

Stan Sanitarny Kraju w 2021 roku



Główny Inspektorat Sanitarny

© Główny Inspektorat Sanitarny 2022

Wszelkie prawa zastrzeżone

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

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

Raport o stanie sanitarnym kraju zawiera dane na dzień 31 grudnia 2021 r.

Warszawa, wrzesień 2022 r.

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

tel.: +48 22 536 13 00

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

Wstęp	7
Stan sanitarny zakładów żywności, żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	9
1. Zakres nadzoru sanitarnego	10
2. Ogólna ocena stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów	13
3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad zakładami żywienia zbiorowego typu otwartego	17
4. Stan sanitarny środków transportu żywności	21
5. Jakość zdrowotna środków spożywczych	22
5.1. System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach – RASFF	24
5.2. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nad bezpieczeństwem suplementów diety, żywności dla określonych grup oraz żywności obowiązkowo wzbogacanej	38
5.2.1. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety	38
5.2.2. Żywność dla określonych grup	40
5.2.3. Żywność obowiązkowo wzbogacana	42
5.3. Badanie żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMO)	44
5.4. Nadzór nad obrotem grzybami i przetwórstwem grzybów oraz zatrucia grzybami	44
5.4.1. Nadawanie i ewidencja uprawnień klasyfikatora grzybów świeżych i grzyboznawcy	45
5.4.2. Zatrucia grzybami	46
5.4.3. Działania zapobiegające zatruciom grzybami	47
6. Jakość zdrowotna materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością	49
7. Wybrane zagadnienia nadzoru nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego	49
7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach	50
7.2. Kontrole żywienia dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty	53
7.2.1. Żywnienie zbiorowe w jednostkach systemu oświaty	55
7.2.2. Sklepiki i kioski w szkołach	58
8. Działania edukacyjne w zakresie bezpieczeństwa żywności	59
8.1. Program edukacyjny „Skąd się biorą produkty ekologiczne?”	59
8.2. Kampania informacyjna EFSA „Wybieraj bezpieczną żywność”	60
Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w 2021 r.	63
1. Choroby zakaźne objęte przez Światową Organizację Zdrowia programami eradykacji i eliminacji (odra, różyczka, poliomyelitis)	64
1.1. Odra	64
1.2. Różyczka	66
1.3. Poliomyelitis (ostre nagminne porażenie dziecięce)	70
1.4. Grypa	70
1.5. Gruźlica	74
2. Choroby przenoszone drogą pokarmową	78
2.1. Zakażenia bakteryjne	78
2.2. Kampylobakterioza i jersinioza	81
2.3. Czerwonka bakteryjna (szigelozą)	81
2.4. Dur brzuszny i dury rzekome oraz gronkowcowe zatrucia pokarmowe	82
2.5. Listerioza	82
2.6. Włośnica	84
2.7. Zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm)	85
3. Zakażenia wirusowe	87
3.1. Zakażenia rotawirusowe	87
3.2. Zakażenia norowirusowe	87
3.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu A	88
4. Choroby krwiopochodne	91
4.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C	91
5. Choroby odzwierzęce	94
5.1. Borelioza	94
5.2. Kleszczowe zapalenie mózgu	95
5.3. Wścieklizna	96
5.4. Bąblowica	98
6. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych	99
7. Epidemia zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w Polsce	102
8. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych w 2021 r.	106
8.1. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych	106
8.2. Sposób przekazywania szczepionek prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne – dystrybucja szczepionek	108
8.3. Uchylenie się od obowiązku szczepień ochronnych przez osoby prawnie do tego zobowiązane, jako czynnik determinujący możliwy spadek stanu zaszczepienia populacji przeciw chorobom zakaźnym – działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmowane w celu egzekwowania obowiązku szczepień	109
9. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS	112
10. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach – ogniska epidemiczne, czynniki alarmowe	114

10.1.	Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce	114
10.2.	Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala	115
10.3.	Sytuacja epidemiologiczna w Polsce	119
10.4.	Analiza raportów rocznych o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitali w zakresie nadzoru nad czynnikami alarmowymi w podmiotach leczniczych.....	125
11.	Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) w zakresie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej w 2021 r.	133
11.1.	Zakres działań Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych	133
11.2.	Współpraca Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych w ramach nadzoru sanitarno-epidemiologicznego	134
11.3.	Działania GSSE w obszarze portów morskich i jednostek pływających	135
11.4.	Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych na przejściach lądowych oraz lotniczych	136
11.5.	Działania PGIS w związku z epidemią COVID-19	138
	Jakość wody przeznaczonej do spożycia.....	141
1.	Wstęp.....	142
2.	Zaopatrzenie ludności w wodę	144
2.1.	Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej.....	144
2.2.	Struktura wodociągów w Polsce.....	145
2.3.	Struktura wodociągów w poszczególnych województwach.....	147
2.4.	Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia	151
3.	Jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	152
3.1.	Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi	152
3.2.	Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych	154
3.3.	Analiza przekroczeń parametrów chemicznych – odstępstwa	155
3.4.	Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi.....	157
3.5.	Badania ciepłej wody w kierunku obecności bakterii z rodzaju <i>Legionella</i> sp.	157
4.	Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi.....	160
	Pływalnie.....	163
1.	Wstęp.....	164
2.	Wymagania, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach.....	165
2.1.	Parametry mikrobiologiczne i fizykochemiczne	165
2.2.	<i>Legionella</i>	167
3.	Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej	168
3.1.	Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody.....	168
3.2.	Roczna zbiorcza ocena wody na pływalniach	170
	Kąpieliska i miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpieli	173
1.	Wstęp.....	174
2.	Stan sanitarny kąpielisk.....	175
3.	Stan sanitarny miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli.....	178
4.	Terminy otwarcia kąpielisk.....	180
5.	Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach	181
6.	Serwis kąpieliskowy.....	182
7.	Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk.....	187
	Zapobiegawczy nadzór sanitarny	189
1.	Zapobiegawczy nadzór sanitarny.....	190
1.1.	Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.....	190
1.2.	Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego.....	190
1.3.	Podsumowanie.....	197
	Stan sanitarny obiektów użyteczności publicznej.....	199
1.	Informacje ogólne.....	200
2.	Stan sanitarny wybranych obiektów	201
2.1.	Zakłady fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej oraz świadczące łącznie powyższe usługi	201
2.2.	Obiekty hotelarskie – hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, kempingi, pola biwakowe i inne obiekty, w których świadczone są usługi hotelarskie	205
2.3.	Domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych, inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej	206
2.4.	Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, stacje metra i środki transportu	207
2.5.	Tereny rekreacyjne	208
2.6.	Cmentarze i domy pogrzebowe	208
2.7.	Zakłady karne i areszty śledcze.....	208
2.8.	Inne obiekty użyteczności publicznej.....	209
2.9.	Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w miejscach użyteczności publicznej.....	209
3.	Podsumowanie	210

Nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi środowiska pracy	213
1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego.....	214
2. Ocena warunków pracy i narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach pogrzebowych.....	217
3. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest – na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2021 r.	218
4. Choroby zawodowe	220
5. Działalność laboratoryjna Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie badań i pomiarów środowiska pracy.....	222
6. Podsumowanie	223
Higiena radiacyjna.....	225
1. Zgody i zezwolenia.....	226
2. Nadzór i kontrola w zakresie przestrzegania warunków ochrony radiologicznej.....	227
3. Nadawanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej.....	227
4. Podnoszenie kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej.....	228
5. Ochrona przed polem elektromagnetycznym w środowisku pracy.....	229
6. Pomiary skażeń promieniotwórczych	230
7. Kwestie legislacyjne.....	232
8. Radon	232
8.1. Identyfikacja terenów, na których poziom średniorocznego stężenia radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekroczyć dopuszczalny poziom odniesienia.....	232
8.2. Działania informacyjno-edukacyjne	233
8.3. Ocena krajowego planu radonowego w zakresie jego kompletności i aktualności.....	235
8.4. Weryfikacja krajowych planów radonowych przez Komisję Europejską – projekt EU-RAP.....	235
Higiena procesów nauczania, wychowania oraz wypoczynku i rekreacji dzieci i młodzieży w roku 2021	237
1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży.....	238
2. Stan sanitarny budynków lub ich części, w których funkcjonują placówki opieki, wychowania i nauczania dla dzieci i młodzieży.....	239
3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej.....	240
4. Higiena procesu nauczania.....	241
5. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego.....	244
6. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży.....	245
7. Żłobki i kluby dziecięce	246
8. Nadzór nad placówkami z pobytem całodobowym.....	246
9. Podsumowanie	247
Stan sanitarny podmiotów prowadzących działalność leczniczą (Warunki higieniczno-sanitarne, jakie powinien spełniać sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, Odpady medyczne - postępowanie w miejscu wytworzenia)	249
1. Informacje ogólne.....	250
2. Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze	251
2.1. Działalność lecznicza realizowana przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	251
2.2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	254
2.3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.....	256
2.4. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową	257
3. Postępowanie z odpadami medycznymi.....	259
4. Podsumowanie	260
5. Wnioski.....	261
Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w obszarze chemikaliów.....	263
1. Produkty biobójcze	264
2. Substancje chemiczne i ich mieszaniny	268
2.1. Wspólnotowy projekt REACH-EN-FORCE 9 (REF-9).....	270
3. Detergenty	272
4. Produkty kosmetyczne	272
5. Prekursory narkotyków kat. 2 i 3.....	276
6. Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne	279
6.1. Podejrzanie wystąpienia zatrucia albo zgonu środkami zastępczymi (ŚZ) lub nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP).....	281
6.2. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych. Działania kontrolne.....	283
6.3. Prace Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych w ograniczaniu dostępności do środków zastępczych.....	285
Programy edukacyjne	289
1. Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowany do uczniów IV klas szkół podstawowych	290
2. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”	292
Komunikacja społeczna jako promocja zdrowia.....	295
Spis wykresów, tabel i rysunków.....	303



Szanowni Państwo,

rok 2021 był niezwykle intensywny dla Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Szczepienia przeciw COVID-19 dały nadzieję na ograniczenie rozprzestrzeniania się choroby i skuteczniejszą walkę ze skutkami pandemii. Jednocześnie pracownicy inspekcji sanitarnej reagowali na zmiany w strukturze zachorowań i wraz z innymi specjalistami starali się przewidzieć jej dalszy rozwój.

Choć pandemia COVID-19 przez ostatnie dwa lata nałożyła na inspekcję sanitarną dodatkowe obowiązki, walka z wirusem to tylko część naszych działań. Podstawa codziennej pracy to – podobnie jak w latach ubiegłych – nadzór nad bezpieczeństwem żywności, wody pitnej i kąpielisk, środkami zastępczymi, kosmetykami, higieną środowiska, pracy, radiacyjną czy nauczania i wychowania. Kontrolujemy stan sanitarny szpitali. Dopuszamy i rozbudowujemy laboratoria inspekcji i uzupełniamy wiedzę ich pracowników. Państwowa Inspekcja Sanitarna dba również o najmłodszych mieszkańców kraju, kontrolując miejsca nauki i wypoczynku. Infrastruktura obiektów, w których spędzają czas dzieci i młodzież, dostosowanie mebli, dostępność sanitariatów, a nawet ciężar plecaków i rozkład zajęć lekcyjnych mają ogromny wpływ na możliwości rozwoju dzieci i młodzieży.

Państwowa Inspekcja Sanitarna wciąż się rozwija. Rok 2021 minął nam pod znakiem cyfryzacji. Aby jak najszybciej rozwiązywać problemy i być bliżej obywateli, unowocześniamy i usprawniamy nasze narzędzia pracy. Obecnie większość kwestii, które podejmujemy, prowadzona jest komputerowo. Automatyzujemy procesy, a sprawy osób indywidualnych i przedsiębiorstw obsługujemy cyfrowo, z użyciem nowoczesnych rozwiązań.

Technologie cyfrowe, choć pozwalają na szybki obieg informacji i przyspieszają nasze działania, niosą także zagrożenia. Łatwo szerzą się informacje niesprawdzone czy wręcz błędne, docierając do szerokiego grona odbiorców. Walka z dezinformacją i fake newsami stała się codziennością. Poprzez media tradycyjne i cyfrowe przekazujemy na co dzień sprawdzone, rzetelne informacje dotyczące dbania o zdrowie, profilaktyki i higieny, a także codziennej pracy inspekcji sanitarnej. Jednocześnie staramy się być z Państwem w bezpośrednim kontakcie – pracownicy powiatowych i wojewódzkich stacji sanitarnych są najbliżej społeczności lokalnych: edukują, prowadzą akcje promocyjne i edukacyjne z dorosłymi i najmłodszymi mieszkańcami swojej okolicy.

Przekazując w Państwa ręce publikację „Stan sanitarny kraju”, mam nadzieję, że stanie się ona ważnym źródłem wiedzy na temat działań inspekcji sanitarnej w minionym roku. Jednocześnie zachęcamy do śledzenia naszych publikacji zarówno na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego, poszczególnych stacji, jak i w mediach społecznościowych urzędu. Głęboko wierzę, że świadome sięganie do źródeł wiedzy i właściwa ich selekcja jest w dzisiejszych czasach kluczem do rozsądnego dbania o zdrowie swoje i otoczenia.

Krzysztof Saczka
Główny Inspektor Sanitarny



Raport o stanie sanitarnym kraju zawiera dane na dzień 31 grudnia 2021 r.



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

1. Zakres nadzoru sanitarnego

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

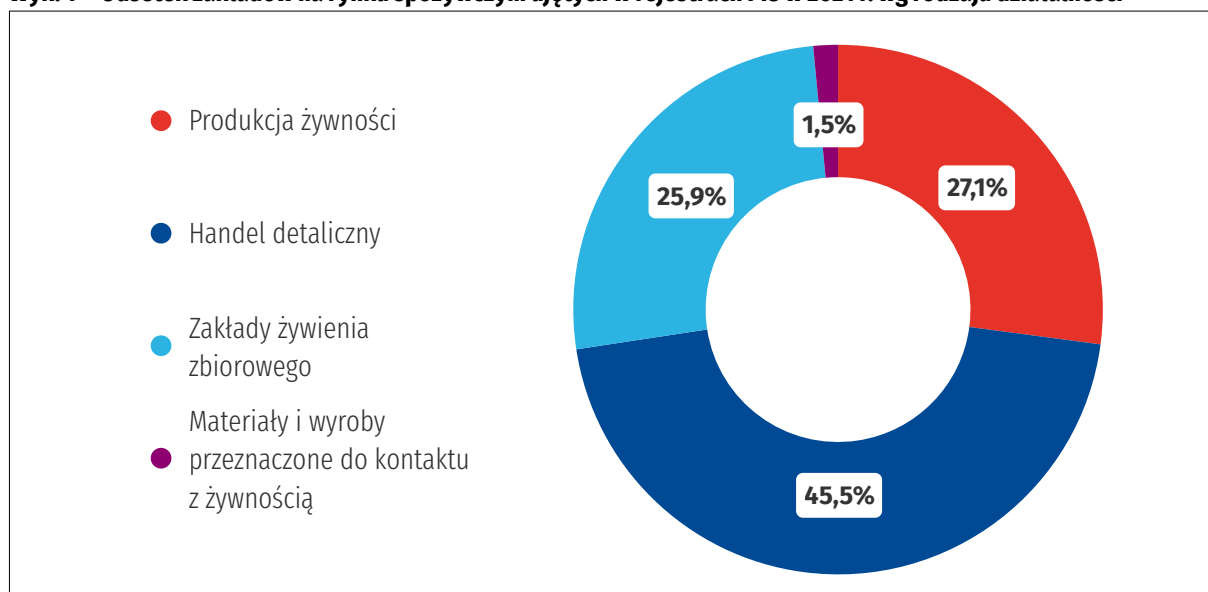
1. warunków produkcji, transportu, przechowywania i sprzedaży żywności oraz warunków żywienia zbiorowego,
2. warunków zdrowotnych produkcji materiałów oraz obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością.

W roku 2021 w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 550 300 zakładów żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2020 r. – 532 583), w szczególności:

- ◆ 149 172 – zakłady produkcji żywności (2020 r. – 134 990);
- ◆ 250 385 – zakładów obrotu żywnością (w 2020 r. – 258 303);
- ◆ 142 599 – zakładów żywienia zbiorowego (2020 r. – 131 984);
- ◆ 8 144 – wytwórni oraz miejsc obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością (w 2020 r. – 7 306).

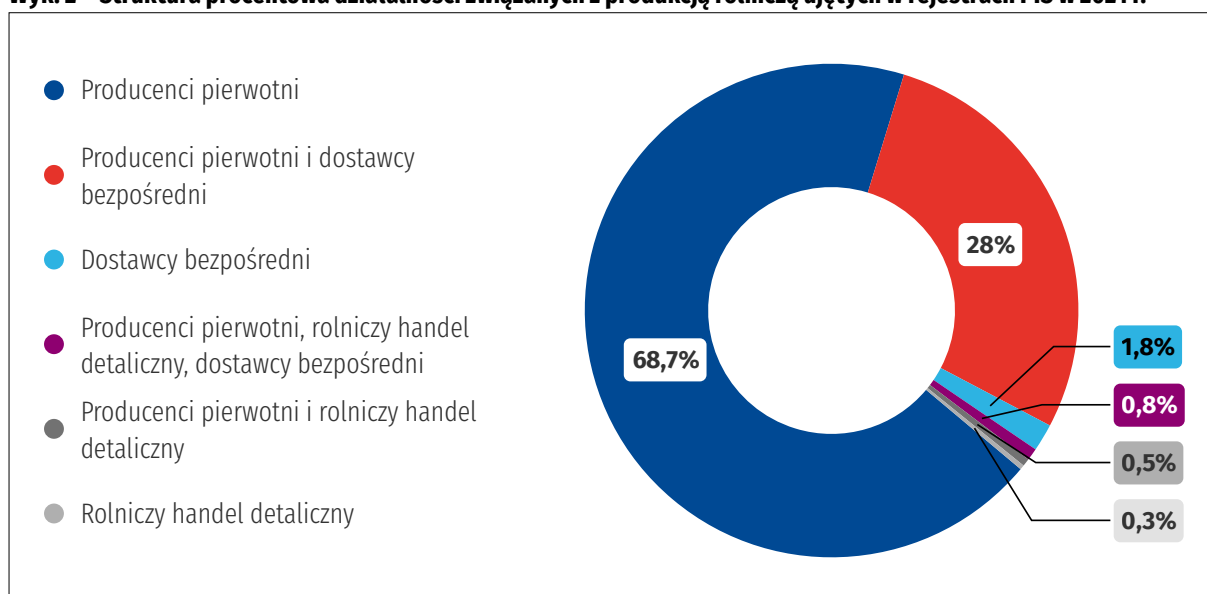
W rejestrach zakładów urzędowej kontroli żywności w 2021 r. w grupie zakładów produkcji żywności znajdowało się m.in.: 86 549 producentów pierwotnych, 35 290 producentów pierwotnych prowadzących jednocześnie działalność jako dostawcy bezpośredni, 2 213 dostawców bezpośrednich, 367 prowadzących rolniczy handel detaliczny, 4 688 piekarni, 3 907 ciastkarni, 3 440 automatów do lodów.

