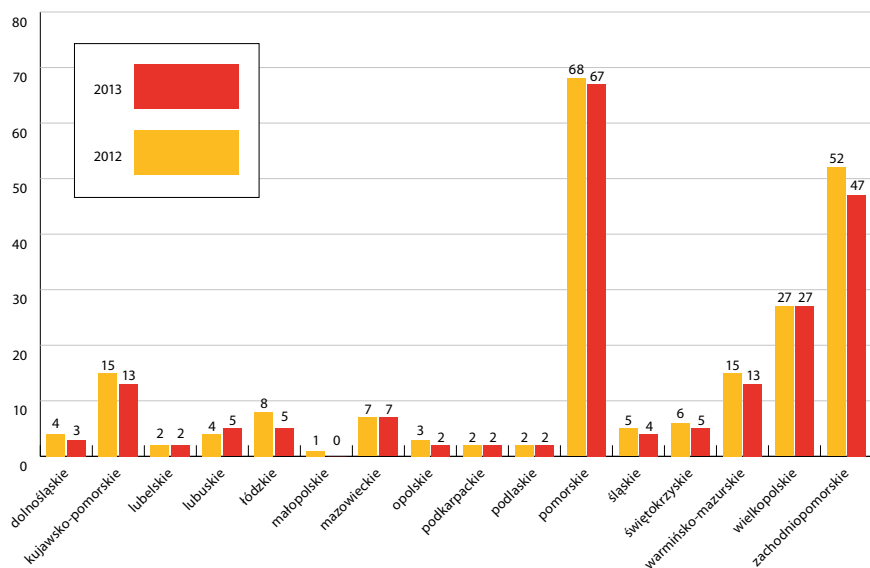
<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpeli (Dz. U. Nr 86, poz. 478)

<sup>4</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. w sprawie ewidencji kąpielisk oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli (Dz. U. Nr 91, poz. 527)

Wykres 44. Liczba kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli w latach 2012–2013.



Wykres 45. Liczba kąpielisk w 2012 r. i 2013 r. z podziałem na województwa.



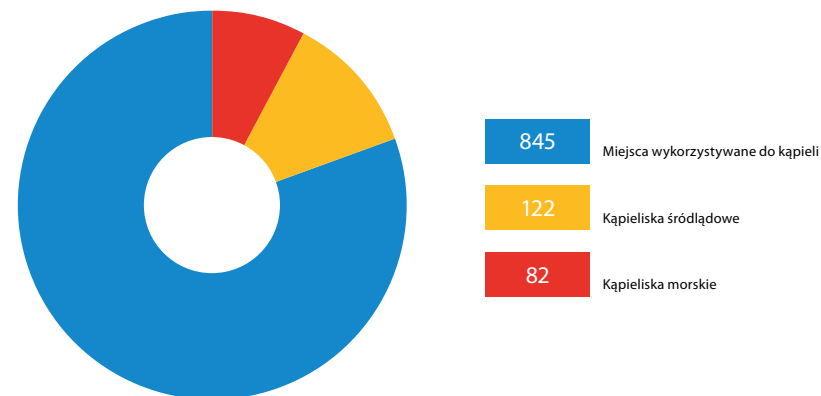
Największa liczba kąpielisk śródlądowych znajdowała się w 2013 r. w województwach: wielkopolskim (27), zachodniopomorskim (17), pomorskim (15) i kujawsko-pomorskim (13) oraz warmińsko-mazurskim (13).

Do najistotniejszych elementów nadzoru sanitarnego nad kąpieliskami należy ocena jakości wody, prowadzona zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie

prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpieli (Dz. U. Nr 86, poz. 478)<sup>1</sup>. Jakość wody była oceniana przed rozpoczęciem sezonu kąpieliskowego i następnie przynajmniej raz, w trakcie jego funkcjonowania. Ponadto, organizator kąpieliska jest zobowiązany do ustalenia z właściwym inspektorem sanitarnym harmonogramu pobierania próbek i wykonywania zgodnie z nim badania wody tak, aby w sumie każde kąpielisko było zbadane minimum czterokrotnie w trakcie jego funkcjonowania w sezonie kąpielowym. W ocenie przydatności wody do kąpieli uwzględniano przede wszystkim wskaźniki mikrobiologiczne kałowego zanieczyszczenia wody oraz zakwity sinic.

Stan sanitarny kąpielisk objętych nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2013 r. oceniono negatywnie w 7 przypadkach, co stanowi 3% wszystkich skontrolowanych kąpielisk. Oceny o nieprzydatności wody do kąpieli były wydawane ze względu na zakwity sinic w kąpieliskach.

Wykres 46. Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych w porównaniu z miejscami wykorzystywanymi do kąpieli w sezonie kąpielowym 2013 r.



W ramach nadzoru nad jakością wody w kąpieliskach, zarówno organizatorzy kąpielisk jak i organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczególną uwagę zwracały na zakwity sinic<sup>2</sup>. Kontrola występowania sinic odbywa się na podstawie wizualnego nadzorowania wody, jej koloru, występowania zawiesiny, mętności wody. Przy dużym nasłonecznieniu, stojącej wodzie i wysokiej temperaturze w wodach zbiorników wodnych dochodzi do tworzących się w zatokach kożuchów wydzielających nieprzyjemny zapach i masowego rozwoju sinic. Kwitnienie powstaje w około 2 dni i utrzymuje się przez około 5 do 7 dni. Kąpiel w wodzie, w której występują sinice może być przyczyną podrażnień skóry oraz dolegliwości ze strony układu pokarmowego i/lub zaburzeń neurologicznych. Gdy sinice obumierają, rozkładające je bakterie zaczynają zużywać tlen, co zabija ryby oraz zwierzęta i rośliny wodne. Należy podkreślić, że do tej pory nie odnotowano śmiertelnego zatrucia ludzi toksynami sinic.

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpieli (Dz. U. Nr 86, poz. 478)

<sup>2</sup> Sinice, inaczej cyjanobakterie występują we wszystkich zbiornikach wodnych, jednak problemem stają się, gdy wzrasta ich ilość. Pojawiają się w wodzie okresowo, szczególnie w okresie wysokich temperatur towarzyszących sezonowi letniemu. Stężenie toksyn sinicowych (w tym mikrocyzyn) i związane z tym ryzyko zdrowotne w wodach zbiorników wykorzystywanych do kąpieli, uzależnione jest od takich czynników, jak stabilność warunków pogodowych, głębokość zbiornika, siła i kierunek wiatru.



Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podczas kontroli kąpielisk dokonywały kontroli wizualnej w zakresie nie tylko obecności zakwitów sinic, ale również obecności innych zanieczyszczeń i odpadów jak: materiały smoliste, szkło, tworzywa sztuczne, przedmioty pływające, jak również zwracali uwagę na wyposażenie kąpielisk. W sezonie kąpielowym 2013 nie odnotowano zanieczyszczeń w postaci substancji smolistych stanowiących zagrożenie dla zdrowia lub życia ludzi oraz fauny i flory wody w kąpieliskach.

### 3.3. Serwis kąpieliskowy

Zgodnie z zapisami art. 6 pkt 2 ustawy z dnia 4 marca 2010 r. o zmianie ustawy – Prawo wodne, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej są obowiązane do prowadzenia od sezonu kąpielowego w 2013 r. Serwisu kąpieliskowego. Serwis kąpieliskowy od 2013 r. dostępny jest na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego pod adresem <http://sk.gis.gov.pl/>.



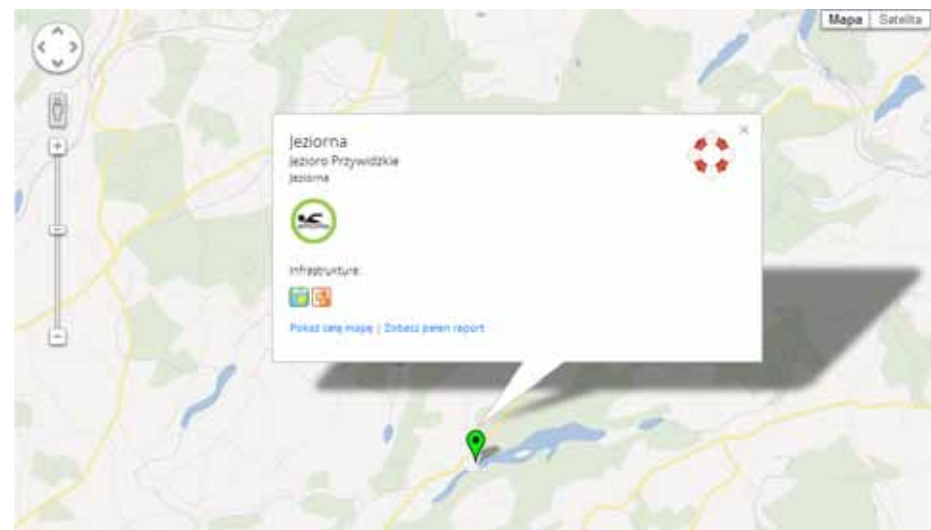
Realizując zadanie aktywnego rozpowszechniania informacji dotyczących jakości wód w kąpieliskach oraz o dostępnej infrastrukturze kąpieliskowej, Główny Inspektor Sanitarny od 2008 r. prowadzi Serwis kąpieliskowy w oparciu o dane z szesnastu Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych. Aktualizacja danych zawartych w Serwisie kąpieliskowym odbywała się w sezonie kąpielowym 2013 na bieżąco.

Serwis kąpieliskowy to serwis informacyjny o jakości wody w kąpieliskach, zawierający na mapie Polski wykaz wszystkich wyznaczonych uchwałami Rad gmin kąpielisk.