Wyk. 1 Odsetek zakładów na rynku spożywczym ujętych w rejestrach PIS w 2021 r. wg rodzaju działalności



Najliczniejszą spośród nadzorowanych grup na rynku wytwórców żywności stanowili producenci rolni. Ogólna liczba nadzorowanych zakładów związanych z produkcją rolniczą, obejmująca producentów pierwotnych, rolniczy handel detaliczny i dostawców bezpośrednich, wyniosła 126 053, co stanowiło ok. 85% wszystkich zakładów produkcji żywności ujętych w 2021 r. w rejestrach Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W grupie związanej z produkcją rolniczą żywności nadzorowanej przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dominowali producenci pierwotni – 86 549, stanowiący ok. 68,7% wszystkich rodzajów działalności związanej z produkcją rolniczą.

Wyk. 2 Struktura procentowa działalności związanych z produkcją rolniczą ujętych w rejestrach PIS w 2021 r.



W grupie zakładów obrotu żywnością znajdowało się m.in.: 131 463 sklepy spożywcze, 12 767 kiosków, 40 257 środków transportu żywności, 12 085 aptek, 12 967 magazynów hurtowych, 14 020 obiektów ruchomych i tymczasowych.

W grupie zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego znajdowały się m.in.: 50 184 zakłady małej gastronomii, z których 39 284 stanowiły zakłady stacjonarne a 10 900 zakłady tymczasowe lub ruchome.

Natomiast w grupie zakładów/obiektów żywienia zbiorowego typu zamkniętego znajdowało się m.in.: 1 025 bloków żywienia w szpitalach, 108 kuchni niemowlęcych, 3 834 stołówki w żłobkach i domach małego dziecka, 12 074 stołówki szkolne, 14 186 stołówek w przedszkolach oraz 4 581 innych zakładów żywienia.

Liczba zakładów prowadzących usługi cateringowe wyniosła 1 987.

Ponadto w grupie wytwórni oraz miejsc obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością znajdowało się: 988 wytwórni tych produktów oraz 7 156 miejsc ich obrotu.

W roku sprawozdawczym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

przeprowadziły	189 133 kontrole sanitarne zakładów żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2020 r. – 146 366), w tym 27 204 kontrole interwencyjne (w 2020 r. – 20 345);
skontrolowały	133 967 zakładów żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2020 r. – 105 779);
zatwierdziły	31 911 nowych zakładów (2020 r. – 27 218);
wydały	23 504 decyzje administracyjne ogółem, w wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, w tym nakazujące poprawę stanu sanitarno-higienicznego zakładu, unieruchamiające, zakazujące produkcji, zakazujące wprowadzenia produktu do obrotu, zatwierdzające warunkowo, odmawiające zatwierdzenia, odmawiające zmiany decyzji lub o stwierdzeniu nieważności (w 2020 r. – 19 904);
nałożyły	14 630 mandatów karnych na winnych zaniedbań sanitarnych, na łączną kwotę 3 312 265 PLN (w 2020 r. – 9 750 mandatów na kwotę 2 320 890 PLN);
skierowały	688 wniosków o ukaranie podmiotów odpowiedzialnych za nieprzestrzeganie przepisów prawa (2020 r. – 669), w tym: <ul style="list-style-type: none">✦ 39 wniosków skierowanych do sądu (w 2020 r. – 28) oraz✦ 649 wniosków o nałożenie kar pieniężnych przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (w 2020 r. – 641).



2. Ogólna ocena stanu sanitarnego nadzorowanych obiektów

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

Pomimo prowadzonych na szeroką skalę w 2021 r. przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działań związanych z trwającym stanem epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, w porównaniu z rokiem poprzednim widocznie wzrosła intensywność kontroli zakładów żywności i żywienia.

Kontrole podmiotów działających na rynku spożywczym były prowadzone z częstotliwością wyznaczoną na podstawie analizy ryzyka zidentyfikowanych zagrożeń dla zdrowia i życia ludzi, obejmującej w szczególności stan faktyczny, klasyfikację obiektów i zakładów do kategorii niskiego, średniego lub wysokiego ryzyka na podstawie kryteriów oceny sanitarnej. Liczba kontroli sanitarnych zakładów żywności, żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością przeprowadzonych w 2021 r. była większa o 42 767 niż w 2020 r.

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

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

Przedmiotowy zakres urzędowej kontroli żywności obejmował przede wszystkim nadzór nad warunkami produkcji, transportu, przechowywania i sprzedaży żywności oraz warunkami żywienia zbiorowego, nadzoru nad jakością zdrowotną żywności oraz warunkami zdrowotnymi produkcji i obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością. W zakres tych działań wpisuje się kontrola spełnienia wymagań

dotyczących znakowania żywności. Prawidłowe znakowanie zawierające obowiązkowe informacje na temat żywności, w tym dotyczące substancji lub produktów powodujących alergię lub reakcje nietolerancji, służy ochronie zdrowia konsumentów poprzez zapewnienie podstaw do dokonywania świadomych wyborów oraz bezpiecznego stosowania żywności. Dlatego próbki pobierane do badań laboratoryjnych oceniane były m.in. w kierunku zgodności znakowania z obowiązującymi przepisami. W 2021 r. na 33 171 ocenionych próbek środków spożywczych z kraju, Unii Europejskiej i z importu (w 2020 r. – 25 769) zakwestionowano 245 (w 2020 r. – 202), co stanowi 0,74% (w 2020 r. – 0,78%).

W myśl obowiązujących przepisów prawa żywnościowego obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa produkowanej i wprowadzanej do obrotu żywności spoczywa na podmiocie prowadzącym przedsiębiorstwo spożywcze, a za przestrzeganie przepisów dotyczących materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością odpowiedzialny jest podmiot działający na rynku tych produktów w zakładach będących pod jego kontrolą. W związku z powyższym, od ww. podmiotów organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zobligowane były egzekwować przestrzeganie wymagań przepisów prawa, zaś kontrole przeprowadzane były z częstotliwością zależną przede wszystkim od kategorii ryzyka.

W wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały: 23 504 decyzje administracyjne (w 2020 r. – 19 904 decyzji) w tym: 560 decyzji w sprawie unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu (w 2020 r. – 417) i 610 decyzji zakazujących wprowadzenia produktu do obrotu (w 2020 r. – 423). W 2021 r. państwowi inspektorzy sanitarni skierowali do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 688 wniosków o ukaranie podmiotów odpowiedzialnych m. in. za:

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

W tym zakresie w 2021 r. państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni, po rozpatrzeniu wniosków o ukaranie, wymierzili podmiotom odpowiedzialnym za stwierdzone naruszenia kary finansowe w drodze decyzji administracyjnej na kwotę ok. 1,5 mln PLN.



Ponadto na osoby winne naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych w zakładach/obiektach żywności i żywienia, a także w wytwórniach i miejscach obrotu materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością nałożono 14 630 grzywien w drodze mandatu karnego na łączną kwotę 3 312 265 PLN oraz skierowano 39 wniosków do sądów o ukaranie na podstawie przepisów postępowania w sprawach o wykroczenia. W tym zakresie organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2021 r. nałożyły o 4 880 mandatów karnych więcej niż w 2020 r.

Grzywny w drodze mandatów karnych nałożono m. in. za:

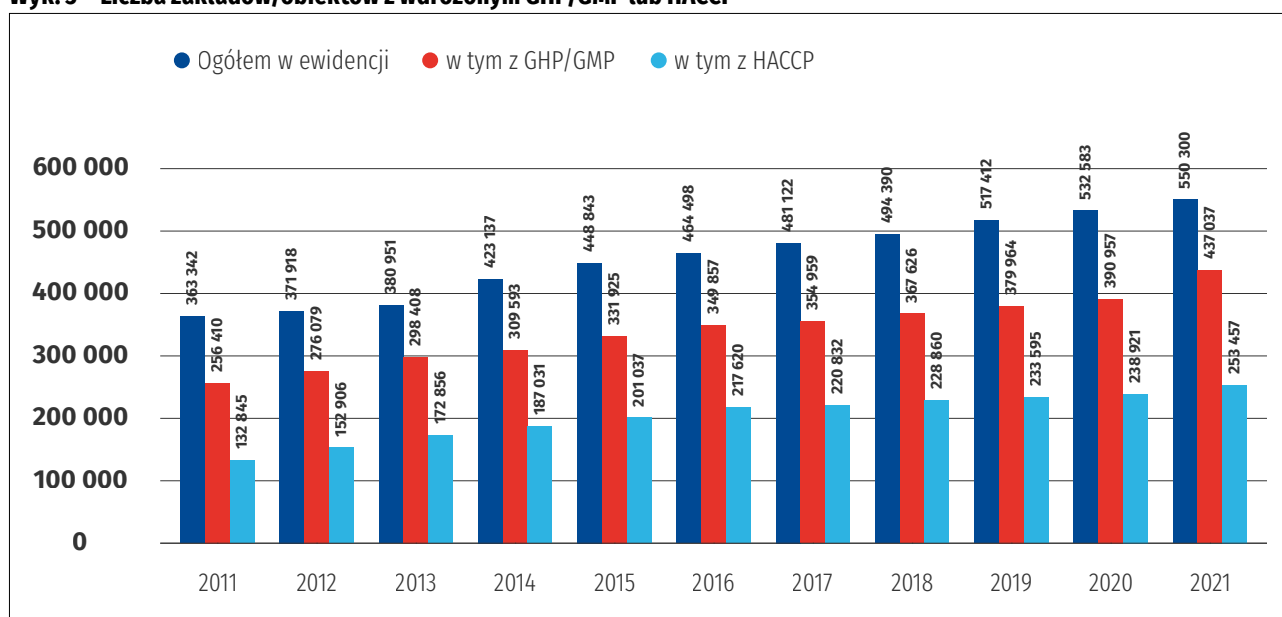
- ◆ niewłaściwy stan higieniczno-sanitarny pomieszczeń, urządzeń lub sprzętu,
- ◆ wprowadzanie do obrotu środków spożywczych po upływie terminu przydatności do spożycia lub daty minimalnej trwałości, bez wymaganego oznaczenia,
- ◆ brak aktualnej dokumentacji lekarskiej personelu wymaganej do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ◆ brak wdrożenia lub przestrzegania procedur kontroli wewnętrznej w celu zapewnienia bezpieczeństwa żywności, żywienia lub materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Zgodnie z przepisami prawa żywnościowego podmioty działające na rynku spożywczym, odpowiednio do zakresu i rodzaju prowadzonej działalności, powinny stosować zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP), dobrej praktyki produkcyjnej (GMP). Z kolei podmioty prowadzące przedsiębiorstwa spożywcze uczestniczące w jakimkolwiek etapie produkcji, przetwarzania i dystrybucji żywności po produkcji podstawowej mają obowiązek opracowania, wykonania i utrzymywania procedur systemu analizy zagrożeń i krytycznych punktów kontroli (HACCP). W wielu zakładach żywności i żywienia oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością stan sanitarny systematycznie się poprawia. W skali całego kraju zasady GHP/GMP wdrożono w 437 037 zakładach. Pozostałe zakłady były w trakcie wdrażania i opracowywania stosownej dokumentacji. Natomiast system HACCP wprowadzono w 253 457 nadzorowanych zakładach. Korzystając z ułatwień przewidzianych przez Komisję Europejską we wdrażaniu procedur HACCP, w których analiza ryzyka nie uzasadnia wdrażania pełnej procedury, w części zakładów spożywczych przestrzeganie zasad GHP i GMP uznano za wystarczające dla kontroli najważniejszych zagrożeń bezpieczeństwa żywności.

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

W ramach sprawowania bieżącego nadzoru nad jakością zdrowotną produktów (urzędowa kontrola żywności, próbki sanitarne oraz próbki pobrane w przypadku wystąpienia ogniska zatrucia pokarmowego i monitoringu) pobrano do badań laboratoryjnych ogółem 72 999 próbek żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2020 r. – 58 238). Zakwestionowano jakość zdrowotną 1 903 próbek (w 2020 r. – 1 890).

Wyk. 3 Liczba zakładów/obiektów z wdrożonym GHP/GMP lub HACCP



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

W 2021 r., podobnie jak w latach ubiegłych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowały nadzór nad obiektami żywienia zbiorowego typu otwartego. Należą one do obiektów wyróżniających się szeroką i co do zasady nieograniczoną dostępnością dla konsumentów zewnętrznych, kwalifikując się do obiektów o podwyższonym ryzyku dla zdrowia ludzi. Zakłady żywienia zbiorowego typu otwartego, z punktu widzenia sposobu przygotowania serwowanych dań oraz formy organizacji lokalu gastronomicznego, obejmują:

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

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

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

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



Na obszarze całego kraju w roku sprawozdawczym, według stanu na dzień 31 grudnia 2021 r., w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujętych zostało 93 247 zakładów żywienia zbiorowego typu otwartego (w 2020 r. – 83 030), w tym: 50 184 zakłady małej gastronomii (w 2020 r. – 40 541),

- ◆ skontrolowano 31 429 zakładów (w 2020 r. – 24 421), w tym 14 569 zakładów małej gastronomii (w 2020 r. – 9 938),
- ◆ ogółem przeprowadzono 42 290 kontroli (w 2020 r. – 32 337), w tym 3 448 kontroli interwencyjnych (w 2020 r. – 2 891);
- ◆ w zakładach małej gastronomii przeprowadzono 18 684 kontrole (w 2020 r. – 12 935), w tym 1 310 kontroli interwencyjnych (w 2020 r. – 1 076),
- ◆ zatwierdzono 10 389 nowych zakładów (w 2020 r. – 7 801), w tym 6 372 obiekty małej gastronomii (2020 r. – 3 938).

Wśród nadzorowanej grupy obiektów małej gastronomii znajdowało się 10 900 zakładów tymczasowych i ruchomych.

W porównaniu z rokiem 2020 w roku sprawozdawczym odnotowano wzrost o ponad 10 tys. liczby nadzorowanych zakładów/obiektów żywienia zbiorowego typu otwartego i przeprowadzonych kontroli.

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

Podobnie jak w latach ubiegłych, Główny Inspektor Sanitarny polecił organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzenie w sezonie letnim 2021 r. (w okresie: czerwiec-wrzesień) wzmożonych kontroli zakładów żywienia zbiorowego otwartego. Kontroli podano również warunki świadczenia usługi oferującej potrawę na wynos z dostawą do klienta. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie letnim 2021 r.: skontrolowały łącznie 12 364 zakładów żywienia zbiorowego otwartego (tj.: restauracje, kawiarnie, itp.), w tym 5 289 zakładów małej gastronomii (tj.: bary, bary z potrawami fast food, smażalnie ryb, food trucki, automaty do lodów itp.), przeprowadziły ogółem 13 497 kontroli sanitarnych, w tym ponad 500 kontroli interwencyjnych (np. w wyniku zgłoszeń konsumentów wystąpienia dolegliwości żołądkowo-jelitowych po spożyciu produktów, niewłaściwej jakości żywności, nieprzestrzegania przez obsługę zakładu wymagań higienicznych) oraz 1 734 rekontroli (tj. kontroli sprawdzających wykonanie zaleceń pokontrolnych lub obowiązków nałożonych decyzjami administracyjnymi). W zakładach małej gastronomii przeprowadzono 5 663 kontrole sanitarne, w tym ponad 180 kontroli interwencyjnych oraz 695 rekontroli. Kontrolą objęto przede wszystkim zakłady zbiorowego żywienia typu otwartego wysokiego ryzyka, wytypowane na podstawie przeprowadzonej analizy zagrożeń i ich wpływu na zdrowie ludzi oraz zgłoszone w ramach interwencji przez konsumentów.

Do najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości w kontrolowanych zakładach/obiektach należały:

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

Nieprawidłowości stwierdzono w 3 161 zakładach żywienia zbiorowego otwartego, w tym w 1 183 zakładach małej gastronomii, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podejmowano działania egzekwujące eliminację naruszeń (wyjaśnienia, decyzje, mandaty karne, kary pieniężne w drodze decyzji, wnioski do sądu o ukaranie).

W zakresie usług związanych z dowozem potraw do klienta ustalono, że przedsiębiorcy oferujący posiłki na wynos posiadają własne środki transportu, jak również korzystają z firm zewnętrznych oferujących dostawy do klienta już gotowych posiłków. Posiłki są przewożone w torbach gastronomicznych termicznych, zamkniętych pojemnikach. Podczas czynności kontrolnych dokonywano oceny sanitarnej środków transportów, warunków mycia i dezynfekcji pojemników transportowych, warunków przechowywania pojemników transportowych, warunków sanitarnych w zakresie produkcji żywności, wdrażania kontroli wewnętrznej opartej na zasadach systemu HACCP.

W wyniku kontroli zakładów żywienia zbiorowego w sezonie letnim wydano ogółem 2 960 decyzji administracyjnych, w tym 1 318 dla zakładów małej gastronomii. Ogółem 33 decyzje dotyczyły unieruchomienia zakładów, w tym 13 małej gastronomii. W zakładach żywienia zbiorowego otwartego ogółem nałożono 1 927 grzywien

w drodze mandatu karnego na kwotę 510 680 PLN za uchybienia higieniczno-sanitarne, w tym w zakładach małej gastronomii 721 mandatów karnych na kwotę 167 800 PLN. Ponadto państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni skierowali do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 56 wniosków o nałożenie kar pieniężnych, w tym 17 wniosków dotyczących naruszeń wymagań w zakładach małej gastronomii, m.in. w przypadku nieprzestrzegania wymagań w zakresie znakowania wprowadzanych do obrotu środków spożywczych, rozpoczęcie działalności bez złożenia wniosku o wpis do rejestru zakładów lub o zatwierdzenie i wpis do rejestru zakładów, prowadzenia działalności w zakresie niezgodnym z decyzją o zatwierdzeniu zakładu.

W odniesieniu do zakładów/obiektów żywienia zbiorowego typu otwartego w całym roku sprawozdawczym wydano łącznie 6 754 decyzje administracyjne, w tym 194 dotyczące unieruchomienia/przerwania działalności całego lub części zakładu oraz 69 zakazu wprowadzenia produktu do obrotu. Nałożono 4 732 grzywny w drodze mandatu karnego na kwotę łączną 1 205 020 PLN. Państwowi inspektorzy sanitarni skierowali do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 191 wniosków o nałożenie kar pieniężnych na podmioty odpowiedzialne za stwierdzone naruszenia bezpieczeństwa żywności.

4. Stan sanitarny środków transportu żywności

W 2021 r. w ewidencji nadzorowanych środków transportu żywności znajdowały się 33 384 pojazdy transportowe stosujące zasady GHP oraz 8 689 z wdrożonym systemem HACCP. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku sprawozdawczym: zatwierdziły 3 700 nowych środków transportu żywności, przeprowadziły 6 147 kontroli, w tym 17 interwencyjnych, wydały 248 decyzji w wyniku naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, nakazujących przywrócenie stanu zgodnego z wymaganiami określonymi w przepisach prawnych.

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

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

5. Jakość zdrowotna środków spożywczych

Jakość zdrowotną środków spożywczych w latach 2010-2021 przedstawia Tabela 1.

Tab. 1 Jakość zdrowotna środków spożywczych

Rok	Środki spożywcze razem		W tym					
			krajowe		importowane		UE	
	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %	Próbki zbadane	Próbki zakwestionowane %
2010	66 913	3,56	56 088	3,56	7 456	3,66	3 369	3,32
2011	70 075	3,0	57 373	2,9	8 438	3,8	4 264	3,0
2012	67 665	4,02	55 426	3,95	7 285	5,2	4 954	3,1
2013	67 036	2,89	54 453	2,87	8 274	3,55	4 309	1,88
2014	69 779	2,96	56 584	3,14	8 172	2,33	5 023	2,05
2015	70 611	2,7	57 938	2,88	7 204	1,62	5 469	2,19
2016	80 369	2,87	68 671	2,93	5 831	2,08	5 867	2,98
2017	81 655	2,83	69 762	2,84	5 903	2,47	5 990	3,15
2018	81 938	3,03	69 290	3,17	6 143	2,12	6 505	2,38
2019	82 513	2,55	69 810	2,62	6 226	2,22	6 477	2,30
2020	58 883	3,2	50 527	3,36	4 621	1,36	3 685	1,60
2021	74 999	2,13	63 609	2,25	6 271	1,6	5 119	1,29

Z porównania odsetka próbek zakwestionowanych (niepełniających przepisów prawa) w latach 2020 i 2021 wynika, że w 2021 roku jakość środków spożywczych wprowadzanych do obrotu w kraju poprawiła się nieznacznie o 1,07 p.p.

W 2021 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 74 999 próbek środków spożywczych, z których 2,13% nie spełniało obowiązujących wymagań jakości zdrowotnej (w 2020 r. – 3,2%), w tym ze zbadanych 63 609 próbek żywności krajowej 2,25% nie spełniało przepisów prawa (w 2020 r. – 3,36%), z 6 271 próbek żywności importowanej – 1,6% (w 2020 r. – 1,36%), a z 5 119 zbadanych próbek żywności wyprodukowanej w UE poza Polską – 1,29% nie spełniało przepisów prawa (w 2020 r. – 1,6%).

Jakość zdrowotną środków spożywczych, jako odsetek próbek zdyskwalifikowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2021 r. za niewłaściwą jakość zdrowotną w podziale na asortymenty – przedstawia Tabela 2.

Tab. 2 Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2019-2021 r. według grup żywności

Lp.	Rodzaj próbek	% zdyskwalifikowanych próbek											
		Ogółem			w tym:								
					krajowych			UE*			z importu		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
1.	Mięso, podroby i przetwory mięsne	2,08	3,12	1,2	2,13	3,17	1,2	-	-	0,55	-	-	7,7
2.	Drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory	5,01	5,22	5,5	4,92	5,33	5,64	10,52	-	-	-	-	-
3.	Ryby, owoce morza i ich przetwory	0,86	0,86	0,62	0,78	0,88	0,37	2,2	-	2,3	0,43	1,27	0,5
4.	Mleko i przetwory mleczne	7,14	11,87	5,5	7,55	12,30	5,8	0,17	-	0,2	-	-	-
5.	Ziarno zbóż i przetwory zbożowo-mączne	2,65	1,68	2,33	2,83	1,80	2,4	1,3	1,46	2,15	2,93	0,45	1,75
6.	Wyroby cukiernicze i ciastkarskie	1,19	1,18	1,48	1,13	1,16	1,48	4,78	1,89	-	-	2,2	4,5
7.	Cukier i inne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.	Miód i produkty pszczelarskie	-	1,61	0,68	-	1,77	0,85	-	-	-	-	-	-
9.	Orzechy, w tym arachidy	1,38	0,50	2,79	0,92	-	1,63	11,43	-	-	0,79	0,65	3,21
10.	Warzywa, w tym strączkowe	1	1,48	1,21	1,03	1,60	1,24	0,5	0,37	0,89	1,99	1,19	1,65
11.	Owoce	1,07	0,97	0,7	0,62	0,83	0,33	1,89	1,16	0,9	1,87	1,24	1,69
12.	Grzyby	2,95	1,14	2,8	2,18	0,65	2,82	-	nb	-	10	4,44	2,88
13.	Drożdże	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
14.	Napoje alkoholowe	0,21	2,69	0,26	-	0,58	0,44	-	-	-	1,67	18,52	-
15.	Ocet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	nb	-
16.	Wody mineralne i napoje bezalkoholowe	1,63	2,81	4,01	1,59	2,83	3,9	4,35	-	16	-	-	10
17.	Tłuszcze roślinne	1,18	1,60	1,43	0,63	1,07	1,4	1,33	4,08	1,7	5,81	-	-
18.	Ziarna roślin oleistych	1,23	0,25	0,8	0,88	1,06	-	19,15	-	-	0,47	0,14	0,95
19.	Koncentraty spożywcze	0,55	1,72	0,41	0,41	1,33	-	5,88	-	-	-	7,14	4,54
20.	Majonezy, musztardy, sosy	1,49	0,52	-	1,29	0,67	-	2,7	-	-	1,54	-	-
21.	Zioła, przyprawy	1,9	2,06	1,68	1	0,70	1,36	-	5,73	1,52	4,4	2,50	2,2
22.	Kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe	0,29	0,46	0,56	0,33	0,28	0,4	-	1,56	1,17	0,45	0,43	0,42
23.	Wyroby garmazeryjne i kulinarne	1,16	0,72	0,31	1,19	0,75	0,31	-	-	0,36	-	nb	-
24.	Żywność dla określonych grup	1,47	0,47	0,23	1,27	0,30	0,21	2,08	2,03	0,52	7,89	-	-
25.	Nowa żywność	nb	-	-	nb	-	-	nb	nb	-	nb	nb	-
26.	Suplementy diety	3,95	1,95	2,5	2,7	1,47	2,53	6,64	3,19	2,54	10,32	5,30	2,09
27.	Substancje dodatkowe i pomagające w przetwarzaniu	-	0,72	0,5	-	nb	-	-	5,26	-	-	nb	1,72
28.	Sól spożywcza i jej zamienniki	4,82	0,64	1,74	4,8	0,72	1,19	-	-	33	5,0	-	-
29.	Inne środki spożywcze	11,8	6,25	5,2	12,12	6,35	2,94	-	-	13	50,0	nb	25
30.	Razem środki spożywcze	2,55	3,09	2,12									
31.	Środki spożywcze krajowe				2,62	3,36	2,24						
32.	Środki spożywcze UE							2,22	1,60	1,28			
33.	Środki spożywcze z importu										2,3	1,36	1,59

Objaśnienia:

nb – nie badano

„-”, brak przypadków zdyskwalifikowanych próbek

Z danych zawartych w Tabeli 2 wynika, że nastąpiła poprawa jakości zdrowotnej żywności w grupach:

- ◆ mięso, podroby i przetwory mięsne wyroby cukiernicze i ciastkarskie,
- ◆ ryby, owoce morza i ich przetwory,
- ◆ mleko i przetwory mleczne,
- ◆ miód i produkty pszczelarskie,
- ◆ warzywa, w tym strączkowe,
- ◆ owoce,
- ◆ napoje alkoholowe,
- ◆ tłuszcze roślinne,
- ◆ koncentraty spożywcze,
- ◆ zioła i przyprawy,
- ◆ wyroby garmażeryjne i kulinarne,
- ◆ żywność dla określonych grup,
- ◆ substancje dodatkowe pomagające w przetwarzaniu,
- ◆ inne środki spożywcze.

W niektórych asortymentach żywności stwierdzono zwiększenie odsetka zdyskwalifikowanych próbek. Dotyczy to produktów z grup: drób, podroby i produkty drobiarskie, jaja i ich przetwory; ziarna zbóż i przetwory zbożowo-mączne; wyroby cukiernicze i ciastkarskie; orzechy, w tym arachidy; grzyby; wody mineralne i napoje alkoholowe; mleko i przetwory mleczne; warzywa, w tym strączkowe; wody mineralne i napoje bezalkoholowe; kawa, herbata, kakao, herbatki owocowe i ziołowe; suplementy diety; sól spożywcza i jej zamienniki.

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

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

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



powołujące Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiające procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności, w szczególności art. 50 – 52 tego rozporządzenia.

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

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

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

- ◆ Powiadomienie alarmowe (zwane także powiadomieniem o zagrożeniu) – oznacza powiadomienie w iRASFF o poważnym bezpośrednim lub niebezpośrednim ryzyku związanym z żywnością, materiałem do kontaktu z żywnością lub paszą w rozumieniu artykułu 50 rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i artykułu 29 rozporządzenia (WE) nr 183/2005, które wymaga lub może wymagać podjęcia szybkich działań przez innego członka sieci RASFF (inny kraj członkowski);
- ◆ Powiadomienia informacyjne – oznacza powiadomienie w iRASFF o bezpośrednim lub niebezpośrednim ryzyku związanym z żywnością, materiałem do kontaktu z żywnością lub paszą zgodnie z artykułem 50 rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i artykułem 29 rozporządzenia (WE) nr 183/2005, które nie wymaga podjęcia szybkich działań przez innego członka sieci RASFF (inny kraj członkowski). Wyróżnia się dwa rodzaje powiadomień informacyjnych: w celu podjęcia działań oraz w celu zwrócenia uwagi;
- ◆ Powiadomienie o odrzuceniu na granicy – oznacza powiadomienie w iRASFF o odrzuceniu partii, kontenera lub przesyłki żywności, materiału do kontaktu z żywnością lub paszy z powodu zidentyfikowania ryzyka, jak określono w punkcie (c) artykułu 50 ust. 3 rozporządzenia (WE) nr 178/2002;
- ◆ Powiadomienie news (zwane także powiadomieniem o aktualnych zdarzeniach) – oznacza powiadomienie w iRASFF o ryzyku związanym z żywnością, materiałem do kontaktu z żywnością lub paszą zgodnie z artykułem 50 rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i artykułem 29 rozporządzenia (WE) nr 183/2005, które pochodzi z nieformalnego źródła, zawiera niezweryfikowane informacje lub dotyczy jeszcze niezidentyfikowanego produktu.

Zgodnie z art. 52 ust. 1 rozporządzenia nr 178/2002 oraz art. 24 ust. 3 rozporządzenia IMSOC, Komisja Europejska udostępnia do wiadomości publicznej informacje dotyczące powiadomień alarmowych, powiadomień informacyjnych i powiadomień o odrzuceniu na granicy przekazywanych w ramach systemu RASFF. Informacje takie są publikowane w ogólnodostępnej bazie danych RASFF Window na stronie internetowej <https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/screen/search>

Szczegółowe zasady działania systemu RASFF zostały opracowane przez Komisję Europejską w dokumencie pt. „Standardowe procedury operacyjne sieci powiadamiania i współpracy, w tym RASFF, AAC i FFN” oraz w instrukcjach roboczych uzupełniających procedury, które w wersji angielskiej dostępne są na stronie internetowej: https://ec.europa.eu/food/safety/rasff-food-and-feed-safety-alerts/implementing-regulation-and-guidance_en

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

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

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

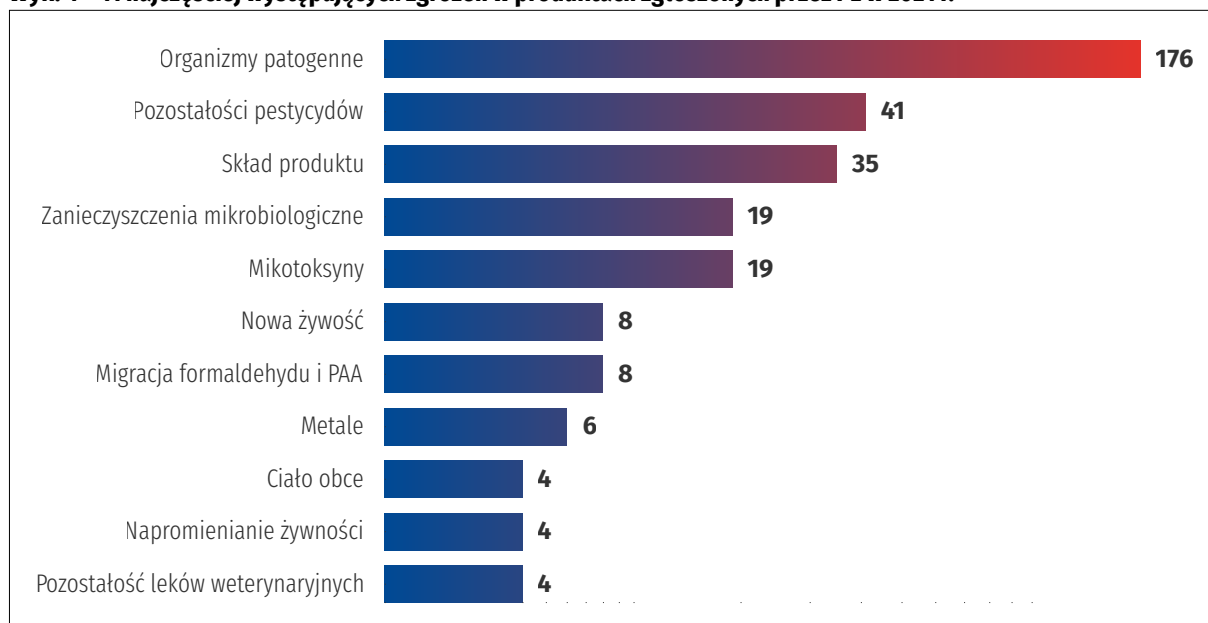
Krajowy punkt kontaktowy RASFF w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (zwany dalej KPK RASFF w GIS) od momentu wejścia w życie rozporządzenia IMSOC reprezentuje Polskę w sieciach RASFF i AAC jako pojedynczy punkt kontaktowy (ang. single contact point, zwany dalej SCP). Zgodnie z ww. rozporządzeniem celem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

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

W okresie od 1.01.2021 r. do 31.12.2021 r. SCP w GIS zgłosił 336 powiadomień do systemu RASFF, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	71
informacyjne w celu podjęcia działań	49
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	146
o odrzuceniu na granicy	70
Suma końcowa	336

Z całkowitej liczby 336 powiadomień zgłoszonych do RASFF przez Polskę: 290 powiadomień dotyczyło żywności, 27 powiadomień dotyczyło wyrobów do kontaktu z żywnością, a 19 powiadomień dotyczyło paszy.

Wyk. 4 11 najczęściej występujących źródeł w produktach zgłoszonych przez PL w 2021 r.

Najczęstsze przyczyny zgłoszenia powiadomień do RASFF przez Polskę w 2021 r. to obecność w żywności i paszach: organizmów patogennych, w tym przede wszystkim *Salmonella* (176 powiadomień), pozostałości pestycydów (41 powiadomień), niewłaściwego składu produktu: zawartość dozwolonego składnika powyżej poziomu dopuszczalnego lub obecność niedozwolonego składnika (35 powiadomień – w tym 18 powiadomień dot. materiałów do kontaktu z żywnością i 17 powiadomień dot. żywności), zanieczyszczeń mikrobiologicznych, w tym obecność pleśni i *Listeria monocytogenes* (19 powiadomień) oraz mikotoksyn: aflatoksyny, ochratoksyny A i deoksyniwalenolu (19 powiadomień).

Podstawą do zgłoszenia powiadomień w 2021 r. było wykrycie ryzyka:

- ◆ w trakcie kontroli na etapie produkcji lub obrotu prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (221 powiadomień);
- ◆ w trakcie kontroli granicznych podczas importu towarów do Polski prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (82 powiadomienia);
- ◆ w trakcie kontroli wewnętrznych prowadzonych przez przedsiębiorstwa branży spożywczej i paszowej (26 powiadomień);
- ◆ w trakcie kontroli ofert internetowych prowadzonych przez organy urzędowej kontroli w Polsce (4 powiadomienia);
- ◆ w wyniku skargi konsumenta (3 powiadomienia).

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

Znaczna liczba powiadomień o odrzuceniu na granicy zgłoszonych przez Polskę była wynikiem właśnie takich kontroli, w tym 16 powiadomień dotyczących aflatoksyn (w orzechach laskowych z Gruzji – 10 powiadomień, w pistacjach z Iranu – 3 powiadomienia, w jednym przypadku surowiec został poddany przetwarzaniu na Ukrainie, po 1 powiadomieniu: w suszonych figach z Turcji, w maśle orzechowym z Indii, w orzeszkach ziemnych ze Stanów Zjednoczonych), 14 powiadomień dotyczących pozostałości pestycydów (w suszonych mandarynkach, pomarańczach, jabłkach z Iranu – 5 powiadomień, w herbacie czarnej i zielonej importowanej z Chin i z Indii – 4 powiadomienia, w dwóch przypadkach herbata była konfekcjonowana na Ukrainie, w błyskawicznych zupkach z nudlami i pszenicy orkiszowej z Ukrainy – 3 powiadomienia, po 1 powiadomieniu: w ogórkach z Białorusi i w śliwkach suszonych z Chile), 4 powiadomienia dotyczące wykrycia pałeczek *Salmonella* (w nasionach sezamu z Indii i Nigerii – 3 powiadomienia i w pieprzu czarnym z Brazylii). Ponadto na podstawie wyników kontroli granicznej zgłoszono m.in. 15 powiadomień dotyczących zapleśnienia: 11 w materiale paszowym z Ukrainy oraz 4 w żywności – w sezamie pochodzącym z Nigerii, w owocach dzikiej róży i mrożonych malinach z Ukrainy, 4 powiadomienia dot. stwierdzenia wysokiego poziomu dozwolonego składnika oraz 1 powiadomienie dot. obecności składnika nowej żywności w suplementach diety ze Stanów Zjednoczonych, 4 powiadomienia dot. stwierdzenia migracji pierwszorzędowych amin aromatycznych i migracji formaldehydu z wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, 3 dot. stwierdzenia wysokiego poziomu napromieniania mrożonych grzybów z Ukrainy, po 2 powiadomienia dot. obecności niedozwolonego składnika w materiałach do kontaktu z żywnością pochodzących z Chin, dot. niewłaściwych dokumentów importowych, dot. obecności pasożytów w rybach oraz po 1 powiadomieniu dot. braku oznakowania GMO dla paszy pochodzącej z Ukrainy, dot. ołowiu w winie z Macedonii oraz obecności ciała obcego w pistacjach ze Stanów Zjednoczonych.



Pozostałe zagrożenia najczęściej zgłaszane przez Polskę do RASFF w 2021 r. to:

- ◆ stwierdzenie składników niedozwolonych w żywności: kannabidiolu (CBD), L-treonianu magnezu, ekstraktu z liści i łodyg konopi, ekstraktu z gorzknika kanadyjskiego w suplementach diety (8 powiadomień);
- ◆ stwierdzenie migracji pierwszorzędowych amin aromatycznych (7 powiadomień) oraz migracji formaldehydu (1 powiadomienie) z wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością;
- ◆ przekroczenie najwyższego dopuszczalnego poziomu kadmu w tuńczyku w puszcze, arsenu w mrożonym dorszu, rtęci w tuńczyku, ołowiu w winie, cynku w mieszance paszowej dla indyków (5 powiadomień) oraz stwierdzenie migracji ołowiu i kadmu z wyrobu przeznaczonego do kontaktu z żywnością (1 powiadomienie);
- ◆ obecność ciała obcego (fragmenty metalowe, zanieczyszczenia mechaniczne, larwy owadów) w mięsie wieprzowym, w produkcie dla niemowląt, w pistacjach i owocach dzikiej róży (4 powiadomienia);
- ◆ stwierdzenie wysokiego poziomu napromieniania mrożonych grzybów (3 powiadomienia) oraz braku informacji o obecności składnika poddanego działaniu promieniowania jonizującego w składzie suplementu diety (1 powiadomienie);
- ◆ pozostałość substancji medycznych w mięsie drobiowym, jajkach, krewetkach i suplementie diety (4 powiadomienia);
- ◆ brak informacji o obecności alergenów, tj. gluten, soja, składniki mleka, orzeszki ziemne, pszenica, w różnych produktach spożywczych (3 powiadomienia);
- ◆ przekroczenie dopuszczalnego poziomu lub niedozwolony dodatek paszowy w żywności i paszy (3 powiadomienia);
- ◆ potencjalne zafałszowanie/oszustwo w związku z nieprawidłowościami w dokumentacji importowanych przesyłek sezamu i pasty z orzechów laskowych (2 powiadomienia);
- ◆ stwierdzenie nieprawidłowej etykiety w chipsach i mrożonej pizzy, braku informacji o obecności GMO w paszy (po 2 powiadomienia);
- ◆ stwierdzenie obecności pasożytów w mrożonym morszczuku (2 powiadomienia);
- ◆ stwierdzenie wysokiego poziomu zanieczyszczenia estrami 3-MCPD w rafinowanym oleju palmowym (2 powiadomienia), zanieczyszczenia mrożonej makreli histaminą, materiału paszowego dioksynami (po 1 powiadomieniu);
- ◆ przekroczenie maksymalnego poziomu substancji dodatkowych – fosforanów w głęboko mrożonych filetach z mintaja (1 powiadomienie).