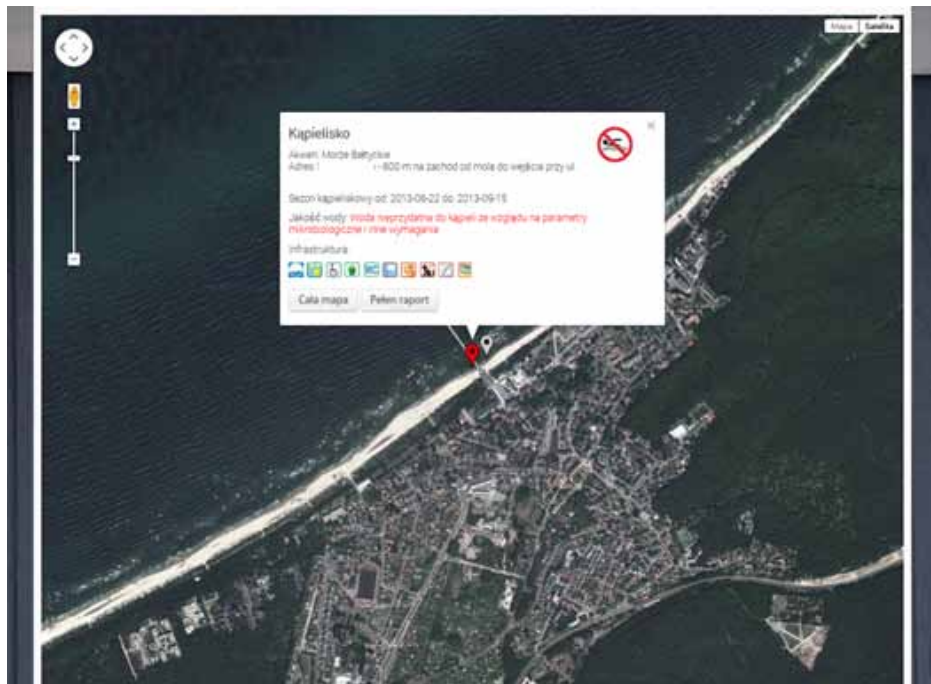
W Serwisie kąpieliskowym znajdują się również dane dotyczące danych podstawowych kąpieliska tj. adres, wskazanie stacji sanitarno-epidemiologicznych prowadzących nadzór nad poszczególnymi kąpieliskami oraz informacje o infrastrukturze kąpieliska w postaci ikonografii. Ocena przydatności wody w kąpieliskach generowana jest na podstawie ocen bieżących wydawanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych.



Grafika 4. Informacja z Serwisu kąpieliskowego o przydatności wody do kąpeli.



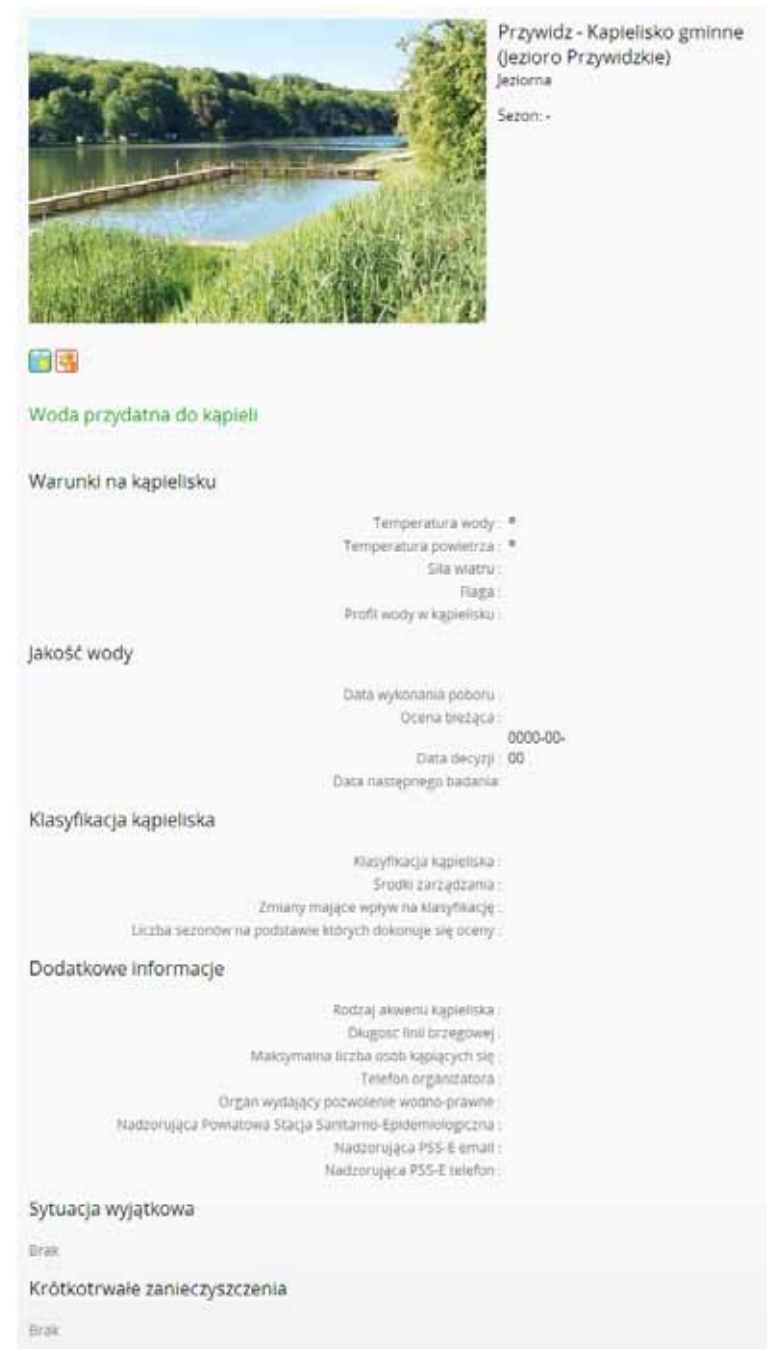
**Grafika 5.** Informacja z Serwisu kąpieliskowego o nieprzydatności wody do kąpeli ze względu na parametry mikrobiologiczne i inne wymagania.



Serwis kąpieliskowy zawiera informacje dotyczące kąpielisk, a w szczególności:

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

**Grafika 6.** Informacje szczegółowe o kąpielisku.



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

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

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

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

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

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

## 4. Organizacja kąpielisk

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmują działania mające na celu zwrócenie uwagi zarówno samorządów, władz lokalnych jak i organizatorów kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpielii na zalety wynikające z tworzenia kąpielisk oraz na potrzebę korzystania w czasie letnim z kąpielisk przez mieszkańców Polski i turystów zagranicznych. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej współpracują oraz udzielają porad organizatorom kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpielii w trakcie trwania sezonu kąpielowego w zakresie prowadzenia nadzoru nad jakością wody. Zapis art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o *samorządzie gminnym* wskazuje, iż do zakresu działań gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, należy przez to rozumieć również potrzeby związane z organizacją i udostępnianiem kąpielisk. Podobne wskazanie zawarte jest w art. 7 ust. 1 pkt 10, który stanowi, iż zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty w zakresie kultury fizycznej i turystyki, w tym terenów rekreacyjnych i urządzeń sportowych należy do zadań własnych gminy.

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

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





## PŁYWALNIE

---

Pływalnie, czyli baseny kąpielowe i wodne urządzenia rekreacyjne, spełniają ważną rolę w promocji zdrowia ludzi wywierając pozytywny wpływ na zdrowie ich użytkowników. Relaksacyjne właściwości kąpeli są coraz częściej wykorzystywane jako sposób wypoczynku i rekreacji. Woda, aby była bezpieczna dla zdrowia ludzkiego i nie powodowała zagrożeń zdrowotnych, musi być wolna od zanieczyszczeń mikrobiologicznych oraz chemicznych.

Kontrola jakości wody basenowej jest szczególnie ważnym elementem nadzoru sanitarnego na pływalniach. Ponieważ woda na pływalniach i w wodnych urządzeniach rekreacyjnych może stanowić zagrożenie dla zdrowia, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują prewencyjny nadzór zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>1</sup>. Ponadto, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia<sup>2</sup> w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, oprócz podstawowych wskaźników mikrobiologicznych, w miejscach gdzie następuje wytworzenie aerozolu wodno-powietrznego, należy wykonywać badania kontrolne na obecność bakterii z rodzaju *Legionella* sp. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze względu na swoje zadanie statutowe, w tym m.in. zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych oraz ochronę osób korzystających z pływalni, podejmują decyzję co do częstotliwości i zakresu badań, po oszacowaniu ryzyka, uwzględniając wszystkie czynniki mogące mieć istotny wpływ na zanieczyszczenie wody. W ramach podejmowanych działań profilaktyczno-prewencyjnych zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa osób kąpiących się, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2013 roku prowadziły nadzór nad jakością wody w pływalniach krytych, odkrytych i parkach wodnych. W tym celu wykonywano badania laboratoryjne jakości wody.

Zakres badań wody basenowej powinien obejmować przynajmniej następujące parametry:

- *Escherichia coli*,
- *Pseudomonas aeruginosa*,
- gronkowce koagulazo-dodatnie,
- ogólna liczba mikroorganizmów w 36±2°C po 48 h,
- chlor wolny, pH, redox (w systemie on-line).

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.)

<sup>2</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. Nr 61, poz. 417, z późn. zm.)

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

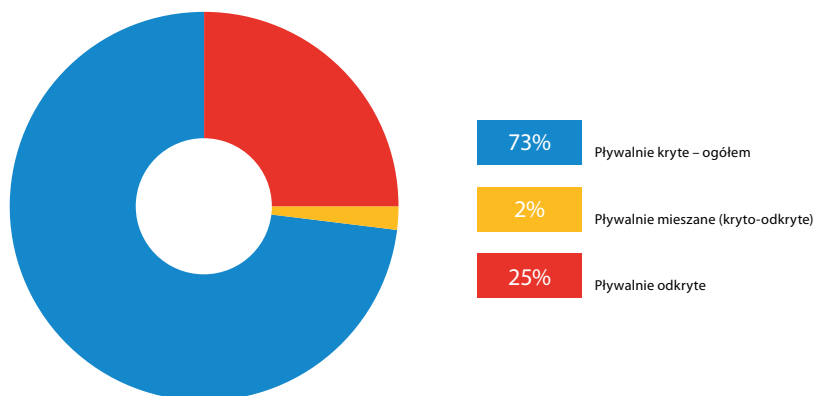
Liczbę obiektów znajdujących się w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ich zróżnicowanie oraz liczbę pływalni skontrolowanych w 2013 roku przedstawiono w tabeli 27.

Tabela 27. Stan sanitarny pływalni w 2013 r.

Obiekty	według ewidencji	skontrolowanych	Liczba obiektów ze złym stanem sanitarnym		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Pływalnie kryte – ogółem	1 163	1 080	7	10	40
w tym parki wodne	73	70	1	0	3
Pływalnie odkryte	404	336	1	2	5
Pływalnie mieszane (kryto-odkryte)	25	24	0	0	0
<b>SUMA</b>	<b>1 592</b>	<b>1 440</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>45</b>

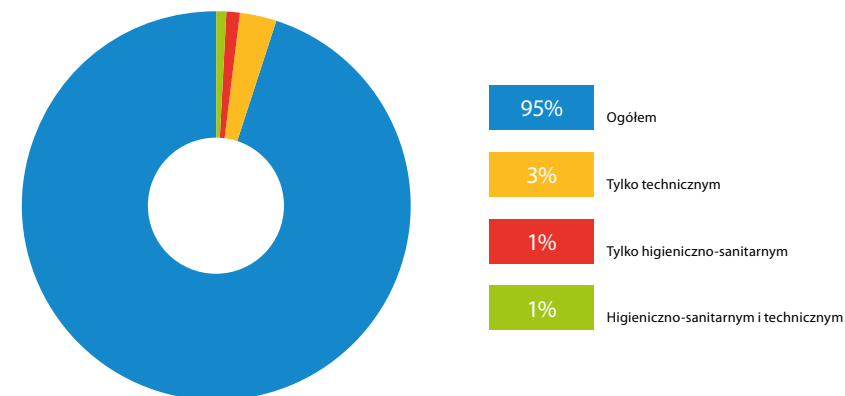
Najliczniejszą grupę obiektów basenowych stanowią pływalnie kryte (w tym parki wodne), których ogółem jest 1 163. Pływalni odkrytych jest 404 zaś pływalni mieszanych (pływalnie kryto-odkryte) jest 25, co przedstawia wykres 47.

Wykres 47. Liczba pływalni w 2013 roku.

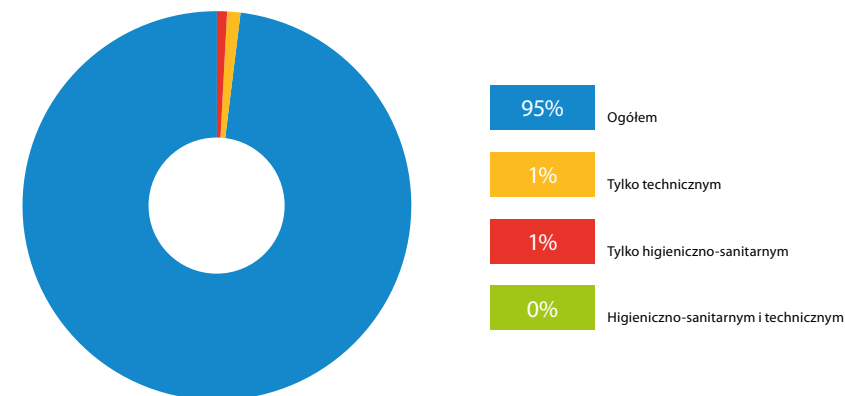


Odsetek skontrolowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej pływalni utrzymuje się na poziomie ponad 90%. Przeprowadzone kontrole sanitarne wykazały, że stan sanitarny pływalni odpowiadał wymaganiom w 97%. W porównaniu do roku 2012 odnotowano niewielką poprawę stanu sanitarnego pływalni. W stosunku do roku 2012 w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w roku 2013 odnotowano zmniejszoną liczbę pływalni objętych nadzorem sanitarnym. Dane dotyczące liczby obiektów ze złym stanem sanitarnym przedstawiono na wykresach 48 i 49.

Wykres 48. Liczba skontrolowanych pływalni – krytych ogółem ze złym stanem.



Wykres 49. Liczba skontrolowanych pływalni – odkrytych ogółem ze złym stanem.



Przyczyną wydawania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej negatywnej oceny stanu sanitarnego pływalni był w przeważającej większości zły stan techniczny, niemniej jednak istotniejsze dla zdrowia są zagrożenia mikrobiologiczne.

Czynnikami o najwyższym znaczeniu dla zdrowia spośród wszystkich związanych z wodą basenową są właśnie wskaźniki mikrobiologiczne. Występowanie patogenów w wodzie basenowej tj. *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella* sp., może bezpośrednio, w istotny sposób zwiększyć ryzyko zakażenia 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.

Zanieczyszczenia mikrobiologiczne wnoszone są do wody przez użytkowników basenów. Osoby korzystające z kąpielni wnoszą do wody przede wszystkim drobnoustroje bytujące 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.

Ponieważ nie jest możliwe skutecznie śledzenie obecności wszystkich rodzajów bakterii stanowiących potencjalne zagrożenie użytkowników urządzeń basenowych, podobnie jak w innych tego rodzaju przypadkach, stosuje się stosunkowo proste i szybkie w realizacji badania na obecność organizmów wskaźnikowych, tj. *Escherichia coli*. Ponadto, konieczne są też badania obejmujące obecność *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella*, gronkowców koagulazododatnich oraz ogólnej liczby mikroorganizmów w 36±20°C. Wskaźniki te są wystarczające do oceny jakości mikrobiologicznej obiegów wody w nowoczesnych obiektach basenowych wyposażonych 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*.

W ramach nadzoru nad pływalniami, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2013 roku wydawały decyzje na podstawie art. 4 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej mające na celu prewencyjnie przeciwdziałanie zagrożeniom zdrowotnym kąpiących się osób na pływalniach. Ilość badań dla każdego obiektu indywidualnie była ustalana przez terenowo właściwego inspektora sanitarnego w zależności od stanu obiektu i wyników badań kontrolnych.

Niemniej jednak, w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim użytkownikom pływalni i wodnych urządzeń rekreacyjnych, niezmiernie ważny jest kompleksowy nadzór nad jakością wody i stanem sanitarno-higienicznym obiektu, prowadzony przez właściciela obiektu w ramach kontroli wewnętrznej. Prowadzenie kompleksowej kontroli, przede wszystkim jakości wody na pływalniach przez zarządzających pływalniami, którzy są odpowiedzialni za jakość usług świadczonych w obiektach, wpływa bezpośrednio na zapewnienie szerokiej ochrony użytkowników przez co wzrasta zaufanie kąpiących do podmiotów zarządzających pływalniami oraz niezależnych organów nadzorczych, czuwających nad ich bezpieczeństwem.



## OCENA WARUNKÓW SANITARNYCH W PLACÓWKACH OŚWIATOWO-WYCHOWAWCZYCH

W roku 2013 pod nadzorem sanitarnym organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej pozostawało 39 300 widniejących w ewidencji placówek przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, w tym 7 723 szkoły podstawowe funkcjonujące samodzielnie oraz 3 789 działających w zespołach szkół, 2 510 gimnazjów samodzielnych i 3 448 funkcjonujących w zespołach, 804 licea ogólnokształcące samodzielne i 1 666 liceów działających w zespołach szkół, jak również 181 samodzielnych policealnych szkół zawodowych oraz 3 449 szkół policealnych zawodowych działających w zespołach szkół. Łącznie 6 306 szkół to szkoły prowadzące działalność w ramach zespołów szkół. Pracownicy pionu higieny dzieci i młodzieży Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działając z upoważnienia właściwych państwowych powiatowych i wojewódzkich inspektorów sanitarnych, przeprowadzili 45 509 kontroli w 29 775 placówkach. Kontrolami sanitarnymi objęto 6 731 samodzielnych szkół podstawowych i 3 257 szkół podstawowych będących częścią zespołów szkół, 2 134 samodzielnych gimnazjów i odpowiednio 2 806 kontroli w zespołach szkół, 450 samodzielnych i 815 liceów ogólnokształcących w zespołach oraz 135 samodzielnych i 1 521 funkcjonujących w zespołach szkół ponadgimnazjalnych zawodowych.

Oprócz szkół skontrolowano też przedszkola i inne placówki, w tym m. in.: warsztaty szkolne, placówki opiekuńczo-wychowawcze, domy studenckie, bursy i internaty, ośrodki sportowe przeznaczone dla dzieci i młodzieży, schroniska młodzieżowe i inne obiekty, wykorzystywane do letniego lub/i zimowego wypoczynku dzieci i młodzieży.

## 1. Stan sanitarno-techniczny budynków

Większość budynków tj. 95,6% była dobrze przystosowana do działalności oświatowej i posiadała właściwy stan sanitarno-techniczny. W trakcie kontroli ustalono, że 384 budynki przeznaczone na działalność placówek edukacyjnych, opiekuńczo-wychowawczych, wypoczynku dzieci i młodzieży itp. były nieprzystosowane do tej działalności. Sytuacja ta dotyczyła głównie placówek, których siedziby mieściły się np. w budynkach zabytkowych lub w budynkach mieszkalnych adoptowanych na ich potrzeby.

Część obiektów nie była podłączona do wodociągów i kanalizacji. Brak podłączenia do wodociągu dotyczył 247 placówek, natomiast brak połączenia z systemem kanalizacji stwierdzono w 3 797 przypadkach. Placówki niepodłączone do wodociągów posiadały własne ujęcie wody np. w postaci studni, placówki niepodłączone do sieci kanalizacyjnej miejskiej lub gminnej odprowadzały nieczystości płynne do bezodpływowych zbiorników (szambo) lub do własnych oczyszczalni ścieków. Ponadto funkcjonowało 13 placówek niewyposażonych w ustępy wewnątrz budynku (45 w roku 2010).

Nieodpowiedni stan techniczny, higieny nauczania oraz w zakresie utrzymania czystości i porządku stwierdzono w przypadku 1 280 budynków. Uchybienia w zakresie stanu higienicznego odnotowano w przypadku 191 skontrolowanych placówek i dotyczył zaniedbań porządku i czystości na terenie kontrolowanych placówek.

## 2. Warunki do utrzymania higieny osobistej

W większości placówek (89,9%) zapewniono uczniom właściwy dostęp do urządzeń sanitarnych oraz środków higieny osobistej.

Odnotowano jednak przypadki nieprawidłowości w tym zakresie. Zdarzają się sytuacje, gdy w szkole stosowany jest system wydzielania papieru toaletowego dzieciom udającym się do sanitariatów oraz przypadki, gdy klucz do sanitariatu wydawany jest każdorazowo za okazaniem legitymacji szkolnej. Dyrektorzy placówek tłumaczą stosowanie takich praktyk przypadkami wandalizmu młodzieży w szkołach, przejawiającego się dewastowaniem wyposażenia sanitariatów.

Uchybienia dotyczące zapewnienia uczniom odpowiednich warunków do utrzymania higieny osobistej stwierdzono w czasie kontroli 1 004 szkół. Dotyczyły one m.in.: braku mydła w dozownikach (113 placówek), braku suszarki lub ręczników papierowych (155), braku papieru toaletowego (48). Najwięcej zaniedbań w tej kwestii (655 placówek) dotyczyło niesprawnych technicznie urządzeń sanitarnych.