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez Polskę do RASFF w 2021 r. pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów. W produktach zgłoszonych w 336 powiadomieniach stwierdzono 343 zagrożenia – łączna liczba zagrożeń jest większa niż liczba powiadomień, gdyż w kilku przypadkach w jednym powiadomieniu zgłoszono więcej niż jedno zagrożenie.

Tab. 3 Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg zagrożeń

Zagrożenie	Suma
organizmy patogenne	176
pozostałości pestycydów	41
skład produktu	35
zanieczyszczenia mikrobiologiczne	19
mikotoksyny	19
nowa żywość	8
migracja formaldehydu i PAA	8
metale	6
ciało obce	4
napromienianie żywności	4
pozostałość substancji medycznych	4
składniki alergenne	3
dodatki paszowe	3
zafałszowanie i oszustwo	2
genetycznie modyfikowana pasza	2
nieprawidłowa etykieta	2
zakażenie pasożytami	2
zanieczyszczenia produkcyjne	2
dodatki do żywności i aromaty	1
zanieczyszczenia biologiczne	1
zanieczyszczenia środowiskowe	1
Suma zagrożeń	343

Tab. 4 Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg kategorii

Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	156
owoce i warzywa	35
wyroby do kontaktu z żywnością	27
orzechy, produkty pochodne, nasiona	26
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	23
materiał paszowy	17
mięso inne niż drobiowe	13
ryby i produkty pochodne	7
jaja i produkty jajeczne	6
produkty zbożowe i piekarskie	4
kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	3
tłuszcze i oleje	3
zioła i przyprawy	3
inne produkty spożywcze / mieszane	3
lody i desery	2
mleko i produkty mleczne	2
dania gotowe i przekąski	2
mieszanki paszowe	1
skorupiaki i ich produkty	1
zupy, buliony, sosy i przyprawy	1
wina	1
Suma końcowa	336

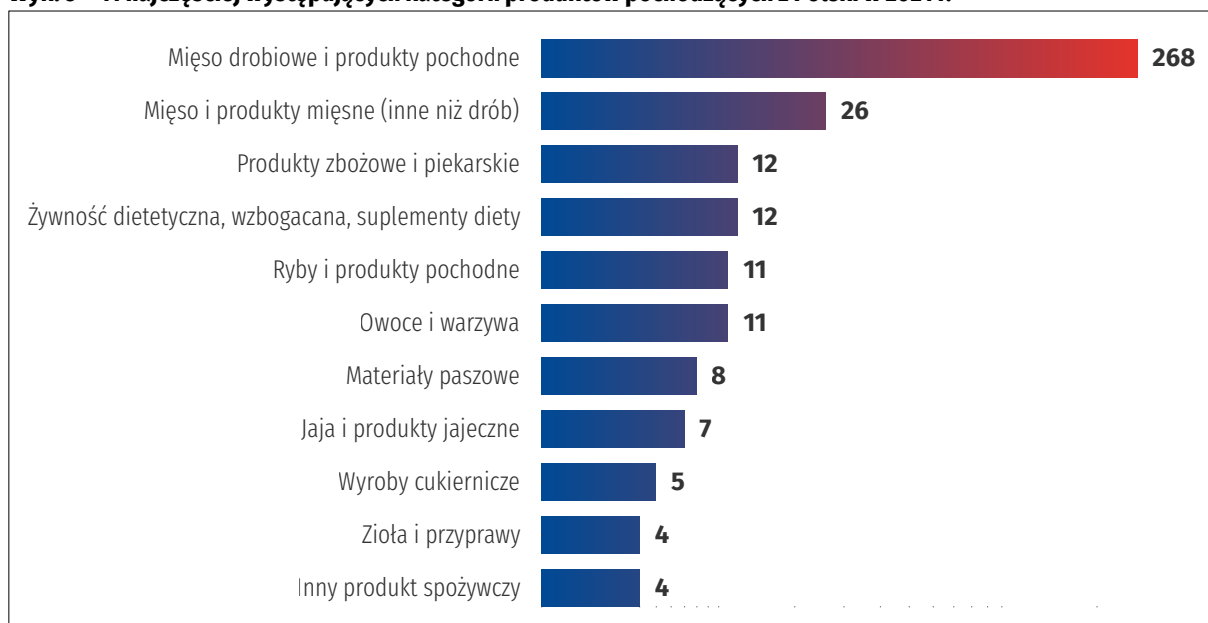
Większość produktów zgłoszonych do RASFF przez Polskę w 2021 r. pochodziło z Polski oraz z krajów spoza Unii Europejskiej – Chin, Ukrainy, Turcji, Gruzji i Stanów Zjednoczonych.

W okresie od 1.01.2021 r. do 31.12.2021 r. wszyscy członkowie sieci RASFF zgłosili do systemu 379 powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski, w tym:

Powiadomienia	Suma
alarmowe	144
informacyjne w celu podjęcia działań	74
informacyjne w celu zwrócenia uwagi	161
Suma końcowa	379

Z całkowitej liczby 379 powiadomień zgłoszonych do RASFF dotyczących produktów pochodzących z Polski, 367 powiadomień dotyczyło żywności (96,8%), 11 powiadomień dotyczyło pasz (2,9%) i 1 powiadomienie dotyczyło materiału do kontaktu z żywnością.

Wyk. 5 11 najczęściej występujących kategorii produktów pochodzących z Polski w 2021 r.

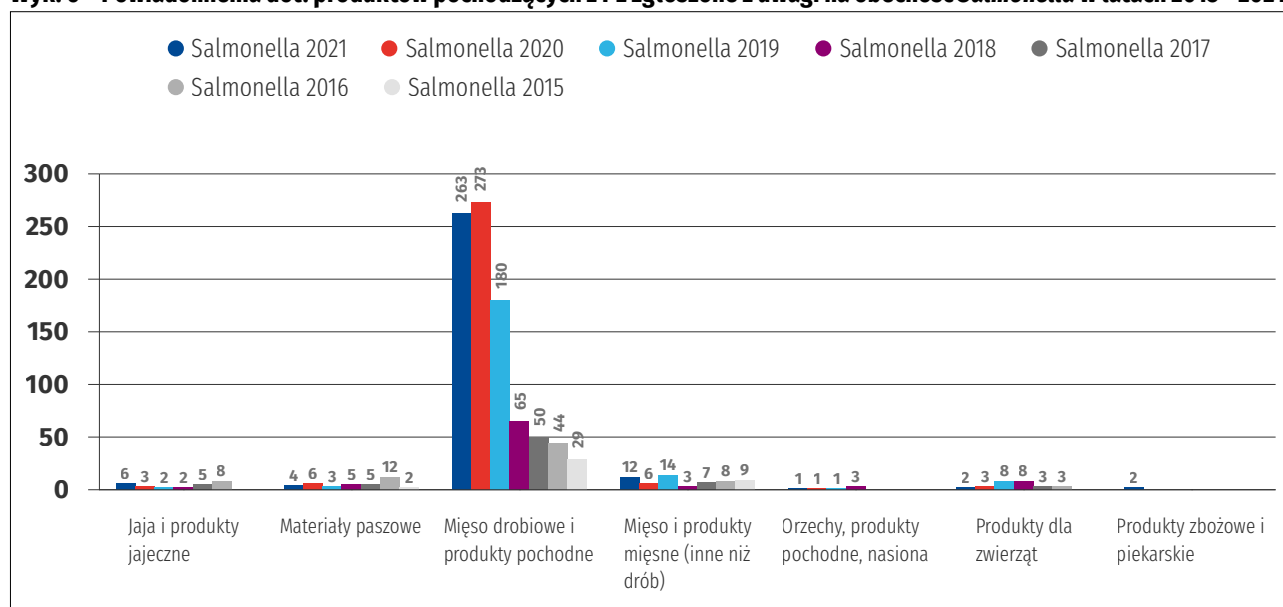


Najczęściej identyfikowane zagrożenie w roku 2021, będące przyczyną zgłoszenia do RASFF powiadomień dotyczących produktów z Polski, to występowanie niebezpiecznej dla zdrowia bakterii *Salmonella*, przede wszystkim w mięsie drobiowym i produktach pochodnych (263 powiadomienia), mięsie i produktach mięsnych innych niż drób (12 powiadomień), jajach (6 powiadomień), materiałach paszowych (4 powiadomienia), produktach dla zwierząt domowych – gryzakach (2 powiadomienia), produktach zbożowych i piekarskich (2 powiadomienia) i w sezamie (1 powiadomienie).

Liczba powiadomień dotyczących produktów z Polski kwestionowanych z uwagi na wykrycie w nich pączek *Salmonella* wciąż utrzymuje się na wysokim poziomie na przestrzeni ostatnich lat. Jednakże w 2021 r. zaobserwowano niewielki spadek liczby powiadomień związanych z wykryciem tych bakterii w mięsie drobiowym

i produktach pochodnych (z 273 powiadomień w 2020 r. do 263 w roku 2021). Tendencje w poszczególnych kategoriach żywności w tym zakresie w latach 2015-2021 obrazuje poniższy wykres (wykres nie uwzględnia kategorii żywności, które nie występowały w roku 2021).

Wyk. 6 Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność *Salmonella* w latach 2015 - 2021



Drugim oraz trzecim najczęściej notowanym w RASFF zagrożeniem wykrywanym w produktach pochodzących z Polski było stwierdzenie pozostałości pestycydów (głównie w owocach i warzywach, tj. jabłka, brokuły, ogórki, seler korzeniowy, papryka, w produktach zbożowych i piekarskich, ziołach i przyprawach – łącznie 18 powiadomień) oraz obecności bakterii *Listeria monocytogenes* (w rybach, mięsie i produktach innych niż drobiowe oraz mięsie drobiowym – 17 powiadomień).

Pozostałe zagrożenia najczęściej wykrywane w produktach pochodzących z Polski, które zgłoszono do RASFF w 2021 r. to:

- ◆ niewłaściwy skład produktu: wysoka zawartość izomerów trans kwasów tłuszczowych w wyrobach cukierniczych, wysoka zawartość kofeiny, piperyny i beta-alaniny w suplementach diety, kumaryny w przekąskach kukurydzianych, obecność niedozwolonego składnika – THC w suplementach diety, ambrozji w paszy (12 powiadomień);
- ◆ ciała obce (metal, szkło, plastik) w uszkach grzybowych, grillowanych frytkach serowych, lizakach, wędzonym łososiu, pieczywie tostowym, mięsie z kurczaka, w liofilizowanych jabłkach i w mrożonych malinach (9 powiadomień);
- ◆ stwierdzenie składników niedozwolonych w żywności: kannabidiolu (CBD), ekstraktu z liści i łodyg konopi, ekstraktu z wrośniaka różnobarwnego (7 powiadomień);
- ◆ brak informacji o obecności alergenów, tj. orzeszki ziemne, gluten, składniki mleka, gorczyca, seler (7 powiadomień);
- ◆ stwierdzenie obecności bakterii *Campylobacter* w mięsie i produktach drobiowych (4 powiadomienia)

- ◆ zanieczyszczenie pleśnią produktów warzywnych, wyrobów cukierniczych i zbożowych (4 powiadomienia);
- ◆ stwierdzenie wysokiego poziomu WWA i benzo(a)pirenu w lubczyku, w produktach mięsnych innych niż drób oraz dioksyn w suszu jabłkowym przeznaczonym na cele paszowe (4 powiadomienia)
- ◆ przekroczenie najwyższego dopuszczalnego poziomu kadmu w selerze, koninie, ołowiu w karmie dla psów (3 powiadomienia);
- ◆ stwierdzenie nieprawidłowej etykiety w produktach rybnych oraz mięsnych innych niż drobiowe (3 powiadomienia);
- ◆ mikotoksyny: aflatoksyny B1 oraz sumy aflatoksyn B1+B2+G1+G2 w orzeszkach ziemnych prażonych, ochratoksyny A w ekologicznej pszenicy (2 powiadomienia);
- ◆ pozostałość leków weterynaryjnych w mięsie drobiowym i jajkach (2 powiadomienia);
- ◆ przekroczenie dopuszczalnego limitu dodatku paszowego w mięsie wieprzowym oraz stwierdzenie niedozwolonego dodatku paszowego w pokarmie dla kotów i psów (2 powiadomienia);
- ◆ w sprawie wykrycia: przekroczenia migracji bisfenolu A z puszki, wysokiego poziomu alkaloidów chinolizydynowych w ekologicznym słodkim łubinie, przekroczenia maksymalnego poziomu substancji dodatkowej – glikolu propylenowego w napoju energetyzującym (po 1 powiadomieniu);
- ◆ stwierdzenie wysokiego poziomu zanieczyszczenia estrami 3-MCPD ciastek maślanych (1 powiadomienie).



Poniższe tabele zawierają dane dotyczące powiadomień zgłoszonych przez członków sieci do RASFF w 2021 r. w odniesieniu do produktów pochodzących z Polski, pogrupowane pod względem zagrożeń i kategorii produktów. W produktach zgłoszonych w 379 powiadomieniach stwierdzono 388 zagrożeń – łączna liczba zagrożeń jest większa niż liczba powiadomień, gdyż w kilku przypadkach w jednym powiadomieniu zgłoszono więcej niż jedno zagrożenie.

Tab. 5 Powiadomienia dot. produktów z Polski wg zagrożeń

Zagrożenie	Suma
<i>Salmonella</i>	290
pozostałości pestycydów	18
<i>Listeria monocytogenes</i>	17
skład	12
ciało obce	9
nowa żywność	7
alergeny	7
<i>Campylobacter</i>	4
zanieczyszczenia środowiskowe	4
pleśń	4
metale	3
nieprawidłowa etykieta	3
mikotoksyny	2
pozostałość leków weterynaryjnych	2
dodatek paszowy	2
migracja	1
naturalne toksyny	1
dodatki do żywności - przekroczenie	1
zanieczyszczenia produkcyjne	1
Suma końcowa	388

Tab. 6 Powiadomienia dot. produktów z Polski wg kategorii

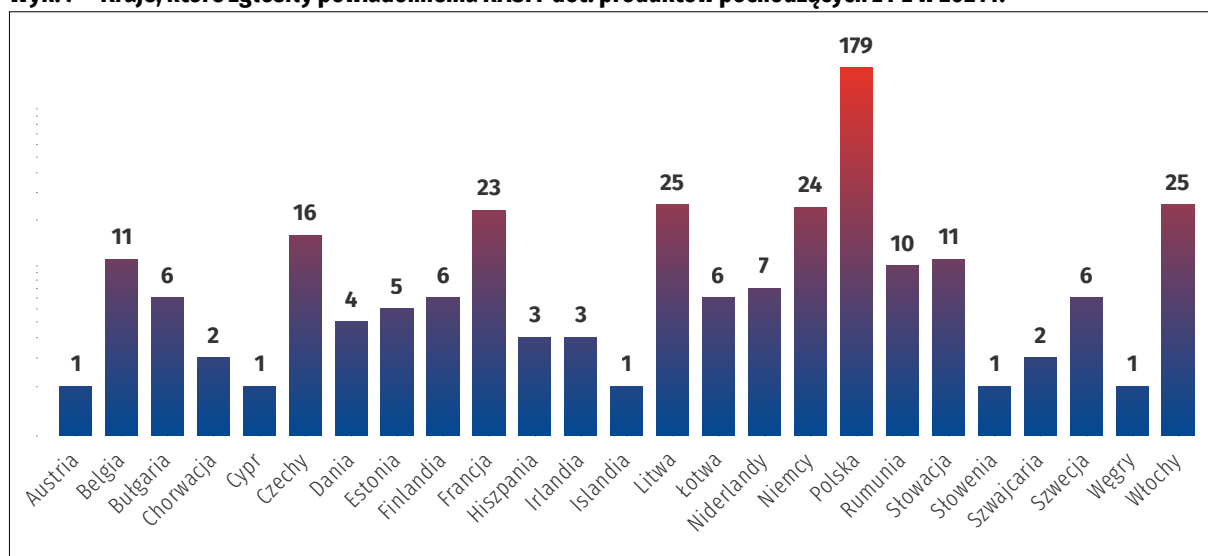
Kategorie produktów	Suma
mięso drobiowe i produkty pochodne	268
mięso i produkty mięsne (inne niż drób)	26
produkty zbożowe i piekarskie	12
żywność dietetyczna, wzbogacana, suplementy diety	12
ryby i produkty pochodne	11
owoce i warzywa	11
materiały paszowe	8
jaja i produkty jajeczne	7
wyroby cukiernicze	5
zioła i przyprawy	4
inny produkt spożywczy	4
żywność dla zwierząt	3
lody i desery	2
orzechy, produkty pochodne, nasiona	2
kakao i produkty pochodne, kawa i herbata	1
materiały do kontaktu z żywnością	1
mleko i produkty mleczne	1
napoje bezalkoholowe	1
Suma końcowa	379

W omawianym okresie najwięcej powiadomień dotyczących produktów pochodzących z Polski zostało zgłoszonych przez Polskę (179 powiadomień), Włochy (25), Litwę (25), Niemcy (24), Francję (23), Czechy (16), Belgię (11), Słowację (11), Rumunię (10) i Niderlandy (7). Obowiązek przekazywania właściwych informacji do

RASFF, które mogą być istotne z punktu widzenia odpowiednich władz odpowiedzialnych za nadzór urzędowy nad bezpieczeństwem żywności i pasz w Unii Europejskiej, wynika z przepisów prawa Unii Europejskiej, a w szczególności art. 50 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002 r. i jest taki sam dla każdego członka sieci RASFF. Polska lojalnie i otwarcie uczestniczy w systemie RASFF, przekazując odpowiednie informacje o niebezpiecznej żywności i paszach do systemu.

Poniższy wykres obrazuje przedstawioną sytuację w tym zakresie.

Wyk. 7 Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z PL w 2021 r.



Ponadto SCP w GIS zgłosił do systemu RASFF w analizowanym okresie 746 powiadomień uzupełniających, w których informowano o działaniach podjętych w Polsce przez organy urzędowej kontroli żywności i pasz i/lub zaangażowane podmioty w następstwie wykrycia produktów niebezpiecznych zgłoszonych do RASFF.

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

Zgodnie z art. 10 rozporządzenia (WE) nr 178/2002 w sytuacjach, w których istnieją uzasadnione podstawy, aby podejrzewać, że żywność może stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi, w zależności od charakteru, powagi i rozmiaru ryzyka, Główny Inspektor Sanitarny informuje opinię publiczną za pośrednictwem tzw. ostrzeżeń publicznych publikowanych na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego <https://www.gov.pl/web/gis> o charakterze ryzyka dla zdrowia, określając możliwie najdokładniej żywność bądź rodzaj żywności, ryzyko, jakie mogą one stanowić, oraz środki podjęte lub planowane w celu zapobieżenia, zmniejszenia lub likwidacji ryzyka. W 2021 r. na stronie internetowej GIS opublikowano 100 ostrzeżeń publicznych dotyczących zarówno żywności, jak i materiałów do kontaktu z żywnością.