Zgodnie z otrzymanymi wynikami kontroli, w 734 szkołach zainstalowano zbyt małą liczbę urządzeń sanitarno-higienicznych w stosunku do liczby uczniów. Dotyczyło to 302 szkół podstawowych, w tym 197 samodzielnych i 105 działających w zespołach szkół. Z kolei, ogółem w 206 szkołach wszystkich typów nie spełniono wymogu zapewnienia dostępu do bieżącej ciepłej wody we wszystkich umywalkach w pomieszczeniach sanitarnych przeznaczonych dla uczniów. W 29 szkołach przeprowadzono remont, zapewniając tym samym pełny dostęp do bieżącej ciepłej wody w sanitariatach dla uczniów.

## 3. Sztuczne oświetlenie

W części województw, w czasie kontroli wykonano pomiary w zakresie jakości sztucznego oświetlenia pomieszczeń. Parametry dotyczące sztucznego oświetlenia, zgodnie z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy, powinny odpowiadać wymogom określonym w Polskiej Normie. Do pomiarów oświetlenia typowano np. szkoły, w których problem nieprawidłowego oświetlenia był już zauważalny podczas kontroli bieżących. Niezgodności z wymogami dotyczyły najczęściej oświetlenia tablicy szkolnej w klasach, oświetlenia powierzchni ławek i klawiatury w pracowniach komputerowych oraz oświetlenia szlaków komunikacyjnych, jak również sal gimnastycznych i bibliotek/czytelni szkolnych.

## 4. Warunki do prowadzenia zajęć WF

Optymalne warunki do prowadzenia zajęć, tj. posiadanie przez szkołę pełnego zaplecza (zespołu) sportowego, w skład którego wchodzi jedna lub więcej sal sportowych, boisko oraz pomieszczenia pomocnicze (przebieralnie, natryskownie, ustępy, przechowalnie sprzętu sportowego, gabinet wychowania fizycznego – pokój nauczycieli WF, stwierdzono w 6 735 szkołach, w tym 705 szkół posiada zespół szkolny bez boiska. Odnotowano, iż 193 szkoły dysponują wyłącznie salą sportową a 1 095 tylko boiskiem, natomiast 592 szkoły nie mają ani sali gimnastycznej ani boiska, jedynie salę zastępczą/rekreacyjną.

Całkowity brak warunków do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego stwierdzono w przypadku 818 szkół, w tej liczbie mieści się 248 szkół podstawowych (197 działających samodzielnie i 51 w zespołach).

Warunki niewystarczające stwierdzono w 2 691 szkołach wszystkich typów. Są to placówki posiadające niepełną bazę do prowadzenia zajęć WF, a więc takie, w których placówki dysponują tylko salą gimnastyczną, tylko salą zastępczą lub rekreacyjną, tylko boiskiem szkolnym lub takie, w których wielkość bazy sportowej jest nieadekwatna do wielkości szkoły i liczby uczniów, a zajęcia WF dla części grup ćwiczących realizowane są np. na korytarzach.

W 1 218 placówkach zdarzało się, że niezależnie od posiadanego zaplecza sportowego zajęcia wychowania fizycznego odbywały się na korytarzu. Problem ten dotyczył głównie szkół podstawowych, tj. 933 szkół podstawowych funkcjonujących samodzielnie oraz 208 działających w zespołach szkół.

Skontrolowano również sposób użytkowania zaplecza sanitarnego zespołów sportowych. Jedynie w 250 placówkach uczniowie korzystają z prysznicy po każdych zajęciach wychowania fizycznego. W 1 242 szkołach natryski są używane sporadycznie, w 1 660 pozostają one nieużywane, a w 145 są nieczynne, co jest spowodowane np. ich stanem technicznym.

## 5. Certyfikaty na sprzęt sportowy

Zgodnie z aktualnymi wymogami prawnymi, każdy zakupiony przez szkołę sprzęt sportowy powinien posiadać odpowiedni certyfikat, co stanowi gwarancję, iż jego użytkowanie jest bezpieczne dla uczniów. Od 1997 roku dyrektorzy szkół i przedszkoli zobowiązani są do zakupu sprzętu sportowego poświadczanego certyfikatem zgodności z Polską Normą. Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór również w tym zakresie. W 11 465 placówkach oświatowych używany jest wyłącznie sprzęt z certyfikatem (38,5%) natomiast korzystanie z niecertyfikowanego sprzętu stwierdzono w przypadku 1 547 szkół.

## 6. Certyfikaty na meble szkolne

W związku z koniecznością zapewnienia w szkołach mebli, posiadających certyfikat zgodności z Polską Normą, placówki edukacyjne objęto również nadzorem w zakresie zapewnienia właściwego wyposażenia sal dydaktycznych w funkcjonalne oraz ergonomiczne, certyfikowane meble szkolne. Stwierdzono, że 12 371 szkół korzystało wyłącznie z mebli, których funkcjonalność potwierdzona została certyfikatem, a jedynie w 971 szkołach w Polsce odnotowano korzystanie z mebli bez certyfikatów.

## 7. Miejsce na podręczniki

Z uwagi na obowiązek prawny zapewnienia uczniom miejsca do pozostawienia w szkole podręczników, zeszytów i innych przedmiotów służących do nauki, nadzorem objęto również ten obszar. Spośród 19 316 szkół skontrolowanych w tym zakresie, w większości, tj. w 13 546 zadanie to zrealizowano w pełni, tj. możliwość pozostawienia przyborów zagwarantowano wszystkim uczniom placówki.

## 8. Nadzór nad bezpieczeństwem w zakresie kontaktu z substancjami chemicznymi

W ramach bieżącego nadzoru sanitarnego oceniono sposób postępowania z substancjami chemicznymi i ich mieszaninami, wykorzystywanymi w szkołach np. do zajęć z uczniami. Stwierdzono, że ogółem 3 287 szkół z 15 129 skontrolowanych w tym zakresie posiada na swoim wyposażeniu substancje chemiczne i ich mieszaniny, wykorzystywane np. do prowadzenia zajęć z uczniami (większość tych szkół /2 653/ to gimnazja). W trakcie kontroli sprawdzano, czy placówka posiada aktualny spis i karty charakterystyki substancji chemicznych i ich mieszanin oraz właściwe oznakowanie i sposób przechowywania. Brak odpowiedniego spisu posiadanych substancji chemicznych i ich mieszanin odnotowano w przypadku 21 placówek, brak lub błędne oznakowanie stwierdzono w 19 przypadkach, z kolei w 13 szkołach przechowywano ww. substancje w pomieszczeniach niezamkniętych.

## 9. Organizacja pobytu uczniów w szkole oraz rozkład zajęć

Ocenie w zakresie organizacji pobytu uczniów w szkole i rozkładu zajęć poddano łącznie 850 szkół, w 108 stwierdzono nieprawidłowości. Zgodnie z przepisami prawnymi plan lekcji powinien zapewnić równomierne obciążenie zajęciami. Zajęcia powinny rozpoczynać się o stałej lub (jeśli nie jest to z powodów organizacyjnych możliwe) zbliżonej porze. Ponadto w każdym dniu tygodnia powinna być w planie przewidziana jednakowa lub zbliżona liczba godzin lekcyjnych. Stwierdzono, że większość szkół pracowała w systemie jednozmianowym, nieliczne wyjątki w tym zakresie dotyczyły najczęściej dużych (najczęściej ponadgimnazjalnych) szkół w największych miastach.

Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podczas prowadzonych kontroli zwracali również uwagę na to, w jaki sposób uczniowie spędzają czas oczekując na zajęcia. Odnotowano, że uczniowie przebywają w tym czasie w świetlicach szkolnych lub w innych pomieszczeniach przeznaczonych na ten cel i znajdowali się pod właściwą opieką. Z miejsc zamieszkania znacznie oddalonych od szkoły uczniowie byli dowożeni tzw. gimbusami, autobusami szkolnymi lub innymi środkami transportu.

## 10. Mikroklimat

Podczas kontroli zwracano również uwagę na mikroklimat pomieszczeń tj. odpowiednią jakość powietrza, wilgotność, oświetlenie, ruch powietrza i jego temperaturę. Czynniki te mają istotny wpływ na zdrowie i samopoczucie uczniów.

Niewłaściwy mikroklimat stwierdzono przede wszystkim w placówkach mieszczących się w starych, często zabytkowych budynkach, gdzie nie ma ani wentylacji grawitacyjnej, ani wentylacji mechanicznej w sanitariatach, przy czym organ prowadzący szkoły informował, że stan ten wynika z braku środków finansowych na wykonanie modernizacji. W związku ze stwierdzanymi uchybieniami wydano zalecenia oraz decyzje administracyjne.

Systematyczne, realizowane w wielu placówkach termomodernizacje budynków, wymiana stolarki okiennej oraz odnawianie ścian i sufitów wpływają na poprawę mikroklimatu pomieszczeń. Zaobserwowano jednak, że montaż okien plastikowych o bardzo dużej szczelności nie zawsze jest rozwiązaniem optymalnym, gdyż nie dochodzi do wymiany powietrza zgodnie z wymaganiami określonymi wobec wentylacji grawitacyjnej. Stwierdzono przypadki konieczności zainstalowania dodatkowej, mechanicznej wentylacji, ponieważ nowe, szczelne okna spowodowały pojawienie się na ścianie zawilgoceń.

## 11. Wypoczynek dzieci i młodzieży

Przedmiotem nadzoru organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie higieny dzieci i młodzieży jest nie tylko działanie placówek edukacyjnych, lecz również organizacja wypoczynku dzieci i młodzieży w czasie letnich wakacji oraz zimowej przerwy międzysemestralnej, w tym stan sanitarny obiektów przeznaczonych do wypoczynku.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, organizator wypoczynku dzieci i młodzieży zobowiązany jest do dokonania zgłoszenia turnusu do elektronicznej bazy Kuratorium Oświaty. W 2013 roku (dane dotyczą letniej i zimowej przerwy od nauki łącznie) do ww. bazy zgłoszono 20 602 turnusy, z których 10 592 zostały skontrolowane przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Uchybienia dotyczące warunków sanitarnych stwierdzono w 238 przypadkach, odnotowano również inne rodzaje nieprawidłowości, np. w zakresie dokumentacji personelu.