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

5.2.1. Nadzór nad bezpieczeństwem suplementów diety

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

Zakres nadzoru sanitarnego

Na terenie Polski funkcjonuje 319 wytwórni oraz 874 hurtownie suplementów diety podlegających nadzorowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zasady dobrej praktyki higienicznej (GHP) i/lub dobrej praktyki produkcyjnej (GMP) wdrożono w 289 wytwórniach suplementów diety oraz 743 hurtowniach. Wdrożony system HACCP posiadały 274 zakłady produkcyjne oraz 515 hurtowni suplementów diety.

W 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały:

- ◆ 207 obiektów, tj. 64,89% wytwórców funkcjonujących na terenie kraju;
- ◆ 273 obiekty obrotu hurtowego, tj. 31,24% ogółu obiektów obrotu hurtowego suplementów diety.

W 2021 r. przeprowadzono łącznie 1 101 kontroli w obiektach produkcji i obrotu hurtowego suplementami diety, w tym 236 kontroli interwencyjnych.

W następstwie przeprowadzonych kontroli właściwe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 113 decyzji administracyjnych, w tym 75 decyzji skierowano do wytwórców suplementów diety oraz 38 do hurtowni zajmujących się ich dystrybucją. Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 33 decyzje zakazujące wprowadzania do obrotu różnych produktów kwalifikowanych do grupy suplementów diety.

Jakość zdrowotna suplementów diety

W 2021 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach badań środków spożywczych dokonały analiz laboratoryjnych 2 792 suplementów diety, w tym:

- ◆ 2 248 produkcji krajowej,
- ◆ 353 z krajów członkowskich UE,
- ◆ 191 produktów z importu.

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

Tab. 7 Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2021 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek (z czego zdyskwalifikowanych)	W tym:		
			import	UE	krajowe
1	zanieczyszczenia mikrobiologiczne	859	15	100	744
2	metale szkodliwe dla zdrowia	248	32	28	188
3	mikotoksyny	30	1	3	26
4	substancje dodatkowe dozwolone	240	0	24	216
5	znakowanie	1856 (61)*	124 (3)*	234 (8)*	1498 (50)*
6	organoleptycznie	1502 (1)*	108	180	1214 (1)*
7	zanieczyszczenia biologiczne	19 (3*)	0	0	19 (3)*
8	inne parametry	861 (8)*	83 (1)*	129 (1)*	(6)*

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

Największy odsetek próbek zdyskwalifikowanych stanowiły produkty oceniane pod względem znakowania (87,14%). Nieprawidłowości w tym zakresie wykazano w 61 przypadkach badanych próbek (50 produktów krajowych, 8 z krajów UE, 3 spoza UE).

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

Tab. 8 Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2021 r.

Rok	suplementy diety		W tym					
			krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2021	2 792	2,5%	2 248	2,54%	191	2,09%	353	2,55%

Ponadto w 2021 r. Narodowy Instytut Leków w ramach umowy z Głównym Inspektoratem Sanitarnym dokonał analizy 55 suplementów diety pobranych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Badania prowadzone były w kierunku identyfikacji w suplementach diety niedeklarowanych aktywnych farmakologicznie substancji (syldenafilu, tadalafilu, wardenfilu, sybutraminy i ich analogów, winpocetyny, hupercyny, johimbinny), substancji zabronionych z listy Światowej Agencji Antydopingowej (WADA). Spośród przebadanych pró-

bek w dwóch próbkach wykryto substancje niedeklarowane w oznakowaniu, tj. w jednym produkcie wykryto substancje niedeklarowane – nikotynian metylu, heksanikotynian inozytolu, natomiast w drugim produkcie składniki pochodzące najprawdopodobniej z niedeklarowanego ekstraktu z Epimedium.

5.2.2. Żywność dla określonych grup

W katalogu żywności dla określonych grup wyróżniamy:

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

Zakres nadzoru sanitarnego

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór zarówno nad produkcją, jak i obrotem żywności dla określonych grup.

Nadzór sanitarny w zakresie bezpieczeństwa żywności dla określonych grup sprawowany był m.in. poprzez kontrole, pobieranie i badanie próbek, współpracę z innymi organami, np.: Państwową Inspekcją Farmaceutyczną.

W roku 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały z 14 ujętych w rejestrze zakładów urzędowej kontroli łącznie 11 wytwórni żywności dla określonych grup. Zatwierdzono jedną wytwórnię. Zasady dobrej praktyki higienicznej i dobrej praktyki produkcyjnej stwierdzono w 13 wytwórniach; wdrożony system HACCP stwierdzono w 13 wytwórniach żywności dla określonych grup. Łączna liczba przeprowadzonych w wytwórniach kontroli i rekontroli wyniosła 47, w tym 6 kontroli interwencyjnych. W roku 2021 w odniesieniu do wytwórni żywności dla określonych grup wydano 2 decyzje administracyjne, natomiast nie nałożono żadnych mandatów i nie wystawiono żadnych wniosków o ukaranie.

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

Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup

W 2021 r. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 5 629 próbek żywności dla określonych grup. Kierunki badań oraz liczba próbek żywności dla określonych grup zostały przedstawione w Tabeli 9.

Tab. 9 Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2021 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			import	UE	krajowe
1	Zanieczyszczenia mikrobiologiczne	3 376	0	70	3 306
2	Metale szkodliwe dla zdrowia	552	21	95	436
3	Pozostałości pestycydów	120	1	13	106
4	Mikotoksyny	325	2	35	288
5	Zanieczyszczenia azotanami	265	3	20	242
6	Substancje dodatkowe dozwolone	101	1	45	55
7	Obecność GMO	32	1	7	24
8	Znakowanie	3 370	36	289	3 045
9	Organoleptycznie	3 104	25	182	2 897
10	Zanieczyszczenia biologiczne	75	4	7	64
11	Zanieczyszczenia fizyczne	62	3	7	52
12	Inne parametry	472	5	45	422

Spośród wszystkich 5 629 przebadanych próbek żywności dla określonych grup największy odsetek (92%) stanowiły próbki produktów krajowych – 5 203 próbki. Zbadano 381 próbek produktów z Unii Europejskiej (UE) (co stanowiło 7% wszystkich badanych próbek) oraz 45 próbek produktów z importu spoza UE (1% wszystkich zbadanych próbek).

Ogółem zdyskwalifikowano 13 próbek żywności dla określonych grup, co stanowi 0,2% wszystkich zbadanych próbek z tej kategorii. Wśród zdyskwalifikowanych próbek, żadna nie pochodziła z importu, 2 pochodziły z innych niż Polska państw UE, a 11 było próbkami produktów krajowych.

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

Tab. 10 Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane w 2021 r.

Rok	żywność dla określonych grup		W tym					
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
			Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2021	5 629	0,2%	5203	0,2%	45	0%	381	0,5%

Wszystkie zdyskwalifikowane próbki (13 próbek, tj. 100% wszystkich próbek zdyskwalifikowanych) zakwestionowano ze względu na niewłaściwe oznakowanie. Dodatkowo 1 próbkę zdyskwalifikowano ze względu na „inne parametry”.

5.2.3. Żywność obligatoryjnie wzbogacona

W ramach planu pobierania próbek żywności do badań laboratoryjnych w zakresie urzędowej kontroli żywności i monitoringu w roku 2021 r. pobrane zostały 172 próbki z kategorii sól spożywcza i jej zamienniki. Wśród pobranych próbek 167 pochodziło z produkcji krajowej, 3 z innych krajów UE, natomiast 2 z importu.

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

Tab. 11 Zakres badań próbek soli spożywczej i jej zamienników przeprowadzonych w 2021 r.

Lp.	Kierunek badania próbek:	Liczba zbadanych próbek	W tym:		
			Import	UE	krajowe
1.	Znakowanie	129	2	3	124
2.	Organoleptycznie	108	2	1	105
3,	Zanieczyszczenia biologiczne	2	0	0	2
4.	Inne parametry	135	2	3	130

Wśród przebadanych próbek soli spożywczej i jej zamienników zdyskwalifikowane zostały 3 próbki, w tym 2 próbki krajowe, co stanowi wartość 1,74% ogółu zbadanych próbek (1,20% próbek krajowych). Odsetek zdyskwalifikowanych próbek w stosunku do wszystkich zbadanych wraz z podziałem na pochodzenie próbek produktów (krajowe, import, UE) przedstawiono w Tabeli 12 poniżej.

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

Rok	Sól spożywcza i jej zamienniki		W tym					
	Próbki zbadane	Z tego zdyskwalifikowano	krajowe		importowane (spoza UE)		UE	
			Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane	Próbki zbadane	Próbki zdyskwalifikowane
2021	172	1,74%	167	1,2%	2	0%	3	33,33%



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

W 2021 r. zbadano 390 próbek żywności w kierunku obecności organizmów genetycznie zmodyfikowanych. Spośród powyższych nie zdyskwalifikowano żadnej z próbek. Do badań w 2021 r., podobnie jak w latach ubiegłych, pobierano próbki z

- ◆ produktów potencjalnie mogących zawierać GMO, a nieoznakowanych informacją o modyfikacji genetycznej,
- ◆ produktów zawierających w oznakowaniu informację o braku modyfikacji genetycznej (w zakresie sprawdzenia zgodności z przepisami unijnymi, tj. pod kątem obecności nieautoryzowanego GMO oraz właściwego oznakowania)¹ oraz
- ◆ produktów oznakowanych informacją o modyfikacji genetycznej, ale potencjalnie mogące również zawierać inny materiał GM niedopuszczony w UE.

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

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

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

W roku 2021 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały sprawowanie bieżącego nadzoru nad przetwórstwem oraz obrotem grzybami świeżymi, mrożonymi, oraz suszonymi, uprawnymi i rosnącymi w warunkach naturalnych (dziko rosnącymi), krajowymi i importowanymi. Jednocześnie podejmowane były działania w zakresie prewencji zatruc grzybami.

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

¹ Zgodność oznakowania żywności informacją o braku modyfikacji genetycznej z przepisami krajowymi, tj. ustawą z dnia 13 czerwca 2019 r. o znakowaniu produktów wytworzonych bez wykorzystania organizmów genetycznie zmodyfikowanych jako wolnych od tych organizmów – kontrolują organy IJHARS

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

Ustalono, że w większości skontrolowanych obiektów obrót grzybami świeżymi i suszonymi dziko rosnącymi oraz ich przetworami prowadzony był prawidłowo. Pobrano również próbki grzybów i przetworów z ich udziałem do badań laboratoryjnych w ramach urzędowej kontroli oraz monitoringu pod kątem bezpieczeństwa dla zdrowia i oznakowania. Pobrane próbki grzybów i ich przetworów przebadano m. in. w kierunku zawartości metali szkodliwych dla zdrowia, oznaczania pozostałości pestycydów, poziomu skażenia promieniotwórczego, napromieniania, obecności szkodników lub ich pozostałości i innych. Na 463 przebadane próbki zakwestionowano 13, w których stwierdzono przekroczenie dopuszczalnych poziomów zanieczyszczeń chemicznych lub biologicznych.

5.4.1. Nadawanie i ewidencja uprawnień klasyfikatora grzybów świeżych i grzyboznawcy

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

Nadanie uprawnień grzyboznawcy następuje w drodze decyzji administracyjnej Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego działającego z upoważnienia Głównego Inspektora Sanitarnego. Uprawnieni klasyfikatorzy grzybów i grzyboznawcy legitymują się świadectwem odpowiednio klasyfikatora grzybów lub grzyboznawcy.

W centralnej ewidencji grzyboznawców w kraju, prowadzonej przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu, na koniec 2021 r. wpisane były 2092 osoby, w tym 744 działające w strukturach Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zestawienie liczby grzyboznawców w 2021 r. w poszczególnych województwach przedstawiono w tabeli 13.

Tab. 13 Liczba uprawnionych grzyboznawców w poszczególnych województwach w 2021 r.

L.p.	Województwo	Liczba grzyboznawców ogółem	Liczba grzyboznawców w strukturach PIS
1.	dolnośląskie	128	86
2.	kujawsko-pomorskie	129	43
3.	lubelskie	102	64
4.	lubuskie	184	42
5.	łódzkie	150	48
6.	małopolskie	117	41
7.	mazowieckie	178	60
8.	opolskie	39	20
9.	podkarpackie	65	32
10.	podlaskie	129	23
11.	pomorskie	122	40
12.	śląskie	128	53
13.	świętokrzyskie	55	27
14.	warmińsko-mazurskie	66	24
15.	wielkopolskie	378	105
16.	zachodniopomorskie	122	36
Razem:		2 092	744

5.4.2. Zatrucia grzybami

W 2021 r. zatrucia grzybami stwierdzono w województwach:

- ◆ lubelskim – 4 przypadki
- ◆ zachodniopomorskim – 2 przypadki

Krajowy rejestr zatruc grzybami prowadzony jest przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu. W 2021 zatruciu w Polsce uległo 6 osób, które poddano hospitalizacji. Zgonów nie odnotowano. U 4 osób dorosłych w województwie lubelskim stwierdzono zatrucie spowodowane spożyciem *Muchomora sromotnikowego/zielonawego* (*Amanita phalloides*). Pozostałe dwa zatrucia zdiagnozowano w województwie zachodniopomorskim u dwójki małych dzieci, jako zatrucie nieswoiste po spożyciu *Twardzioszka przydrożnego* (*Marasmius oreades*). *Twardzioszek przydrożny* jest grzybem jadalnym i dopuszczonym do obrotu. Zgodnie z zaleceniami żywieniowymi niewskazane jest spożywanie grzybów w stanie surowym, jak również podawanie potraw z grzybów małym dzieciom oraz osobom starszym. Zestawienie zatruc grzybami według grup wiekowych przedstawia tabela 14.

Tab. 14 Zatrucia grzybami w Polsce wg grup wiekowych w 2021 r.

Grupa wiekowa	Wiek w latach						RAZEM
	0 – 7	8 – 15	16 – 20	21 – 45	46 – 60	Powyżej 60	
Zachorowania	2	-	-	1	1	2	6
Zgony	-	-	-	-	-	-	-

Liczba zatruc odnotowana w 2021 r. jest najniższa od 10 lat, niższa o 2 zachorowania w stosunku do 2020 r. i o 3 przypadki mniejsza niż w 2015 r. Jest ona zdecydowanie mniejsza niż w pozostałych latach od 2012 do 2020 r. (tabela 15).

Tab. 15 Zestawienie liczby zatruc grzybami w latach 2012-2021

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

Liczba zatruc odnotowanych w 2021 r. nie przesądza jednoznacznie o zmniejszeniu ryzyka zatrucia grzybami dziko rosnącymi, ponieważ na ilość zebranych i spożytych grzybów ma wpływ wiele czynników, w tym warunki pogodowe, wielkość sprzedaży i świadomość społeczeństwa. Występowanie przypadków zatruc świadczy o potrzebie kontynuowania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej działań na rzecz prewencji zatruc grzybami, zaś malejący wskaźnik dowodzi ich skuteczności.

5.4.3. Działania zapobiegające zatruciom grzybami

W sprawach dotyczących zapobiegania zatruciom grzybami, wzorem lat ubiegłych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej szczebla powiatowego i wojewódzkiego podejmowały różnego rodzaju działania oświatowo-prewencyjne, w tym edukacyjne. Miały one na celu pogłębianie wiedzy społeczeństwa na temat identyfikacji grzybów dziko rosnących: jadalnych, niejadalnych i trujących, zasad związanych z bezpiecznym



zbiorem, przechowywaniem i zakupem grzybów jadalnych. Organizowano ogólnodostępne wystawy grzybów, podczas których prezentowano modele, filmy i fotografie grzybów, rozdawano ulotki, udzielano porad, wygłaszano prelekcje skierowane do osób zbierających i spożywających grzyby na temat podstawowych zasad bezpieczeństwa, w tym zasad wprowadzania do obrotu handlowego grzybów świeżych i suszonych. Przygotowywano konkursy dla dzieci i młodzieży w zakresie bezpiecznego grzybobrania. W trakcie wypożyczynki letniego dzieci i młodzieży rozdano publikacje i ulotki. Informacje dotyczące zapobiegania zatruciom grzybami przekazywano do mediów (radio, telewizja, prasa) i publikowano na stronach internetowych i tablicach informacyjnych poszczególnych stacji sanitarno-epidemiologicznych, a także na targowiskach, gdzie prowadzono sprzedaż grzybów. Podejmowane działania realizowano często we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, przedstawicielami Lasów Państwowych, Ligi Ochrony Przyrody i innymi jednostkami organizacyjnymi. Przed i w okresie wzmożonego wzrostu grzybów społeczeństwo było także informowane o możliwości dokonania oceny zebranych grzybów w ramach prowadzonych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych bezpłatnych porad grzybowych, udzielanych przez grzyboznawców i kwalifikatorów grzybów osobom zbierającym grzyby na własny użytek.

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

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

W 2021 r. przeprowadzono łącznie 2 337 kontroli w wytwórniach i miejscach obrotu tymi produktami (2020 r. – 1 735). Zwracano uwagę na oznakowanie wyrobu i materiału przeznaczonego do kontaktu z żywnością pod kątem przestrzegania wymagań obowiązujących przepisów dotyczących prawidłowego znakowania tego typu produktów. W celu weryfikacji pobierano próbki materiałów i wyrobów do badań laboratoryjnych. W 2021 r. na 1 178 (w 2020 r. – 1 119) ocenionych próbek zakwestionowano 19 (w 2020 r. – 15). W 2021 r. na podstawie badań laboratoryjnych zakwestionowano łącznie 1,6% próbek materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością (w 2020 r. – 1,34%), w tym produkcji krajowej – 1,3% (w 2020 r. – 0,80%), wyprodukowanych w UE – 0,5% (w 2020 r. – 0,58%) oraz z importu – 2,2% (w 2020 r. – 1,93%).

7. Wybrane zagadnienia nadzoru nad zakładami żywienia zbiorowego typu zamkniętego

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej poświęcają dużo uwagi zakładom żywienia zbiorowego typu zamkniętego z uwagi na ich specyfikę oraz ścisłe powiązanie z czynnikami warunkującymi utrzymanie prawidłowego stanu zdrowia pacjentów w szpitalach, dzieci w żłobkach i przedszkolach, uczniów w szkołach, wychowanków domów dziecka, pensjonariuszy domów pomocy społecznej.

Żywnienie zbiorowe typu zamkniętego realizowane przez kuchnie danej jednostki lub w systemie cateringowym, bazującym na produktach i daniach przygotowywanych lub dostarczanych przez podmioty zewnętrzne świadczące usługi cateringowe, transportowe żywności, a także podmioty przygotowujące żywność na potrzeby własnej działalności świadczące jednocześnie usługi cateringowe dla klientów zewnętrznych (jednostek organizacyjnych, jednostek systemu oświaty, szpitali, domów pomocy społecznej itp.).

Podobnie jak w pozostałych obszarach rynku spożywczego warunki higieniczno-sanitarne prowadzenia żywienia zbiorowego typu zamkniętego, w tym przygotowywania żywności gotowej do spożycia przez konsumenta finalnego, regulują przepisy prawa żywnościowego.

Natomiast zasady racjonalnego żywienia oraz zalecane racje pokarmowe dla różnych grup ludności opracowują (zgodnie z kompetencjami i aktualnym stanem wiedzy) oraz publikują jednostki badawczo-rozwojowe podległe i nadzorowane przez Ministra Zdrowia, w tym przez ostatnie kilkanaście lat głównie Instytut Żywności i Żywienia, obecnie włączony w strukturę Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny-Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP PZH-PIB). Przy planowaniu i realizacji żywienia zbiorowego korzystne jest posługiwanie się modelowymi racjami pokarmowymi, w których podane są ilości poszczególnych grup produktów spożywczych. Dla większości obiektów mają one formę zaleceń oraz

spełniają rolę edukacyjną w praktycznej realizacji tego rodzaju żywienia. Zasady żywienia zbiorowego wraz ze sposobem ich egzekwowania w jednostkach systemu oświaty zostały określone w przepisach art. 52 c i art. 103 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2020 r. poz. 2021, ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1154). W odniesieniu do pozostałych zakładów żywienia, dla których nie wprowadzono dotychczas przepisów dotyczących wymagań jakościowych żywienia, w przypadku stwierdzenia podczas oceny sposobu żywienia niezgodności z zasadami żywienia publikowanymi przez NIZP PZH-PIB, do podmiotów odpowiedzialnych kierowane były pisma informacyjne z zaleceniami. Pisma te były przesyłane również do wiadomości jednostkom nadrzędnym.

W 2021 r. na 47 365 zakładów żywienia zbiorowego typu zamkniętego skontrolowano ogółem 17 782 zakładów – w szpitalach, domach opieki społecznej, żłobkach i domach małego dziecka, stołówkach szkolnych, bursach i internatach, stołówkach na koloniach, półkoloniach lub obozach, przedszkolach, domach dziecka, zakładach specjalnych i wychowawczych oraz innych nadzorowanych zakładach tego typu. Ogółem zatwierdzono 2 191 nowych zakładów, przeprowadzono 21 004 kontrole, w tym 1 024 interwencyjne. Wydano 2 464 decyzje administracyjne, w tym 107 unieruchamiających /przerywających działalność zakładu oraz 20 zakazujących wprowadzenie produktu do obrotu. Ponadto nałożono 803 mandaty karne na łączną kwotę 206 400 PLN, skierowano do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 53 wnioski o nałożenie kary finansowej za stwierdzone naruszenia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały w zakładach oceny sposobu żywienia na podstawie jadłospisów oraz zestawień dekadowych, a także badań laboratoryjnych próbek posiłków. Sprawdzano również dostępność jadłospisów dla konsumentów oraz realizację wymagań ujętych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności (...) oraz w rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie znakowania poszczególnych rodzajów środków spożywczych (Dz.U. z 2015 r. poz. 29, ze zm.)

7.1. Kontrole bloków żywienia w szpitalach

Główny Inspektor Sanitarny polecił organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęcie w 2021 r. wzmożonym nadzorem żywienia pacjentów w szpitalach ze szczególnym uwzględnieniem tych, w których w latach wcześniejszych stwierdzono istotne nieprawidłowości. Kontrole urzędowe bloków szpitalnych obejmowały ocenę stanu sanitarno-technicznego, sposobu przyjęcia i jakości surowców lub gotowych potraw, warunków produkcji i dystrybucji żywności, stanu higieny i stanu zdrowia pracowników mających kontakt z żywnością (na podstawie orzeczeń lekarskich dla celów sanitarno-epidemiologicznych), a także prowadzenia dokumentacji kontroli wewnętrznej, która powinna być wdrożona w danym zakładzie. W trakcie tych kontroli przeprowadzano również ocenę jakościową i laboratoryjną żywienia pacjentów w zakresie diety podstawowej odpowiednio na podstawie jadłospisów, zestawień dekadowych oraz próbek posiłków.



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

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

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

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

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

prawę stanu w zakładzie. Ustalano terminy usunięcia ww. uchybień. W przypadku stwierdzenia uchybień w zakresie żywienia pacjentów, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kierowały do dyrektorów szpitali pisma z uwagami dotyczącymi stosowania zasad racjonalnego żywienia.

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

W 2021 r. w rejestrach Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 1 025 bloków żywienia w szpitalach, z których ponad połowa (696) działała w systemie cateringowym, w oparciu o posiłki dostarczane przez firmy zewnętrzne. W roku sprawozdawczym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej:

- ◆ skontrolowały ogółem 800 bloków żywienia w szpitalach, w tym 495 bloków w szpitalach korzystających z usług firm cateringowych;
- ◆ przeprowadziły ogółem 1 172 kontrole bloków żywienia w szpitalach, w tym 72 kontrole interwencyjne;
- ◆ przeprowadziły 684 kontrole w szpitalach prowadzących żywienie pacjentów w systemie cateringowym, w tym 41 kontroli interwencyjnych;
- ◆ w 588 blokach żywienia w szpitalach w zakresie diety podstawowej dokonano oceny żywienia na podstawie 560 jadłospisów, 263 zestawień dekadowych oraz 91 próbek posiłków zbadanych laboratoryjnie, w wyniku czego stwierdzono nieprawidłowości w 248 zbadanych próbkach ujawnione w 212 jadłospisach, 132 zestawieniach dekadowych oraz 44 próbkach zbadanych laboratoryjnie;
- ◆ w 343 próbkach posiłków dostarczanych do szpitali w systemie cateringowym stwierdzono nieprawidłowości w 137 jadłospisach, 70 zestawieniach dekadowych oraz 21 próbkach posiłków zbadanych laboratoryjnie.

Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej nałożyły ogółem 47 grzywien w drodze mandatu karnego na kwotę 12 700 PLN, w tym 23 mandaty na kwotę 6 950 PLN w szpitalach prowadzących żywienie w systemie cateringowym, oraz wydały ogółem 241 decyzji administracyjnych, w tym 103 w szpitalach prowadzących żywienie w systemie cateringowym, z czego 3 nakazujące przerwanie działalności całego lub części zakładu świadczącego usługi cateringowe.

7.2. Kontrole żywienia dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty

Zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego kontynuowano wzmożony nadzór nad przestrzeganiem wymagań dotyczących środków spożywczych sprzedawanych i stosowanych w żywieniu zbiorowym dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty. Kontrole te dotyczyły w szczególności przestrzegania



wymagań określonych w przepisach ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2020 r. poz. 2021, ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1154) – zwane dalej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych.

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

Jednakże kolejny rok stanu epidemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 i związane z nim obostrzenia, w tym zamknięcie szkół i wprowadzenie nauki w systemie zdalnym, spowodował zmniejszenie intensywności

ności działań kontrolnych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wpłynęło to na zmniejszenie w 2021 r. liczby przeprowadzonych kontroli w jednostkach systemu oświaty, w tym liczby ocenionych jadłospisów oraz pobranych próbek posiłków do badań laboratoryjnych, w stosunku do założeń przyjętych w harmonogramie pracy ustanowionym dla okresu sprawozdawczego, a także działań podjętych w latach poprzedzających wybuch epidemii.

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

- ◆ przekazywały informacje, udzielały wyjaśnień i instruktaży podmiotom odpowiedzialnym w trakcie i po kontroli, m.in. na temat norm żywieniowych, sposobu powiadamiania konsumentów o składnikach użytych do produkcji potraw, poprawnego eksponowania w jadłospisach składników alergennych i/lub powodujących reakcje nietolerancji oraz innych dotyczących prowadzenia żywienia zgodnie z wymaganiami rozporządzenia MZ z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych;
- ◆ organizowały prelekcje dla uczniów i osób odpowiedzialnych za planowanie i realizację żywienia, wzbogacone materiałami edukacyjnymi;
- ◆ udzielały wyjaśnień rodzicom na pytania dotyczące rozwiązań żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży, jak również warunków serwowania jedzenia dostarczanego przez rodziców w sytuacjach, w których w placówce nie można zapewnić diety eliminującej konkretne składniki.

7.2.1. Żywnienie zbiorowe w jednostkach systemu oświaty

Mimo wspomnianych trudności związanych ze stanem epidemii, na 27 695 nadzorowanych stołówek w jednostkach systemu oświaty skontrolowano 9 849, a w 4 792 dokonano oceny żywienia na podstawie 4 512 jadłospisów, 1 382 zestawień dekadowych oraz 35 próbek posiłków zbadanych laboratoryjnie.

Podczas kontroli organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceniały, weryfikowały i sprawdzały zakłady pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych oraz prawidłowość żywienia dzieci i młodzieży. Kontrola przestrzegania wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych była dokonywana na podstawie: oceny jadłospisów, zestawień dekadowych i wyników badań laboratoryjnych pobieranych próbek posiłków, w aspekcie jakościowym, ilościowym oraz wartości energetycznej i odżywczej posiłków, w porównaniu z normami żywienia opracowanymi dla odpowiednich grup wiekowych dla populacji polskiej.

W roku sprawozdawczym w wyniku naruszeń wymagań higienicznych i zdrowotnych wydano ogółem 1 128 decyzji nakazujących poprawę stanu higieniczno-sanitarnego zakładu lub warunków bezpieczeństwa żywności, nałożono 232 mandaty karne na kwotę 53 900 PLN. Skierowano do państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych 19 wniosków o nałożenie kar finansowych za nieprzestrzeganie przepisów prawa żywnościowego.

Żywnienie w jednostkach systemu oświaty oceniono przede wszystkim w czasie roku szkolnego 2020/2021, w okresie głównej ich aktywności. W tym okresie skontrolowano 5 327 zakładów w jednostkach systemu oświaty, w tym 2 251 stołówek szkolnych, 2 856 stołówek w przedszkolach, 87 stołówek w bursach i internatach, 133 stołówki w zakładach specjalnych i wychowawczych. Przeprowadzono łącznie 5 902 kontrole, w tym 4 387 w zakresie zgodności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych.

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

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

Do najczęściej powtarzających się uchybień w zakresie podawanych posiłków należały:

- ◆ nieprawidłowo skomponowane jadłospisy;
- ◆ stosowanie do smażenia tłuszczów innych niż oleje roślinne rafinowane o zawartości kwasów jednonasyconych powyżej 50% i zawartości kwasów wielonienasyconych poniżej 40%;
- ◆ serwowanie do spożycia napojów zawierających więcej niż 10 g cukru w 250 ml produktu gotowego do spożycia;
- ◆ brak lub niepełna weryfikacja w zakresie spełnienia poprzez stosowane środki spożywcze odpowiednich dla danej grupy wiekowej wymagań, wynikających z aktualnych norm żywienia dla populacji polskiej;
- ◆ mało urozmaicone posiłki;
- ◆ niezapewnienie w posiłkach (śniadanie, obiad, kolacja) odpowiedniego udziału grup produktów: zbożowych lub ziemniaków, warzyw lub owoców, mleka lub produktów mlecznych, mięsa, ryb, jaj, orzechów, nasion roślin strączkowych i innych nasion oraz tłuszczów lub nasion roślin strączkowych;

- ◆ stosowanie niedopuszczonych przepisami prawa koncentratów spożywczych do sporządzania zup, sosów oraz potraw;
- ◆ podawanie potraw smażonych w ilości większej niż dwie porcje w tygodniu;
- ◆ zbyt duży udział ziemniaków w stosunku do produktów zbożowych;
- ◆ niedotrzymanie wymagania podania jednej porcji ryb co najmniej raz w tygodniu;
- ◆ niespełnienie wymagań w zakresie podawania w ciągu dnia:
 - ✦ co najmniej dwóch porcji mleka lub produktów mlecznych,
 - ✦ co najmniej jednej porcji produktów zbożowych w każdym posiłku,
 - ✦ warzyw lub owoców w każdym posiłku,
 - ✦ co najmniej jednej porcji produktów z grupy: mięso, jaja, orzechy, nasiona roślin strączkowych,
- ◆ brak napoju do obiadu (w celu zbilansowania ilości płynów).

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami organy PIS w roku szkolnym 2021/2022 wydały ogółem: 270 decyzji dotyczących poprawy stanu sanitarnego, 8 decyzji PWIS wymierzających kary pieniężne na łączną kwotę 10 700, w tym 4 na kwotę 4 200 w zakresie objętym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych oraz nałożyły 116 mandatów karnych na kwotę 28 200 PLN.



7.2.2. Sklepiki i kioski w szkołach

W 2021 r. na 3 381 sklepików i kiosków szkolnych objętych nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowano 410 obiektów. Przeprowadzono 437 kontroli sanitarnych, w tym 316 obejmujących sprawdzenie zgodności oferowanego asortymentu z wymaganiami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych. W 45 obiektach stwierdzono uchybienia, w tym w 21 punktach sprzedaży w zakresie niezgodności asortymentu wprowadzanego do obrotu. Za stwierdzone uchybienia sanitarno-higieniczne nałożono 9 mandatów karnych na łączną kwotę 1 600 PLN. Ponadto nałożono na właścicieli sklepików szkolnych 17 kar pieniężnych w drodze decyzji administracyjnej na łączną kwotę 29 668 PLN w związku z wprowadzaniem do obrotu środków spożywczych niezgodnych z przepisami zawartymi w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Podobnie jak w przypadku żywienia zbiorowego w jednostkach systemu oświaty głównym okresem kontroli sklepików i kiosków szkolnych był rok szkolny 2020/2021, w którym skontrolowano 156 sklepików szkolnych, przeprowadzono 171 kontroli sanitarnych, w tym 103 obejmujące sprawdzenie oferowanego do sprzedaży asortymentu. W 20 sklepikach szkolnych i kioskach spożywczych stwierdzono naruszenie przepisów prawa w zakresie stanu technicznego i sanitarnego pomieszczeń sklepików, a w 18 obiektach oferowanie do sprzedaży środków spożywczych niedopuszczonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie grup środków spożywczych (zawierających ponadnormatywne poziomy cukru, soli i/lub tłuszczu). Na właścicieli sklepików szkolnych nałożono 27 kar pieniężnych w drodze decyzji administracyjnej na łączną kwotę 29 338 PLN, w tym 21 na kwotę 24 370 PLN w związku z wprowadzaniem do obrotu środków spożywczych niedopuszczonych do sprzedaży w jednostkach systemu oświaty.



8. Działania edukacyjne w zakresie bezpieczeństwa żywności

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

W 2021 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Ministerstwem Rolnictwa i Rozwoju Wsi zrealizowała pierwszą edycję ogólnopolskiego programu edukacyjnego pt. „Skąd się biorą produkty ekologiczne?”, skierowanego do dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców. Głównym celem programu jest zwiększanie wiedzy na temat rolnictwa ekologicznego oraz budowanie właściwych nawyków żywieniowych wśród najmłodszych. Uzupelnieniem celu głównego są cele szczegółowe, tj.:

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

W programie podkreślono także znaczenie prawidłowych zachowań rodziny, tj.: spożywanie wspólnych i regularnych posiłków, zachęcanie dzieci do wspólnego przygotowania jedzenia czy rodzinnego spacerowania.

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

Dodatkowo narzędziem pomocniczym były przeznaczone dla koordynatorów programu, jak również rodziców przedszkolaków, webinaria #po1profilaktyka, dostępne na stronach internetowych jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Webinaria poruszają m.in. kwestie potrzeby rozmowy z dziećmi o profilaktyce chorób i zaburzeń, jej wadze oraz skutecznej komunikacji.

W roku szkolnym 2020/2021 realizowana była I edycja programu, do której przystąpiły 2704 przedszkola i oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych, co stanowi 13% wszystkich tego typu placówek w całym kraju². W inicjatywie udział wzięło 101 473 dzieci w wieku 5-6 lat, jak również 53 269 rodziców.

W związku ze stanem pandemii wywołanej koronawirusem Sars-CoV-2 i w jej konsekwencji czasowym zamknięciem placówek oświatowych, przeprowadzanie bezpośrednich szkoleń dla powiatowych i szkolnych koordynatorów programu oraz wizytacji w placówkach oświatowych było ograniczone. Założenia i wytyczne do realizacji programu były tożsame z tymi z pilotażowej edycji, w związku z czym skupiono się na wdrożeniu nowych koordynatorów. Z zachowaniem zasad bezpieczeństwa odbyło się 5 szkoleń grupowych dla 109 pracowników powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Ponadto 102 osoby zostały wdrożone indywidualnie. Na poziomie powiatów zorganizowano 760 szkoleń, w których uczestniczyło 1135 realizatorów przedszkolnych. W trakcie realizacji programu koordynatorzy powiatowi przeprowadzili wizytacje w 897

² GUS, Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2019/2020

placówkach przedszkolnych. Ważnym punktem każdego ze spotkań była część poświęcona treściom programowym. Zwracano uwagę na potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej wśród dzieci, rodziców oraz pracowników przedszkoli oraz konieczność jej integracji dom – przedszkole.

Przedszkola uczestniczące w programie realizowały go zgodnie z wytycznymi przekazanymi przez koordynatorów powiatowych. Zajęcia edukacyjne zaplanowane były w taki sposób, aby przedszkolaki mogły jak najpełniej skorzystać ze zdobytej wiedzy. Jednocześnie w 1428 placówkach (53%), program rozszerzono o dodatkowe działania wzmacniające jego przekaz. Wśród nich wymieniano m.in.: samodzielne sporządzanie kanapek, sałatek, zdrowszych wersji deserów, uprawa nowalijek w przedszkolnych ogródkach, zajęcia ruchowe, przeprowadzanie rozmów nakłaniających do zdrowego stylu życia, quizy, a także organizację konkursów i zabaw ruchowo-muzycznych oraz projekcje filmów związanych z tematyką żywności ekologicznej. W trakcie zajęć dzieci poznawały również tajniki pracy rolnika, pszczelarza, sadownika czy piekarza.

Biorąc pod uwagę, że rodzice odgrywają ważną rolę w procesie edukacji, przedszkola proponowały im uczestnictwo w spotkaniach oraz współdział z dziećmi w wielu inicjatywach.

Ze sprawozdań wynika, że rodzice i opiekunowie dzieci chętnie uczestniczyli w spotkaniach informacyjnych, z uwagi na pandemię często organizowanych online. Podczas spotkań zachęcano ich do obejrzenia webinarów #po1profilaktyka. W I edycji programu odbyło się aż 1176 takich spotkań. Dodatkowo rodzice dostarczali produkty do wykonania zdrowych potraw i deserów, wyposażali dzieci w bezpieczne przybory kuchenne, dostarczali doniczki z ziemią do uprawy ziół w kąciu warzywnym w przedszkolu, często kontynuowali rozpoczęte przez dzieci działania w domu.

Realizacja programu w wielu placówkach przedszkolnych uzyskała wsparcie lokalne. W działania programowe chętnie zaangażowały się instytucje takie jak: urzędy miejskie i gminne, nadleśnictwa, lokalne gospodarstwa ekologiczne, pszczelarze, lokalni przedsiębiorcy, dietetycy oraz pielęgniarki środowiskowe i psychologowie. Łącznie udało się uzyskać wsparcie od 703 partnerów.

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

8.2. Kampania informacyjna EFSA „Wybieraj bezpieczną żywność”

Widząc potrzebę podnoszenia wiedzy społeczeństwa w zakresie bezpieczeństwa żywności, w 2021 r., Główny Inspektorat Sanitarny włączył się w realizację kampanii informacyjnej organizowanej przez Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności „Wybieraj bezpieczną żywność” #EUChooseSafeFood.