W czasie kontroli warunków wypoczynku w czasie ferii zimowych w roku 2013 skontrolowano 2 529 turnusów, uchybienia i nieprawidłowości stwierdzono w przypadku 126 turnusów (5% wszystkich skontrolowanych). W 27 przypadkach nie zapewniono odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych, w 8 został przekroczony limit miejsc, w 19 przypadkach stwierdzono niedostateczną liczbę urządzeń sanitarnych, w 5 odnotowano brak ciepłej wody do mycia, a w 15 brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu.





Z kolei według danych zebranych przez Państwową Inspekcję Sanitarną, w ramach nadzoru nad warunkami sanitarno-higienicznymi letniego wypoczynku, skontrolowano 7950 turnusów. Nieprawidłowości dotyczyły 281 z nich. Najczęściej dotyczyły one niezapewnienia odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych (134), w 75 przypadkach ujawniono brak wymaganej dokumentacji zdrowotnej personelu, z kolei uczestnikom 32 turnusów nie zapewniono dostatecznej liczby urządzeń sanitarnych, natomiast uczestnicy 18 turnusów nie mieli zapewnionej ciepłej wody do mycia. Stwierdzono też 11 przypadków przekroczenia limitu miejsc oraz 6 niewłaściwie urządzonych kąpielisk. Ocenie poddano też warunki sanitarne oraz stan sprzętu rekreacyjnego placów zabaw w przedszkolach czynnych w okresie wakacji. Przypadki niezgłoszenia wypoczynku do bazy Kuratorium Oświaty dotyczyły 126 turnusów zimowych i 103 letnich.

## 12. Postępowanie administracyjne

Każdorazowo w przypadku stwierdzenia uchybień, stanowiących naruszenie przepisów prawnych podejmowane są działania w kierunku ich usunięcia, co najczęściej przybiera formę wszczęcia postępowania administracyjnego i wydania decyzji państwowego inspektora sanitarnego nakazującej zapewnienie właściwego stanu sanitarnego obiektu w określonym w decyzji terminie. W roku 2013 w rezultacie przeprowadzonych kontroli sanitarnych w przypadku placówek edukacyjnych, w których nie zapewniono należytych warunków sanitarno-higienicznych lub sanitarno-technicznych (to drugie

dotyczy np. stanu urządzeń sanitarnych lub stolarki okiennej) wydano 11 404 decyzje administracyjne, z których 5 781 zostało wyegzekwowanych. Obowiązki wynikające z pozostałych są w trakcie realizacji lub wszczęto postępowanie odwoławcze. Z uwagi na konieczność dokonania szerokiego zakresu prac remontowych w placówce oraz konieczność przeprowadzenia prac remontowych podczas nieobecności dzieci w placówkach, zachodzi konieczność wyznaczenia terminu wykraczającego poza rok, w którym wydano decyzję administracyjną. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w wyniku stwierdzenia niewłaściwych warunków sanitarno-higienicznych w placówkach pobytu dzieci i młodzieży nałożyły 899 mandatów karnych na łączną kwotę 172 885 złotych.

## 13. Podsumowanie i porównanie z latami poprzednimi

Zdecydowana większość placówek zapewnia uczniom/podopiecznym bezpieczne i higieniczne warunki (95,6%). W roku 2013 nieprawidłowości w zakresie stanu higienicznego oraz technicznego odnotowano w odniesieniu do 138 skontrolowanych placówek, w 2012 było ich 113, a rok wcześniej 134. W 2013 roku w przypadku 1 004 szkół nie stworzono uczniom właściwych warunków do utrzymania higieny osobistej, w 2012 r. było ich 1 152, a rok wcześniej było ich 2 605. Brak dostępu do bieżącej ciepłej wody we wszystkich sanitariatach dla uczniów odnotowano w 2013 r. w 206 placówkach, natomiast w 2012 r. w 313 placówkach, a w 2011 r. aż w 704. Poprawiły się warunki pod względem zapewnienia w sanitariatach papieru toaletowego, mydła oraz ręczników papierowych. W roku 2013 korzystanie z ustępów zewnętrznych odnotowano w 13 placówkach, w 2012 r. w 12 placówkach, podczas gdy w 2011 r. 16 (w 2008 r. było ich 91). Poprawiły się warunki odnośnie pozostawienia w szkołach podręczników oraz warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego. Kontrole wykazały, że w 2013 r. 6 735 szkół posiadało pełne zaplecze sportowe w postaci tzw. zespołu sportowego, rok wcześniej szkół takich było 6 373. Regularnie zmniejsza się liczba niezarejestrowanych turnusów wypoczynku oraz nieprawidłowości stwierdzanych w czasie jego trwania. Każdy przypadek stwierdzenia nieprawidłowości w zakresie stanu sanitarno-higienicznego ww. placówek prowadzi do wszczęcia działań prowadzących do przywrócenia należytego stanu, najczęściej w drodze postępowania administracyjnego.

# DZIAŁALNOŚĆ W ZAKRESIE OŚWIATY ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA

## 1. Profilaktyka nadwagi i otyłości

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

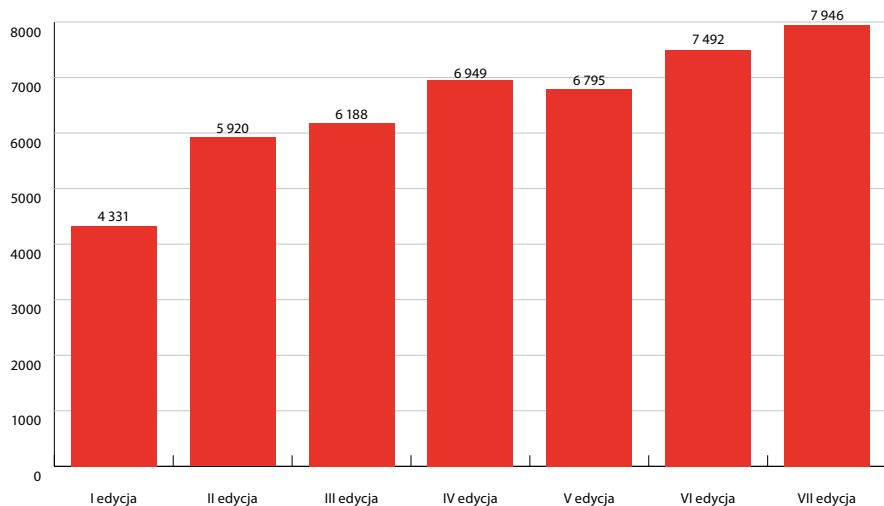


Program jest realizowany zgodnie z zaleceniami strategii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w zakresie diety, aktywności fizycznej i zdrowia oraz w odpowiedzi na Zieloną Księgę pt. „Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym” (Stanowisko Rządu RP przyjęte w dniu 14 marca 2006 roku) i Białą Księgę pt. „Strategia dla Europy w zakresie zagadnień zdrowia związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością” (Stanowisko Rządu RP przyjęte 13 lipca 2007 roku).

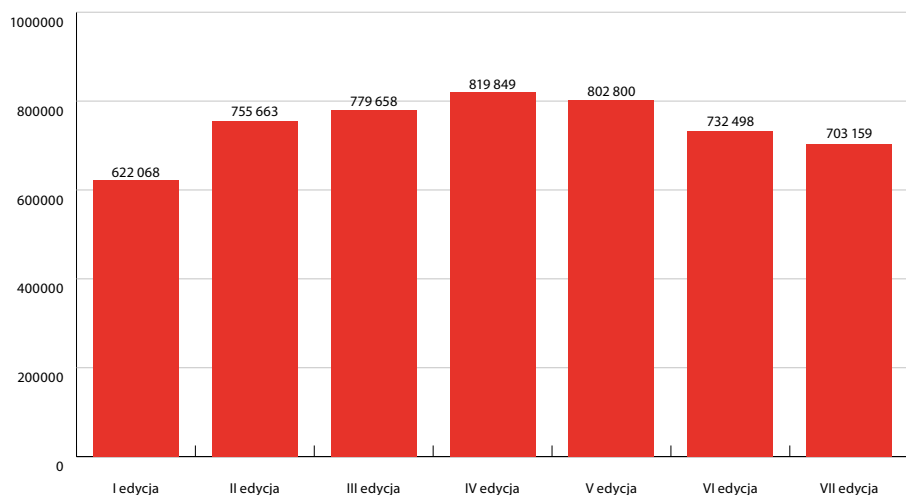
Na poziomie wojewódzkim i powiatowym Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje program w szerokiej współpracy środowiskowej m. in. z Urzędami Marszałkowskimi, Urzędami Miast, podmiotami leczniczymi, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami kulturowo-oświatowymi, organizacjami tj.: oddziałami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

W programie udział biorą uczniowie gimnazjów, uczniowie ostatnich klas (V i VI) szkół podstawowych oraz ich rodzice. VII edycja programu w roku szkolnym 2012/2013 realizowana była w 7946 szkołach w tym w: 3920 gimnazjach i 4026 szkołach podstawowych. Odbiorcami programu było 703 159 uczniów klas V–VI szkół podstawowych i I–III klas gimnazjów oraz ich rodzice i opiekunowie. Dotychczas, program „Trzymaj Formę!” objął swoim zasięgiem ponad 5 milionów uczniów. Program jest pozytywnie przyjmowany i wysoko oceniany zarówno przez nauczycieli, jak i uczniów, jako doskonała pomoc w propagowaniu zdrowego stylu życia Obecnie trwa VIII edycja programu.

Wykres 50. Liczba szkół realizujących program „Trzymaj Formę!” w poszczególnych edycjach.



Wykres 51. Liczba uczniów uczestniczących w programie „Trzymaj Formę!” w poszczególnych edycjach.



Tegoroczna edycja programu przebiegała pod hasłem: „Talerz Zdrowia – skuteczne narzędzie zdrowego odżywiania”. Talerz przedstawia całodzienny sposób żywienia z uwzględnieniem proporcji pomiędzy poszczególnymi grupami produktów żywnościowych (uzgodniony przez Radę ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia przy Ministrze Zdrowia). Na potrzeby programu wykorzystano ponadto 500 000 ulotek dla rodziców pt.: „Co każdy rodzic wiedzieć powinien o żywieniu i aktywności fizycznej” oraz ponad 160 000 broszur dla uczniów.