Celem kampanii było zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat roli nauki w zapewnieniu bezpieczeństwa żywności w UE, w tym w Polsce, oraz zachęcenie obywateli do dokonywania świadomych wyborów żywieniowych. Kampania pomogła poznać i zrozumieć kluczową rolę, jaką dla bezpieczeństwa żywności odgrywają naukowcy i nauka. Kampania przybliżyła konsumentom praktyczne informacje, począwszy od wsparcia w rozszyfrowaniu etykiet, zrozumieniu zasad dot. stosowania substancji dodatkowych w żywności, po informacje, jakich zasad higieny przestrzegać, by żywność była bezpieczna.

Kampania była skierowana do osób w wieku 25-45 lat, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet i młodych rodziców, którzy mają decydujący wpływ na postawy zdrowotne swoich dzieci.

Oprócz szeroko komunikowanych w przestrzeni medialnej materiałów kampanijnych EFSA, Główny Inspektorat Sanitarny za pomocą terenowych jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadził liczne działania edukacyjne. Na potrzeby kampanii nagrano 3 wykłady prowadzone przez ekspertów dot. substancji dodatkowych, wymagań higienicznych oraz działalności EFSA. W oparciu o nie w okresie od września do listopada 2021 r. w całej Polsce zorganizowano 365 webinarów o łącznej liczbie odbiorców 15 033. Ponadto odbyło się 179 działań takich jak wystawy, konkursy, szkolenia, narady, które objęły 6 199 osób. Za pośrednictwem stron internetowych i mediów społecznościowych PIS opublikowano 2830 postów i artykułów.

Była to bardzo ważna inicjatywa, która pomogła wzmocnić zaufanie konsumentów do systemu zapewnienia bezpieczeństwa żywności. Kampania podkreśliła kluczową rolę stałej współpracy między EFSA, organizacjami konsumenckimi, producentami żywności i społeczeństwem, a także instytucjami naukowymi oraz krajowymi organami ds. bezpieczeństwa żywności, takimi jak GIS.



**ZAPOBIEGANIE ORAZ ZWALCZANIE ZAKAŻEŃ
I CHORÓB ZAKAŻNYCH U LUDZI W 2021 R.**

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

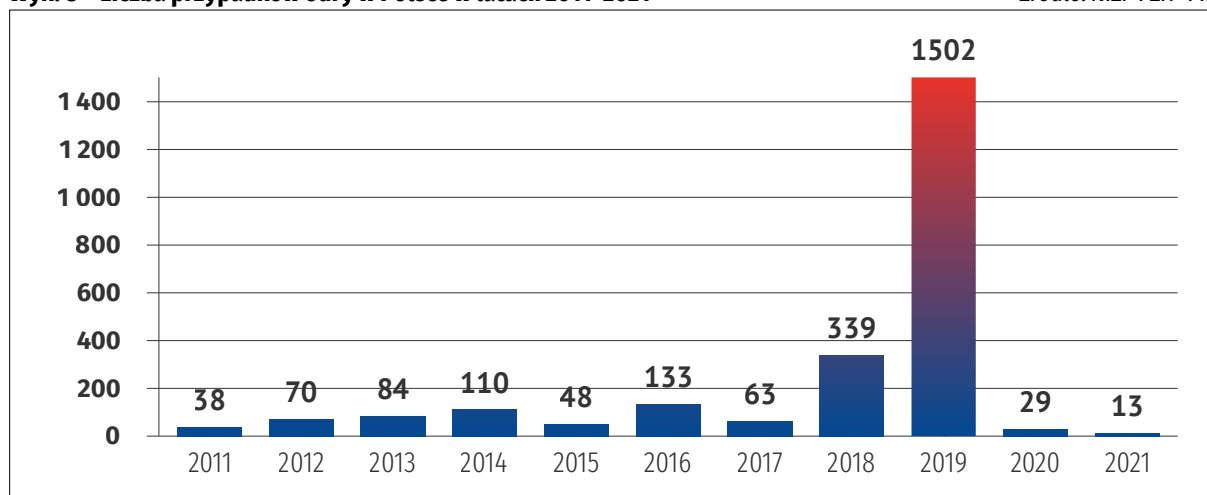
W odniesieniu do tych chorób zakaźnych, które nie mają rezerwuaru zwierzęcego (tzn. występują jedynie u człowieka) i dla których dostępne są szczepionki o wysokim stopniu skuteczności, możliwe jest osiągnięcie celu, jakim jest eliminacja choroby na danym obszarze (rozumiana jako brak zakażeń na terenie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

1.1. Odra

Odra jest ostrą chorobą wirusową przebiegającą z gorączką, kaszlem, zapaleniem spojówek oraz wysypką. Najczęstszym powikłaniem jej przebiegu jest zapalenie płuc oraz zapalenie ucha środkowego. W roku 2021, po okresie epidemii w latach 2018–2019, odnotowano w Polsce 13 przypadków odry, podczas gdy w roku 2020 było ich 29, a w 2019 r. – 1 502. Liczbę odnotowanych przypadków zachorowań na odrę w Polsce w latach 2011–2021 przedstawia Wykres 8.

Wyk. 8 Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2011–2021

Źródło: NIZP PZH - PIB

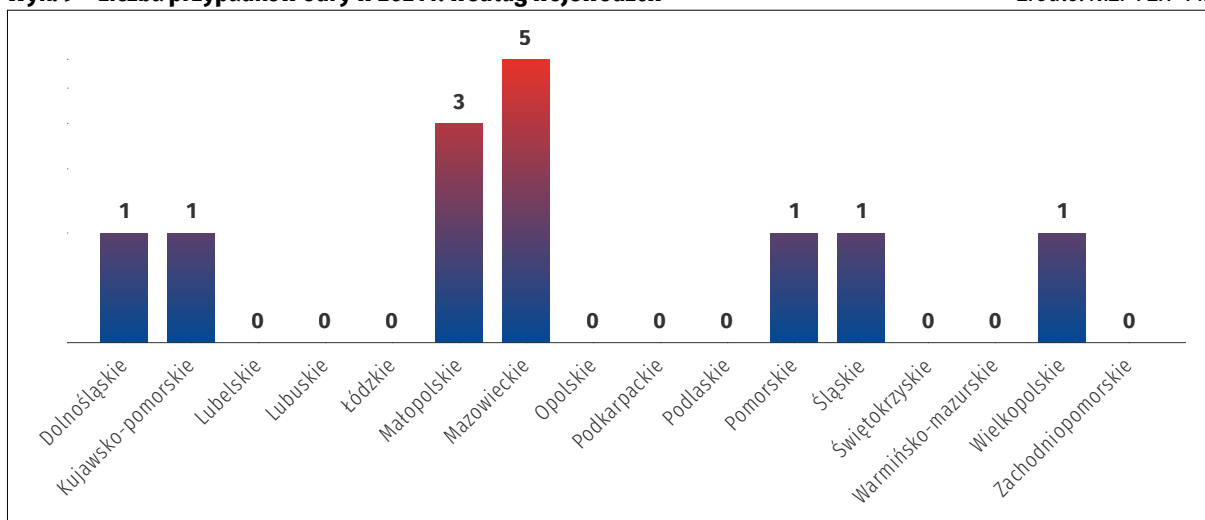


Wszystkie przypadki odry w 2021 r. były przypadkami sporadycznymi, nie wystąpiło żadne ognisko tej choroby. Nie było również przypadków zawleczenia choroby z zagranicy.

Przypadki odry zarejestrowano głównie w województwie mazowieckim – 5 przypadków (39%) oraz małopolskim – 3 przypadki (23%). Po jednym przypadku (8%) zarejestrowano w województwach dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, pomorskim, śląskim oraz wielkopolskim. W pozostałych województwach nie odnotowano przypadków odry (Wykres 9).

Wyk. 9 Liczba przypadków odry w 2021 r. według województw

Źródło: NIZP PZH -PIB

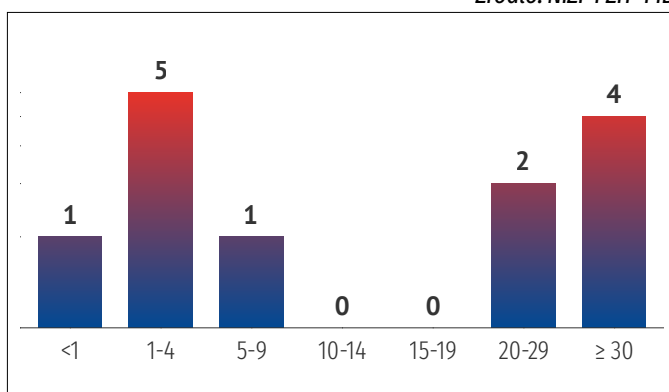


Najwięcej przypadków odry – 5 (39%) zarejestrowano w grupie wiekowej 1–4 lat oraz w grupie wiekowej ≥ 30 lat – 4 (31%). W grupie wiekowej 20–29 lat zarejestrowano 2 przypadki (15%) oraz po jednym przypadku (8%) w grupie wiekowej <1 i 5–9 lat. Nie zarejestrowano zachorowań w grupach wiekowych 10–14 lat oraz 15–19 lat (Wykres 10).

Spośród 13 chorych na odrę, 6 osób (46%) nie było zaszczepionych przeciw odrze, 5 osób (39%) zostało zaszczepionych tylko jedną dawką szczepionki, a dwie osoby (15%) co najmniej dwiema dawkami (Wykres 11).

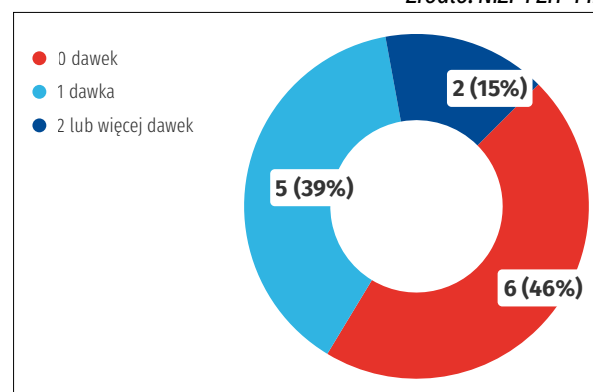
Wyk. 10 Liczba przypadków odry w poszczególnych grupach wiekowych w 2021 r.

Źródło: NIZP PZH -PIB



Wyk. 11 Przypadki odry w 2021 r. w kontekście statusu zaszczepienia

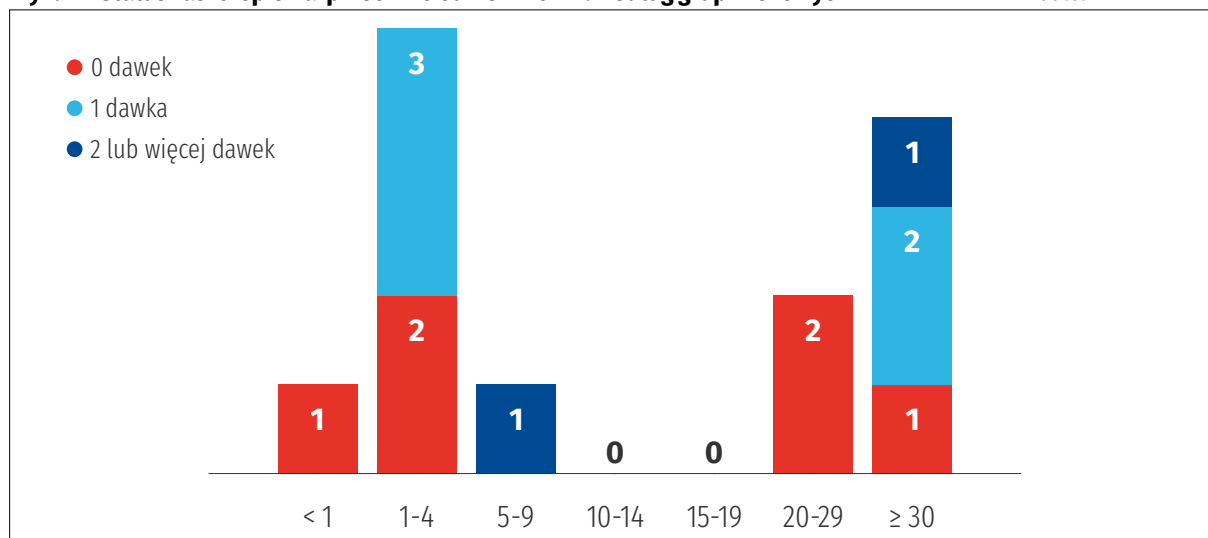
Źródło: NIZP PZH -PIB



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

Wyk. 12 Status zaszczepienia przeciwko odrze w 2021 r. według grup wiekowych

Źródło: NIZP PZH -PIB



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

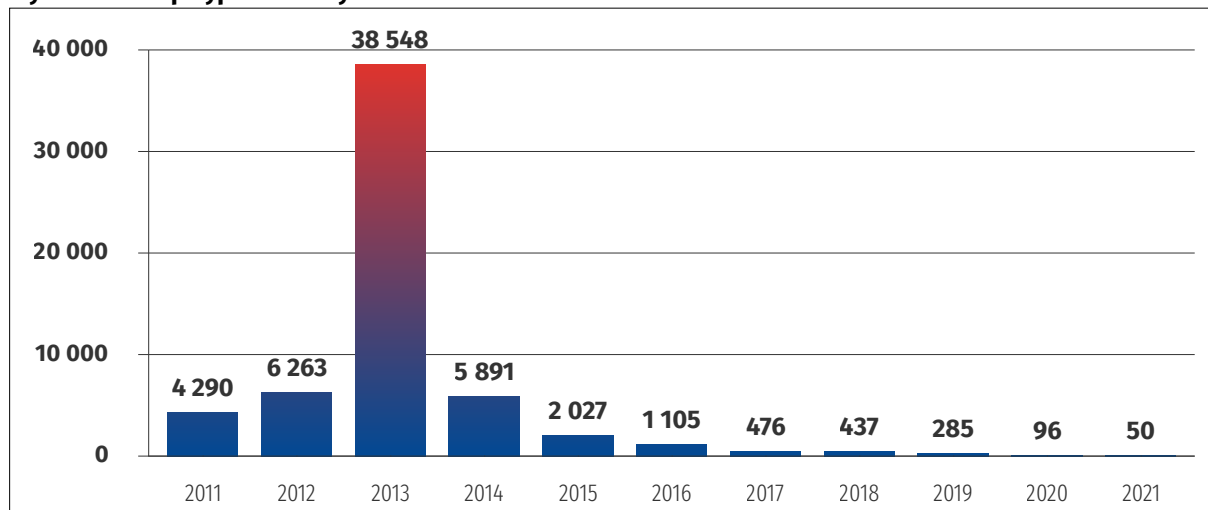
1.2. Różyczka

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

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

Wyk. 13 Liczba przypadków różyczki w latach 2011–2021

Źródło: NIZP PZH -PIB





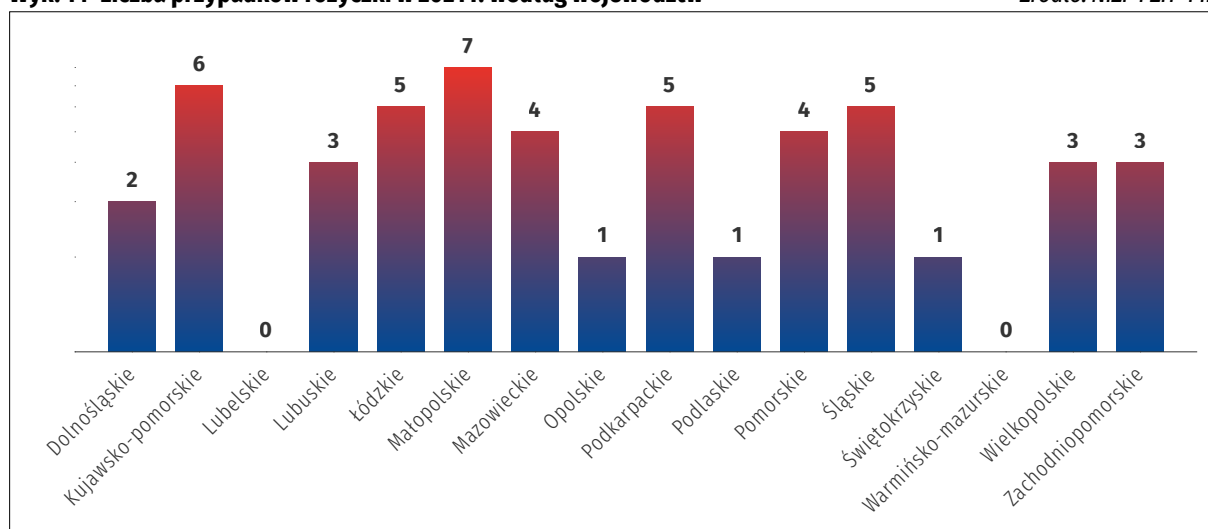
W 2021 r. odnotowano 50 przypadków różyczki, podczas gdy w 2020 r. odnotowano ich 98, a w 2019 r. – 285. Liczbę zarejestrowanych zachorowań na różyczkę w poszczególnych latach przedstawiono na Wykresie nr 13. W 2021 r., podobnie jak w poprzednich latach, nie odnotowano w Polsce przypadków różyczki wrodzonej.

Pomimo odnotowywanego od kilku lat spadku liczby przypadków Polska uznawana jest za kraj, w którym różyczka występuje endemicznie. W 2021 r., podobnie jak w poprzednich latach, większość przypadków różyczki w Polsce zostało rozpoznanych wyłącznie na podstawie objawów klinicznych. Tylko 2 przypadki (4%) różyczki zostały potwierdzone laboratoryjnie.

Najwięcej zachorowań na różyczkę rejestrowano w województwie małopolskim – 7 przypadków (14%), kujawsko-pomorskim – 6 przypadków (12%) oraz po 5 przypadków (10%) w województwach łódzkim, podkarpackim oraz śląskim. W województwie mazowieckim oraz pomorskim zarejestrowano po 4 (8%) przypadki różyczki, w województwach lubuskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim zarejestrowano po 3 (6%) przypadki, w woj. dolnośląskim – 2 (4%) przypadki oraz po jednym (2%) przypadku w woj. opolskim, podlaskim i świętokrzyskim. W woj. lubelskim oraz warmińsko-mazurskim nie zarejestrowano przypadku różyczki w 2021 r. (Wykres 14).

Wyk. 14 Liczba przypadków różyczki w 2021 r. według województw

Źródło: NIZP PZH -PIB

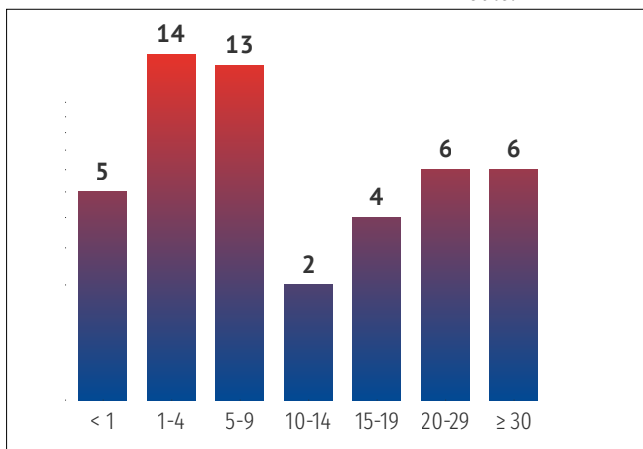


Najwięcej przypadków różyczki zarejestrowano w grupie wiekowej 1–4 lat – 14 przypadków (28%) oraz w 5–9 lat – 13 przypadków (26%). W grupach wiekowych 20–29 lat i ≥ 30 lat zarejestrowano po 6 (12%) przypadków. W grupie wiekowej <1 zgłoszono 5 przypadków (10%), w grupie 15–19 lat – 4 przypadki (8%) oraz 2 przypadki (4%) w grupie 10–14 lat (Wykres 15).