Istotnym wzmocnieniem działań programowych było przeprowadzenie przez organizatorów programu, II edycji Konkursu wiedzy o zdrowym stylu życia „Trzymaj Formę!”. W tegorocznej edycji konkursu udział wzięło łącznie 16 powiatów z czterech województw: małopolskiego, opolskiego, śląskiego i zachodniopomorskiego. Głównym celem Konkursu było zwiększenie wiedzy w zakresie wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie wśród młodzieży gimnazjalnej, a także poszerzenie wiedzy o wartościach odżywczych żywności oraz doskonalenie umiejętności korzystania z informacji zamieszczonych na opakowaniach produktów żywnościowych. Tematyka konkursu dotyczyła zbilansowanej diety, znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia oraz wybranych elementów edukacji konsumenckiej. Do pierwszego etapu konkursu zgłoszonych zostało 1 469 uczniów ze 123 gimnazjów. Do drugiego etapu konkursu zakwalifikowano 90 uczniów z 42 gimnazjów. W trzecim etapie Konkursu udział wzięło 17 uczniów. Wszelkie dodatkowe informacje dotyczące konkursu są dostępne na stronie internetowej programu [www.trzymajforme.pl](http://www.trzymajforme.pl)

## 2. Profilaktyka palenia tytoniu

Rok 2013 był ostatnim rokiem realizacji edycji *Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu (POZNPT)* przyjętego przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 16 lutego 2010 r., a określającego cele i zadania na lata 2010–2013. Celem tej edycji POZNPT było zapewnienie skutecznego i efektywnego propagowania stylu życia wolnego od dymu tytoniowego, pomoc w trwałym zerwaniu z nałogiem, ograniczenie negatywnych następstw biernego palenia oraz upowszechnianie wiedzy o szkodliwości palenia i wdychania dymu papierosowego.



Spoleczne skutki rozpowszechnienia chorób odytoniowych to ponad 60 tys. zgonów rocznie, w tym ponad 40 tys. zgonów ludzi w wieku 35–65 lat, czyli osób utrzymujących rodziny i tworzących dochód narodowy. Dla polityki zdrowotnej i ekonomicznej najważniejszy jest fakt, że większości strat wynikających z epidemii tytoniowej można skutecznie zapobiegać przez zmniejszenie palenia tytoniu, a zatem i poprzez zmniejszenie narażenia na dym tytoniowy. POZNPT realizowany jest w oparciu o sytuację epidemiologiczną związaną z występowaniem chorób odytoniowych w Polsce oraz wyniki badań dotyczących postaw i zachowań zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu, w tym ze szczególnym uwzględnieniem narażenia na biernie palenie.

Działania w zakresie profilaktyki palenia tytoniu wzmocnia edukacja prowadzona przez Państwową Inspekcję Sanitarną we wszystkich działaniach związanych z realizacją obchodów Światowego Dnia Bez Tytoniu oraz Światowego Dnia Rzucania Palenia. W latach 2010–2013 w obchodach aktywnie uczestniczyło blisko 10 milionów osób.

Działania profilaktyczne i interwencyjne podejmowane w ramach programu są bardzo zróżnicowane, podobnie jak zróżnicowane i wieloczynnikowe są okoliczności rozpoczęcia palenia tytoniu i trwania w uzależnieniu. W działaniach tych uczestniczą zainteresowane ministerstwa i urzędy, stosownie do swych kompetencji i nadzorowanych obszarów gospodarki narodowej. Rolę koordynatora, wśród podmiotów realizujących program, pełni Minister Zdrowia, który powierzył zarządzanie programem Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

W ramach **Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce na lata 2010–2013** Państwowa Inspekcja Sanitarna podjęła następujące działania:

**Światowy Dzień Bez Tytoniu** – hasło obchodów, które odbyły się 31 maja 2013 roku, brzmiało „Zakaz reklamy i promocji tytoniu oraz sponsoringu przez firmy tytoniowe”. Głównym celem kampanii było pobudzenie krajów członkowskich do realizacji art. 13 Ramowej Konwencji WHO o ograniczaniu użycia tytoniu (FCTC) oraz skierowanie wysiłków lokalnych, krajowych i międzynarodowych na działania przeciwdziałające przemysłowi tytoniowemu, przede wszystkim w zakresie zakazu reklamy i promocji wyrobów tytoniowych oraz sponsorowania przez koncerny tytoniowe. Państwowa Inspekcja Sanitarna każdego roku organizuje obchody Światowego Dnia bez Tytoniu na terenie całej Polski. W 2013 roku adresem kampanii był ogół społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży. Zakres podjętych działań obejmował w szczególności zagadnienia dotyczące przestrzegania zakazu reklam i promocji wyrobów tytoniowych oraz sponsoringu przez firmy tytoniowe, zdrowotnych skutków czynnego i biernego palenia tytoniu, promocji zdrowego stylu życia wolnego od dymu tytoniowego oraz działań związanych z organizacją punktów informacyjno-edukacyjnych. Istotnym punktem obchodów była organizacja rodzinnych festynów, podczas których informowano o negatywnych skutkach palenia tytoniu. W trakcie obchodów emitowane były spoty edukacyjne w miejscach użyteczności publicznej, a także w telewizji i na stronach internetowych. Ukazały się ponadto liczne informacje w radiu i prasie na temat szkodliwości skutków palenia tytoniu. Szacunkowo, działania te dotarły do blisko 24 mln osób.

**Światowy Dzień Rzucania Palenia** – w 2013 r. z inicjatywy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych odbyło się wiele przedsięwzięć z okazji obchodów Światowego Dnia Rzucania Palenia, które są zwieńczeniem całorocznej działalności programowej w zakresie ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W ramach tegorocznych obchodów podjęto łącznie 234 497 działań, które objęły zasięgiem blisko 2 000 000 osób. W placówkach oświatowo-wychowawczych, w ramach realizacji programów edukacji antytytoniowej, prowadzone były przez koordynatorów szkolnych pogadanki, prelekcje, imprezy okolicznościowe. Zorganizowano wystawy, gazetki ścienne oraz dystrybucję materiałów edukacyjnych. Uruchomiono wiele punktów informacyjno-pomiarowych, w czasie których udzielano informacji na temat profilaktyki palenia tytoniu oraz zachęcano do wykonania bezpłatnych badań medycznych: pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, sprawdzenia poziomu glukozy, poziomu cholesterolu, pojemności płuc lub poziomu tlenu w wydychanym powietrzu.

**Program edukacyjny dla dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów „Czyste Powietrze Wokół Nas”**. Głównym celem programu jest zwiększenie wiedzy rodziców w zakresie ochrony dzieci przed narażeniem na działanie dymu tytoniowego oraz kształtowanie świadomych, asertywnych postaw wśród dzieci dotyczących ochrony własnego zdrowia, w przypadku bezpośredniego kontaktu z osobami palącymi. W roku szkolnym 2012/2013 programem edukacyjnym objęto 4 373 przedszkola, co stanowi 58,4% tych placówek w całym kraju. Ponadto w realizacji programu wzięło udział 2 995 oddziałów przedszkolnych, co stanowi 40% tych placówek w Polsce oraz 119 innych form wychowania przedszkolnego (1,6%). Łącznie do programu przystąpiło 7 588 placówek wychowania przedszkolnego (38,1% placówek tego typu w Polsce). Liczba rodziców uczestniczących w programie wyniosła 1 873 316 osób. Łączna liczba dzieci uczestniczących w V edycji programu to 2 033 379. Liczba dzieci w przedziale wiekowym 5–6 lat biorących udział w programie: 1 733 355, co stanowi 27,03% wszystkich dzieci w przedziale wiekowym 5–6 lat. W Programie ponadto uczestniczyło 30 024 dzieci w wieku 3–4 lata.

**Program edukacji antytytoniowej dla uczniów klas I-III szkół podstawowych „Nie pal przy mnie, proszę”**. Ta inicjatywa, w ramach edukacji antytytoniowej odnosi się do problemu biernego palenia wśród dzieci. Program kształtuje u najmłodszych postawy odpowiedzialności za własne zdrowie i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, gdy inni ludzie przy nich palą. Do III edycji programu przystąpiło 5 547 szkół podstawowych, co stanowi 40,3% wszystkich szkół podstawowych w Polsce. Łącznie w roku szkolnym 2012/2013 w programie udział wzięło 320 111 uczniów. Odsetek szkół realizujących program wzrósł w porównaniu z poprzednią edycją o ponad 6% (z 33,8% do 40,3%).

**Program profilaktyki palenia tytoniu dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjów „Znajdź właściwe rozwiązanie”**. Program zwiększa odpowiedzialność za własne zdrowie wśród uczniów oraz kształtuje postawy wspierania ludzi, którzy pragną zerwać z nałogiem. Konstrukcja programu uwzględnia zajęcia, podczas których młodzież uczy się asertywności. Do realizacji III edycji programu przystąpiło 3 142 szkół podstawowych (22,8%) oraz 2 854 gimnazjów (38%). Łącznie w programie udział wzięło 5 995 szkół. Program objął swoim zasięgiem 4 829 244 uczniów, w tym 1 978 665 uczniów szkół podstawowych oraz 2 850 579 uczniów gimnazjów. Efektem realizacji programu jest wzrost wiedzy dzieci i młodzieży w zakresie szkodliwości palenia oraz jego wpływu na stan zdrowia. Blisko 90% uczniów realizujących program wskazało, że poszerzyło wiedzę na temat negatywnych skutków palenia tytoniu oraz na temat zdrowotnych skutków palenia tytoniu.

Główny Inspektorat Sanitarny, Departament Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz, w 2013 r. zapewnił obsługę administracyjno-techniczną Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, zgodnie z § 7 zarządzenia Nr 3 Prezesa Rady Ministrów z dnia 12 stycznia 2004 r. w sprawie utworzenia Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, zmienionego zarządzeniem nr 64 Prezesa Rady Ministrów z dnia 3 września 2010 r.

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

Podstawę prawną przeprowadzania kontroli stanowi § 2 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 roku w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz. U. z 2002 r. Nr 174, poz. 1426, z późn. zm.): „Funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadaje się uprawnienia do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego za wykroczenia określone w art. 13 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 ustawy z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych”. Kontrole prowadzone były w miejscach użyteczności publicznej określonych w art. 5 ww. ustawy (tabela 1). W roku 2013 przeprowadzono łącznie 290 062 kontrole, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. W wyniku kontroli, nałożono 125 mandatów, w tym 71 za łamanie zakazu palenia i 54 za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem. Średnia kwota jednego mandatu wyniosła około 183,50 PLN.

Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2013 roku wystawiły łącznie 125 mandatów, w tym 71 za łamanie zakazu palenia i 54 za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem. Średnia kwota jednego mandatu wyniosła około 183,50 PLN.

**Tabela 28.** Kontrole w zakresie przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej w 2013 roku.

Lp	Rodzaj zakładu	Liczba kontrolowanych zakładów	Liczba zakładów, ustawa jest realizowana		Liczba zakładów, ustawa nie jest realizowana	Odsetek obiektów, w których ustawa nie jest realizowana
			Ogółem	W tym z wykorzystaniem palarni (i/lub sali dla osób palących w lokalu gastronomiczno-rozrywkowym)	Ogółem	
1	Przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych	49 046	49 034	0	12	0,02%
2	Jednostki organizacyjne systemu oświaty	47 281	47 264	0	17	0,04%
3	Jednostki organizacyjne pomocy społecznej	2 537	2 532	218	5	0,20%
4	Uczelnie wyższe	788	787	21	1	0,13%
5	Zakłady pracy	71 899	71 830	1 768	69	0,10%
6	Obiekty kultury i wypoczynku	12 915	12 912	97	4	0,03%
7	Lokale gastronomiczno-rozrywkowe	44 388	44 343	814	44	0,10%
8	Obiekty służące obsłudze podróżnych	6 244	6 121	92	123	1,97%
9	Pomieszczenia obiektów sportowych	2 810	2 810	15	0	0,00%
10	Inne pomieszczenia użytku publicznego	52 154	52 110	196	44	0,08%
<b>Razem</b>		<b>290 062</b>	<b>289 743</b>	<b>3 224</b>	<b>319</b>	<b>0,11%</b>

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

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



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

W ramach projektu zorganizowano szkolenia dla funkcjonariuszy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Policji i Straży Miejskiej, odpowiedzialnych za egzekucję zapisów ww. ustawy w zakresie przestrzegania zakazu palenia i oznakowania stref bezdymnych. Przygotowano także podręcznik dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawujących bieżący nadzór nad realizacją obowiązków wynikających z ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz broszurę dla partnerów projektu informującą o zapisach ustawy. W ciągu 2-letniej realizacji projektu Policja i Straż Miejska i Gminna wydali 56 099 upomnień, 37 942 mandaty o łącznej wysokości 2 121 697,90 PLN. Od listopada 2011 roku do października 2013 roku Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadziła kontrole w 583 440 placówkach. W ciągu dwóch 2 lat organy Inspekcji wydały 31 decyzje administracyjne i 161 mandatów na całkowitą kwotę 299 610,00 PLN za łamanie zakazu palenia oraz 73 decyzje administracyjne i 163 mandaty na całkowitą kwotę 28 910,98 PLN za brak znaków palenia.

TNS Polska wraz z Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie, w oparciu o wyniki badania ankietowego, przeprowadzonego przez GIS w sierpniu 2013 roku, przygotowali „Raport na temat postaw Polaków wobec używania tytoniu w 2013 roku”. **Główne wnioski z ogólnopolskiego badania:**

- W stosunku do 2011 roku, w 2013 roku o 4 punkty procentowe zmniejszyła się liczba osób regularnie palących wyroby tytoniowe.
- W stosunku do 2011 roku, w 2013 roku zmniejszyło się narażenie na kontakt z dymem tytoniowym w miejscach publicznych, szczególnie w: w zakładach pracy (z 14% do 7%), na terenie placówek edukacyjnych (z 8% do 2%) i placówek służby zdrowia (z 4% do 2%), na przystankach i w obiektach komunikacji miejskiej (z 31% do 26%), w kawiarniach (z 12% do 8%), w restauracjach (z 10% do 6%), w centrach handlowych (z 6% do 3%), w obiektach kulturalnych (z 5% do 2%), w pomieszczeniach obiektów sportowych (z 8% do 5%), dyskotekach (z 15% do 13%), w urzędach i instytucjach państwowych (z 4% do 2%) oraz w środkach publicznego transportu (z 7% do 5%).
- Całkowity zakaz palenia w domu (55%) jest zdecydowanie częstszym zjawiskiem niż nieograniczona swoboda palenia (16%).
- 48% ankietowanych uznało, że dziś częściej niż kilka lat temu zdarza się, że osoby proszą palaczy o niepalenie w miejscach gdzie jest to zakazane.
- 40% ankietowanych było zdania, że wprowadzenie zakazu palenia tytoniu w miejscach publicznych i zakładach pracy sprzyja podejmowaniu przez palaczy decyzji o rzuceniu palenia tytoniu.

- Za trzy najskuteczniejsze czynniki ograniczające palenie respondenci uznali podniesienie cen papierosów (79%), wprowadzenie zakazów palenia w miejscach publicznych (65%) oraz prowadzenie kampanii społecznych i medialnych oraz programów prozdrowotnych (53%).
- Kampanie medialne/społeczne według 47% Polaków wpływają na zwiększenie poziomu wiedzy na temat szkodliwości palenia tytoniu i wdychania dymu tytoniowego, natomiast 41% Polaków twierdzi, że przyczyniają się one do zwiększania przestrzegania zakazu palenia w miejscach publicznych.

### 3. Profilaktyka chorób zakaźnych

W 2013 r. Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania HIV realizowany był we wszystkich województwach i stanowił kontynuację działań podejmowanych przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w latach ubiegłych. Głównym celem programu jest ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV/AIDS w kraju poprzez m.in. podniesienie poziomu wiedzy w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz promowanie odpowiedzialnych postaw i unikania ryzykownych zachowań seksualnych.



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

Liczba odbiorców działań programowych w 2013 r. wynosiła ok. 1 420 000, a swoim zasięgiem program objął łącznie 8 016 jednostki, w tym m.in. placówki nauczania i wychowania, podmioty lecznicze. W ramach działań realizatorzy programu zorganizowali liczne narady, szkolenia, wykłady, prelekcje, pogadanki oraz imprezy środowiskowe.

Wzmocnieniem działań programowych były coroczne obchody Światowego Dnia Walki z AIDS oraz działania realizowane w zakresie kampanii społeczno-informacyjnej „Znam rekomendacje PTN AIDS. Zalecam test na HIV” skierowanej do środowisk medycznych, w szczególności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy ginekologów oraz pielęgniarek i położnych, a poprzez te grupy zawodowe, do ogółu społeczeństwa. Celem działań kampanijnych jest upowszechnienie wczesnej diagnostyki zakażenia HIV, która ogranicza liczbę nowych zakażeń i pozwala w odpowiednim czasie rozpocząć terapię antyretrowirusową (ARV). Ponadto wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne kontynuowały działania podjęte w ramach ogólnopolskiej kampanii społecznej „Zrób test na HIV”, która zachęcała do badań w kierunku HIV i wykonywania bezpłatnych, anonimowych testów w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych na terenie całego kraju.



W 2013 roku jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały **kampanię społeczną w zakresie profilaktyki grypy**. Głównym celem działań edukacyjnych prowadzonych na terenie całego kraju było zapobieganie zachorowaniom na grypę sezonową i jej powikłaniom oraz ograniczenie szerzenia się wirusa grypy w społeczeństwie. Ponadto, stacje sanitarno-epidemiologiczne prowadziły działania informacyjne dotyczące przestrzegania zasad higieny oraz promujące szczepienia ochronne, jako skuteczną metodę zapobiegania grypie.

Adresatami działań były dzieci, młodzież w wieku szkolnym, rodzice i opiekunowie, dyrektorzy i nauczyciele placówek nauczania i wychowania, pacjenci oraz pracownicy podmiotów leczniczych oraz społeczność lokalna. Łączna liczba odbiorców wyniosła 1 800 000.

Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych w zakresie profilaktyki grypy w okresie poprzedzającym zachorowania na grypę oraz w okresie nasilenia choroby (sezonie epidemicznym) są działaniem priorytetowym dla pracowników wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

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



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

Głównym celem pięcioletniego Projektu jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym.



W ramach Projektu KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” powstał program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?” autorstwa Pana dr Krzysztofa Wojcieszka. Celem programu jest dotarcie z przekazem edukacyjnym do uczniów szkół ponadgimnazjalnych i ograniczenie skutków zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu i narkotyków). Program został objęty honorowym patronatem Ministra Edukacji Narodowej. GIS, jako Instytucja Realizująca, opracował i wydał pakiety edukacyjne, w skład których wchodzi podręcznik z płytą CD, pakiet 150 broszur, 150 ulotek dla nauczyciela, 150 ulotek dla ucznia, 6 sztuk plakatów oraz 50 ankiet ewaluacyjnych dla ucznia.

W 2013 roku w ramach realizacji Projektu, GIS we współpracy z partnerami zorganizował szkolenia pt. „Edukacja zdrowotna, jako element zapobiegania uzależnieniom” dla 16 wojewódzkich koordynatorów programu edukacyjnego pt. „ARS, czyli jak dbać o miłość?”, którzy następnie przeszkolili 340 powiatowych koordynatorów programu z 318 powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Adresatami programu są uczniowie szkół ponadgimnazjalnych. GIS zorganizował również cykl 10 szkoleń pt. „Skuteczna komunikacja z pacjentem w zakresie ograniczania konsekwencji zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych” dla kadry medycznej, w których udział wzięło 897 osób (102 lekarzy, 595 pielęgniarek/pielęgniarzy, 189 położnych oraz 11 ekspertów).

Elementem integrującym wszystkie działania w Projekcie jest platforma internetowa ([www.zdrowiewciazy.pl](http://www.zdrowiewciazy.pl)), która umożliwiła prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych oraz e-learningowych. Platforma internetowa stanowi również interaktywne forum do komunikacji pomiędzy użytkownikami.

Całkowity budżet Projektu wynosi 4 045 519 CHF (12 456 154 PLN), z czego wartość dofinansowania Projektu przez stronę szwajcarską wynosi 85% i obejmuje kwotę 3 438 691 CHF (10 587 730 PLN), pozostałe 15% w kwocie 606 828 CHF (1 868 424 PLN) stanowi wkład krajowy zapewniony przez Ministra Zdrowia.

## 5. Podsumowanie

Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2013 roku podejmowały działania edukacyjno-informacyjne również w ramach autorskich programów i kampanii w zakresie:

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

a także realizowały obchody **Światowego Dnia Zdrowia** pod hasłem „*Kontroluj ciśnienie krwi – zmniejsz ryzyko zawału serca i udaru mózgu*”. Działania edukacyjne prowadzone w ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia 2013, koncentrowały się głównie na zmniejszeniu ryzyka wystąpienia zawałów serca i udarów mózgu, podniesieniu wiedzy społeczeństwa na temat przyczyn i skutków nadciśnienia tętniczego, zwiększeniu wiedzy w zakresie zapobiegania wysokiemu ciśnieniu krwi oraz zachęceniu osób dorosłych do regularnej kontroli swojego ciśnienia krwi i stosowania się do zaleceń lekarza. Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazali wszystkim realizatorom i partnerom działań wytyczne i zalecenia opracowane przez GIS oraz materiały informacyjne opracowane przez Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce.



# DZIAŁALNOŚĆ PAŃSTWOWYCH GRANICZNYCH INSPEKTORÓW SANITARNYCH W ZAKRESIE ZABEZPIECZANIA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEGO GRANIC RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, północno-wschodnie granice Polski stały się granicami Unii Europejskiej i od tej chwili graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne strzegą również granic wspólnotowych.

Równoczesne otwarcie granic i rozwój transportu międzynarodowego (głównie lotniczego), a także groźba użycia czynników zakaźnych w celach terrorystycznych sprawiły, że coraz więcej chorób stało się realnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego w wymiarze ponadnarodowym.

## 1. Cel przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej

Państwowa Inspekcja Sanitarna przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną, której celem jest utrzymanie bariery sanitarno-epidemiologicznej kraju poprzez niedopuszczenie do wprowadzenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, których jakość zdrowotna nie odpowiada obowiązującym przepisom i może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi.

## 2. Kto przeprowadza graniczną kontrolę sanitarną

W ramach realizacji ustawowych zadań, **Państwo Graniczni Inspektorzy Sanitarni** (zwani dalej: „PGIS”) monitorują zagrożenia i oceniają sytuację epidemiologiczną wzdłuż granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nadzorując zabezpieczenie granicy przed zawleczeniem do kraju chorób szczególnie niebezpiecznych, wysoce zakaźnych i przed skutkami ataku bioterrorystycznego.



Istotną część działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowią działania PGIS dla obszarów przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych. Realizację ww. zadań, **wykonuje 10 Granicznych Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych tj.:** w: Dorohusku, Elblągu, Gdyni, Hrebennem, Koroszczynie, Przemysłu, Suwałkach, Szczecinie, Świnoujściu, Warszawie.

### 3. Zakres działań granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych

Głównymi celami działania Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych są w szczególności:

1. ochrona sanitarno-epidemiologiczna granicy państwa i Unii Europejskiej przed zawleczeniem wysoce niebezpiecznych chorób zakaźnych,
2. sprawowanie granicznej kontroli sanitarnej nad towarami zgodnie z ustawodawstwem krajowym, unijnym, a także wynikającym z międzynarodowych konwencji,
3. wspieranie Krajowego Punktu Kontaktowego we wspólnotowym systemie RASFF oraz współdziałanie w tym zakresie z Komisją Europejską,
4. monitoring suplementów diety, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wzbogaconych środków spożywczych wprowadzanych po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
5. zwiększony nadzór nad nowymi produktami wprowadzanymi do obrotu, a mogącymi stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi,
6. aktualizacja zapisów z nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi, w zakresie rejestracji zgłoszeń, prowadzenia analiz epidemiologicznych i przedstawianych raportów statystycznych,
7. nadzór nad bezpieczeństwem zdrowotnym wody przeznaczonej do zaopatrywania statków powietrznych,
8. nadzór sanitarny nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy,
9. sprawowanie nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami, produktami biobójczymi, detergentami i prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 w oparciu o obowiązujące przepisy,
10. działania zapobiegawcze oraz kontrolne w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego i niezwłoczne przekazywanie informacji w tym zakresie do organów wyższego stopnia,
11. nadzór sanitarny nad warunkami przewozu osób w ruchu międzynarodowym.

Zgodnie z posiadanymi kompetencjami, nadzór nad granicznymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi w zakresie prowadzonych granicznych kontroli sanitarnych, zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego granic oraz nadzór w zakresie organizacyjnym sprawuje Główny Inspektor Sanitarny.

### 4. Liczba granicznych kontroli sanitarnych przeprowadzonych w 2013 roku

W 2013 roku, w ramach urzędowej kontroli żywności obejmującej graniczną kontrolę żywności na przejściach granicznych w całym kraju, przeprowadzono ogółem **35 490 kontroli** (tabela 27), w tym wydano **248 decyzji** o zakazie wprowadzenia importowanych partii środków spożywczych do obrotu w Unii Europejskiej.



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

**Tabela 29.** Działalność kontrolna granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie nadzoru nad importem środków spożywczych oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością w roku 2013.

GSSE	Liczba granicznych kontroli sanitarnych
Warszawa	7 739
Przemyśl	5 352
Dorohusk	3 661
Hrebenne	1 579
Koroszczyń	1 239
Suwałki	753
Elbląg	294
Gdynia	14 313
Szczecin	401
Świnoujście	159
<b>Suma</b>	<b>35 490</b>

## 5. Co oznacza graniczna kontrola sanitarna i co jej podlega

Graniczna kontrola sanitarna zgodnie z art. 16 *rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, Rozdz. 3, t. 45, str. 200)*, obejmuje m.in.:

- kontrolę dokumentacji, w szczególności certyfikatów zdrowotnych i deklaracji producenta potwierdzających zgodność produktu z wymaganiami zawartymi w obowiązujących przepisach prawnych,
- oględziny partii towaru, czyli ocenę stanu opakowań jednostkowych i transportowych, ocenę etykietowania, ocenę organoleptyczną (barwa, zapach, konsystencja, zawilgocenie, oznaki zepsucia), ocenę w kierunku widocznych zanieczyszczeń biologicznych i innych, kontrolę temperatury oraz pobieranie próbek do analizy i badania laboratoryjne, a także wszelkie inne kontrole niezbędne do sprawdzenia zgodności z prawem żywnościowym.

W wyniku przeprowadzonej kontroli właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydaje świadectwo stwierdzające spełnianie wymagań zdrowotnych na podstawie, którego organy celne nadają dopuszczalne przeznaczenie celne.

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

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

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

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

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

## 6. Z kim współpracują Państwowi Graniczni Inspektorzy Sanitarni w ramach granicznej kontroli sanitarnej

Bieżący i zapobiegawczy nadzór sanitarno-epidemiologiczny na granicy Polski, która jest jednocześnie zewnętrzną granicą Unii Europejskiej, prowadzony jest przez Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych na podstawie ściśle określonych zasad współpracy z innymi organami kontroli granicznej oraz z innymi jednostkami tj. m.in.:

### 6.1. Służbą celną:

współpraca polega na:

- wzajemnym udzielaniu pomocy w zakresie prawidłowej identyfikacji towarów zgłoszonych i podlegających granicznej kontroli sanitarnej, a także informowaniu o zauważonych nieprawidłowościach, stwierdzonych w związku z kontrolą celną lub sanitarną przy wprowadzaniu na obszar celnego Wspólnoty, wyprowadzeniem z tego obszaru i przemieszczeniu towaru w ramach procedury tranzytu przez obszar Wspólnoty,
- podejmowaniu przez organy celne działań przewidzianych przepisami prawa celnego w odniesieniu do towarów niespełniających wymagań zdrowotnych, przy wprowadzaniu towarów na obszar Unii Europejskiej,
- uzgadnianiu trybu postępowania podczas prowadzenia działalności przeciwepidemicznej oraz wprowadzeniu i stosowaniu procedur postępowania przeciwepidemicznego,

- udostępnianiu wzajemnym materiałów edukacyjnych i szkoleniowych w celu prowadzenia oświaty zdrowotnej,
- współdziałaniu w zakresie profilaktyki zagrożeniom bioterroryzmem.

## 6.2. Strażą Graniczną:

współpraca polega na:

- powiadamianiu o występowaniu objawów chorobowych lub podejrzeniu wystąpienia zachorowania na chorobę zakaźną wśród osób przekraczających granicę UE,
- pomocy w podejmowaniu działań mających na celu określenie osób mających kontakt z osobą chorą lub podejrzaną o zachorowanie,
- współpracy we wprowadzaniu do stosowania procedur postępowania przeciwepidemicznego oraz ich późniejszej realizacji,
- natychmiastowym powiadamianiu PGIS o podejrzeniu ataku bioterrorystycznego,

Podejmowana jest również współpraca z Granicznym Lekarzem Weterynarii, Państwowym Wojewódzkim/Powiatowym Inspektorem Sanitarnym, Państwowym Inspektorem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, wojewódzkimi/powiatowymi centrami zarządzania kryzysowego oraz podmiotami działalności leczniczej.

## 7. Działania granicznych stacji w ramach postanowień zawartych w przepisach międzynarodowych w zakresie ruchu transgranicznego (ze szczególnym uwzględnieniem Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (MPZ))

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (MPZ) stanowią zbiór wytycznych, praw i obowiązków nałożonych zarówno na państwa-strony jak i na Światową Organizację Zdrowia. Dużo uwagi poświęca się w nich punktom wejścia, czyli takim miejscom, gdzie następuje międzynarodowa wymiana ludzi i towarów. Punktami wejścia zgodnie z MPZ (2005) są miejsca, przez które możliwe jest wejście na teren danego państwa lub wyjście z niego podróznego, bagażu, towarów, przesyłek pocztowych i środków transportu.

Punktami wejścia w przypadku międzynarodowych portów lotniczych są: *Port Lotniczy im. F. Chopina Warszawa – Okęcie, Port Lotniczy im. Jana Pawła II Kraków – Balice, Port Lotniczy im. NSZZ Solidarność Szczecin – Goleniów, Port Lotniczy S.A. Wrocław im. Mikołaja Kopernika, Port Lotniczy Łódź im. W. Reymonta Sp. z o.o., Port Lotniczy im. Lecha Wałęsy Gdańsk, Port Lotniczy im. H. Wieniawskiego Poznań – Ławica.*

W związku z faktem, że granica północno-wschodnia Polski jest równocześnie granicą zewnętrzną Unii Europejskiej, zostało nałożone na Polskę szczególnie odpowiedzialne zadanie zagwarantowania bezpieczeństwa wszystkich Państw Członkowskich przed zagrożeniami ze strony niepożądanych na terytorium Unii Europejskiej osób i towarów, przy jednoczesnym utrzymywaniu dobrosąsiedzkich kontaktów z państwami pozostającymi poza Unią Europejską.