Z 50 przypadków różyczki 14 osób (28%) nie było zaszczepionych przeciw różyczce, 20 (40%) zostało zaszczepionych tylko jedną dawką szczepionki, a 10 (20%) dwiema dawkami. Nieznany status zaszczepienia dot. 6 przypadków (12%) (Wykres 16).

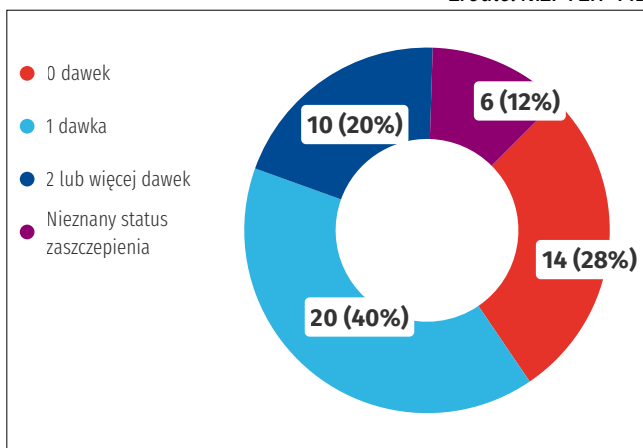
Wyk. 15 Liczba przypadków różyczki w 2021 r. w poszczególnych grupach wiekowych

Źródło: NIZP PZH -PIB



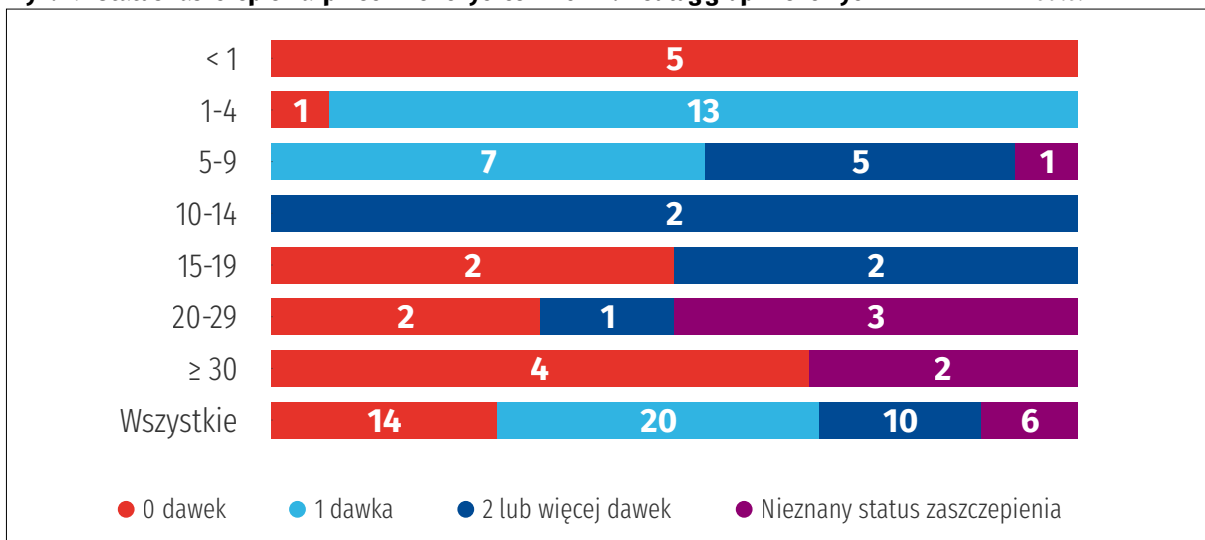
Wyk. 16 Przypadki różyczki w 2021 r. w kontekście statusu zaszczepienia

Źródło: NIZP PZH -PIB



Wyk. 17 Status zaszczepienia przeciwko różyczce w 2021 r. według grup wiekowych

Źródło: NIZP PZH -PIB



1.3. *Poliomyelitis* (ostre nagminne porażenie dziecięce)

Poliomyelitis jest ostrą chorobą wirusową przebiegającą najczęściej w postaci bezobjawowego zakażenia lub niecharakterystycznych objawów z przewodu pokarmowego. W przypadku wystąpienia postaci porażennej wirus powoduje trwałe upośledzenie narządu ruchu. W przebiegu zakażenia może dojść do zgonu spowodowanego porażeniem mięśni oddechowych. Polska, jak i cały Region Europejski WHO, jest oficjalnie wolna od *poliomyelitis* od 2002 r.

Ostatnie dwa przypadki tej choroby w Polsce spowodowane dzikim wirusem polio odnotowano w 1982 r. (przypadek rodzimy) i w 1984 r. (przypadek zawleczony, wywołany dzikim szczepem wirusa typu 1). Mimo to groźba ponownego wprowadzenia dzikiego wirusa polio do Polski pozostaje realna, aż do momentu wyerdykowania tej choroby na świecie.

Obecnie na świecie występuje już tylko jeden spośród trzech szczepów dzikiego wirusa polio: typ 1 (WPV1). Szczepy WPV2 i WPV3 zostały uznane za eradykowane odpowiednio w 2015 (ostatni przypadek na świecie zanotowano w 1999 r.) i 2019 r. (ostatni przypadek na świecie zanotowano w 2012 r.), podczas gdy WPV1 nadal krąży w dwóch krajach: Afganistanie i Pakistanie. W 2021 r. w krajach tych wykryto łącznie 5 potwierdzonych przypadków zakażenia WPV1: 4 w Afganistanie oraz 1 w Pakistanie, w porównaniu do 140 przypadków w 2020 r., 56 w Afganistanie i 84 w Pakistanie (źródło: Global Polio Eradication Initiative, <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/wild-poliovirus-list/>).

W celu zapobieżenia szerzeniu się zakażeń, w przypadku zawleczenia wirusa na obszar Polski, konieczne jest między innymi utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepienia oraz stałe monitorowanie przypadków ostrych porażień wiotkich, które są poddawane diagnostyce wirusologicznej dla celów nadzoru epidemiologicznego, w celu wykluczenia wirusa polio jako przyczyny wystąpienia tego zespołu chorobowego. Zgodnie z wytycznymi WHO należy dążyć do osiągnięcia wysokiego poziomu zaszczepienia przeciw polio (90%–95%). W Polsce poziom ten obliczany jest dla dzieci w 2 r.ż., zaszczepionych pełnym cyklem podstawowym (3 dawki szczepionki). Szczepienie przypominające w Polsce prowadzi się w 6. r.ż. podając jedną dawkę szczepionki. Szczepienia przeciw polio w Polsce realizowane są przy użyciu szczepionki inaktywowanej IPV. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), do czasu całkowitej eradykacji *poliomyelitis* na świecie, osoby wyjeżdżające na tereny endemicznego występowania *poliomyelitis* powinny posiadać kompletne szczepienie (uodpornienie) przeciwko tej chorobie.

1.4. Grypa

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



W Polsce nadzór epidemiologiczny nad gripą prowadzony jest w ciągu całego roku, ze szczególnym wzmożeniem nadzoru wirusologicznego w okresie zwiększonej liczby zachorowań, który trwa zwykle od września do kwietnia następnego roku, przy szczycie zachorowań przypadającym między styczniem a marcem. Rejestruje się wtedy od kilkuset do kilku milionów zachorowań na ostre infekcje dróg oddechowych wywoływanych m.in. przez wirusy SARS-CoV-2, wirusa grypy, adenowirusy oraz RSV, spośród których grypa oraz COVID-19 to jedyne choroby, którym można zapobiegać w drodze szczepień. W Polsce jako przypadki zachorowań i podejrzeń zachorowań na gripę rejestruje się zachorowania przebiegające pod postacią zespołów objawów klinicznych takich jak: zachorowania grypopodobne (ILI) lub ostre zakażenia górnych dróg oddechowych (ARI), zgodnie z definicjami przypadku przyjętymi dla celów nadzoru epidemiologicznego.

W ramach monitoringu sytuacji epidemiologicznej według wstępnych danych w 2021 r. zarejestrowano 2 973 733 przypadków grypy i podejrzeń zachorowań na gripę (zapadalność wynosiła 7 753,35/100 000). Zgłoszono 1 zgon osoby, u której stwierdzono obecność wirusa grypy, na podstawie badania wykonanego metodą RT-PCR w laboratorium wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Liczbę zachorowań lub podejrzeń zachorowań, zapadalność na gripę oraz liczbę osób skierowanych do szpitala w poszczególnych latach przedstawia Tabela 16.

Tab. 16 Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań, zapadalność na gripę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w latach 2015–2021

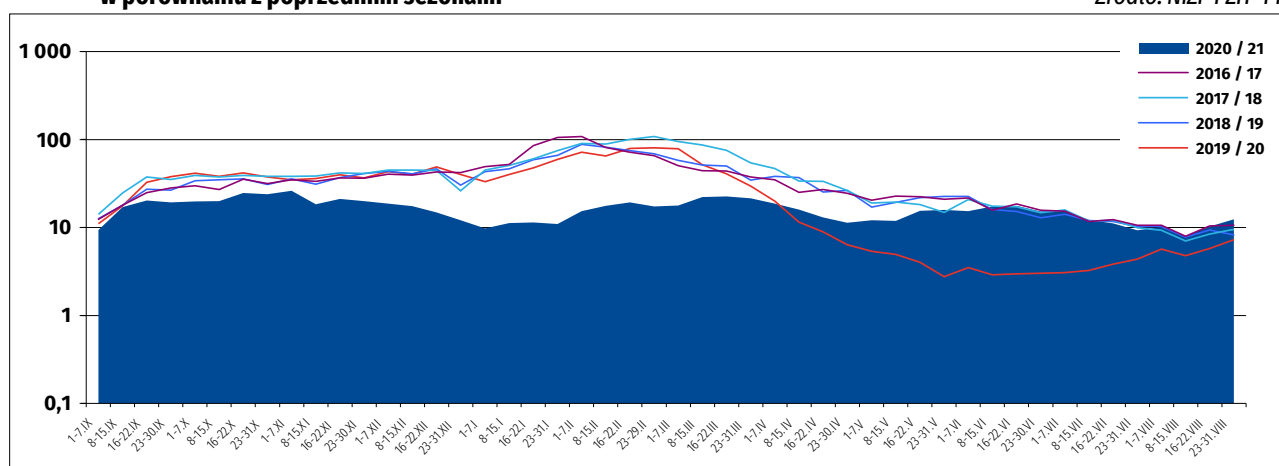
Źródło: NIZP PZH -PIB

Rok	Liczba przypadków (w tym dzieci do 0-14 lat)	Zapadalność (na 100 tys.)		Liczba osób skierowanych do szpitala
		Dorośli	Dzieci w wieku od 0 do 14 lat	
2021	2 973 733 (1 433 240)	7 753,4	24 357,9	7 959
2020	3 160 711 (1 261 001)	8 240,9	21 430,8	15 407
2019	4 790 033 (2 176 248)	12 478,4	37 058,4	18 198
2018	5 239 293 (2 297 454)	13 639,3	39 305,3	17 858
2017	5 043 491 (2 269 154)	13 126,5	39 130,5	17 118
2016	4 316 823 (2 038 966)	11 233,9	35 399,9	16 648
2015	3 843 438 (1 784 680)	9 994,7	30 995,9	12 197

Zapadalność (na 100 000 ludności) na gripę i podejrzeń grypy w sezonie epidemicznym 2020/2021 w porównaniu z poprzednimi sezonami przedstawia Wykres 18.

Wyk. 18 Zapadalność na gripę i podejrzeń grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2020/2021 w porównaniu z poprzednimi sezonami

Źródło: NIZP PZH -PIB



Liczbę zachorowań i podejrzeń zachorowań na gripę w poszczególnych miesiącach sezonów 2019/2020 i 2020/2021 przedstawia Tabela 17.

Szczyt zachorowań w sezonie grypowym 2020/2021 wystąpił w okresie od 1 do 7 listopada 2020 r., w którym zachorowało 68 487 osób (zapadalność wynosiła 25,49/100 000). Dla porównania w sezonie 2019/2020 szczyt zachorowań przypadł na okres od 23 do 29 lutego 2020 r., w którym zachorowało 215 994 osób (zapadalność wynosiła 78,89/100 000).

Stosownie do wymogów European Influenza Surveillance Network (EISN) oraz European Center for Disease Control and Prevention (ECDC) prowadzono zintegrowany program nadzoru epidemiologicznego z uwzględ-

Tab. 17 Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2019/2020 i 2020/2021

Źródło: NIZP PZH -PIB

Miesiąc	Liczba przypadków sezon 2019/2020	Liczba przypadków sezon 2020/2021
Wrzesień	287 047	191 476
Październik	470 598	262 508
Listopad	423 352	242 841
Grudzień	508 435	185 477
Styczeń	544 063	129 041
Luty	821 653	186 773
Marzec	581 802	249 825
Kwiecień	132 530	168 317
Maj	49 961	164 596
Czerwiec	35 510	188 070
Lipiec	43 579	141 117
Sierpień	70 544	121 303
RAZEM	3 969 074	2 231 344

nieniem diagnostyki wirusologicznej typu sentinel. Uczestniczyli w nim wybrani lekarze świadczący podstawową opiekę zdrowotną, stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz Krajowy Ośrodek ds. Grypy NIZP PZH-PIB, pełniący rolę koordynatora. W ramach nadzoru typu sentinel nad grypą lekarze biorący w nim udział przesyłali dane dotyczące zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne wraz z próbkami do badań wirusologicznych dla celów nadzoru.

Dominującymi wariantami grypy w Polsce w sezonie 2020/2021 były wirusy grypy typu A.

Z danych wspólnotowego nadzoru epidemiologicznego nad grypą wynika, iż szczepy wirusa grypy typu A w sezonie 2020/2021 były również dominującymi w Europie. Wirusy grypy typu A wchodziły w skład szczepionek przeciwgrypowych w danym sezonie.

Pomimo iż szczepienia przeciw grypie są jedyną skuteczną i bezpieczną metodą zapobiegania tej chorobie oraz jej powikłaniom, a także pomimo udowodnionej skuteczności i powszechnej dostępności na rynku szczepionek przeciwko grypie sezonowej oraz akcji informacyjnych kierowanych do społeczeństwa, poziom zaszczepienia przeciw grypie w Polsce jest nadal bardzo niski. W sezonie grypowym 2020/2021 zaszczepiło się jedynie 6,03% populacji, był to jednak odsetek wyższy niż w sezonie grypowym 2019/2020, w którym zaszczepiło się 4,12% populacji oraz w sezonie 2018/2019, w którym to zaszczepiło się 3,90% populacji.

Według aktualnych międzynarodowych zaleceń z profilaktyki przeciwgrypowej powinny skorzystać wszystkie osoby chętne, a przede wszystkim osoby z grup ryzyka, np. chorzy przewlekłe, kobiety w ciąży, dzieci i osoby starsze (Program Szczepień Ochronnych na rok 2022, <https://www.gov.pl/web/gis/program-szczepien-ochronnych-na-rok-2022>).

1.5. Gruźlica

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

Gruźlica jest objęta przez WHO celem eliminacyjnym, jakim jest osiągnięcie do roku 2050 liczby zachorowań nieprzekraczającej 1 przypadku na milion mieszkańców. Zapadalność na gruźlicę w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego w 2021 r. była mniejsza niż w latach ubiegłych.

Możliwe przyczyny mogą być związane z niezgłaszaniem się chorych do lekarza, jak również ograniczoną diagnostyką spowodowaną pandemią COVID-19. Niemniej jednak w 2021 r. zaobserwowano nieznaczny wzrost liczby przypadków zachorowań na gruźlicę w porównaniu do 2020 r. – pierwszego roku pandemii COVID-19 na świecie.

W 2021 r. w Polsce zarejestrowano 3 704 zachorowań na gruźlicę (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 9,7), co oznacza 316 przypadków gruźlicy więcej niż w roku poprzednim i 3838 przypadków mniej w porównaniu z rokiem 2012. W 2020 r. zarejestrowano 3 388 zachorowań na gruźlicę (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 8,8), w 2019 r. – 5 321 (zapadalność na 100 tys. mieszkańców – 13,9).

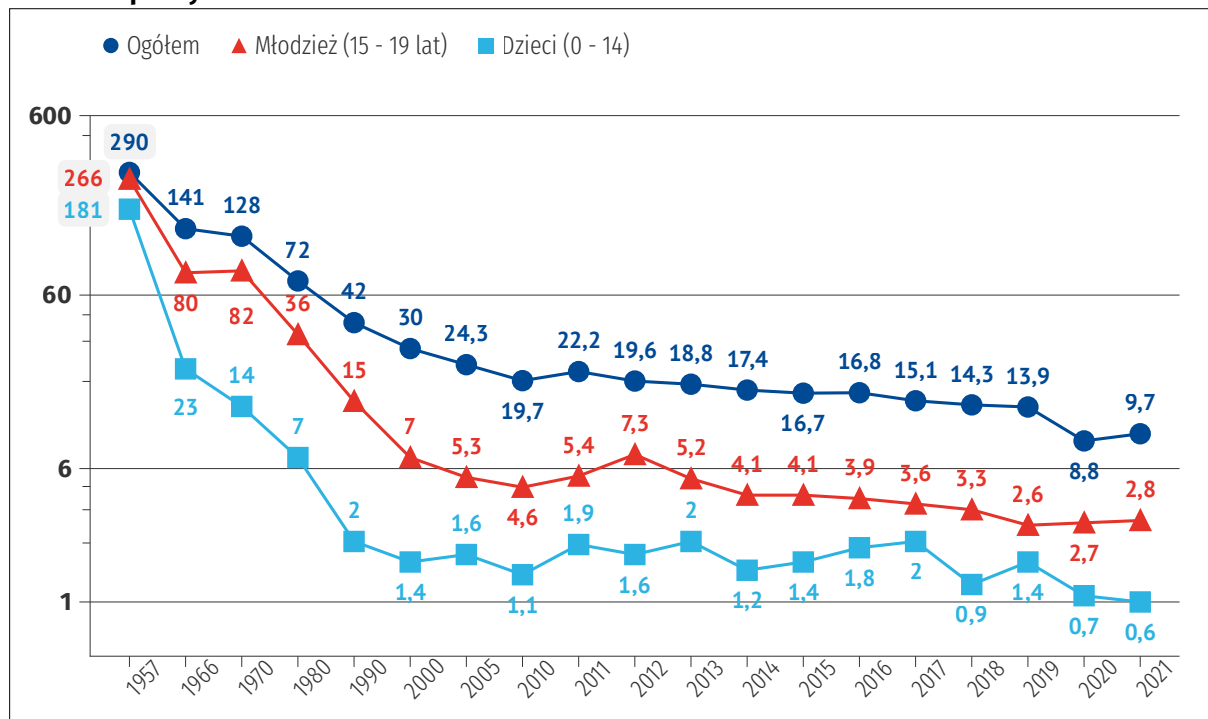
Gruźlicę wywołaną przez prątki odporne na co najmniej 1 lek przeciwpłatkowy stwierdzono u 193 osób. Gruźlicę wielolekooporną stwierdzono u 53 osób.

U dzieci do 14. roku życia w 2021 r. zarejestrowano 37 zachorowań (zapadalność na 100 tys. – 0,6 w 2020 r. – 0,7).

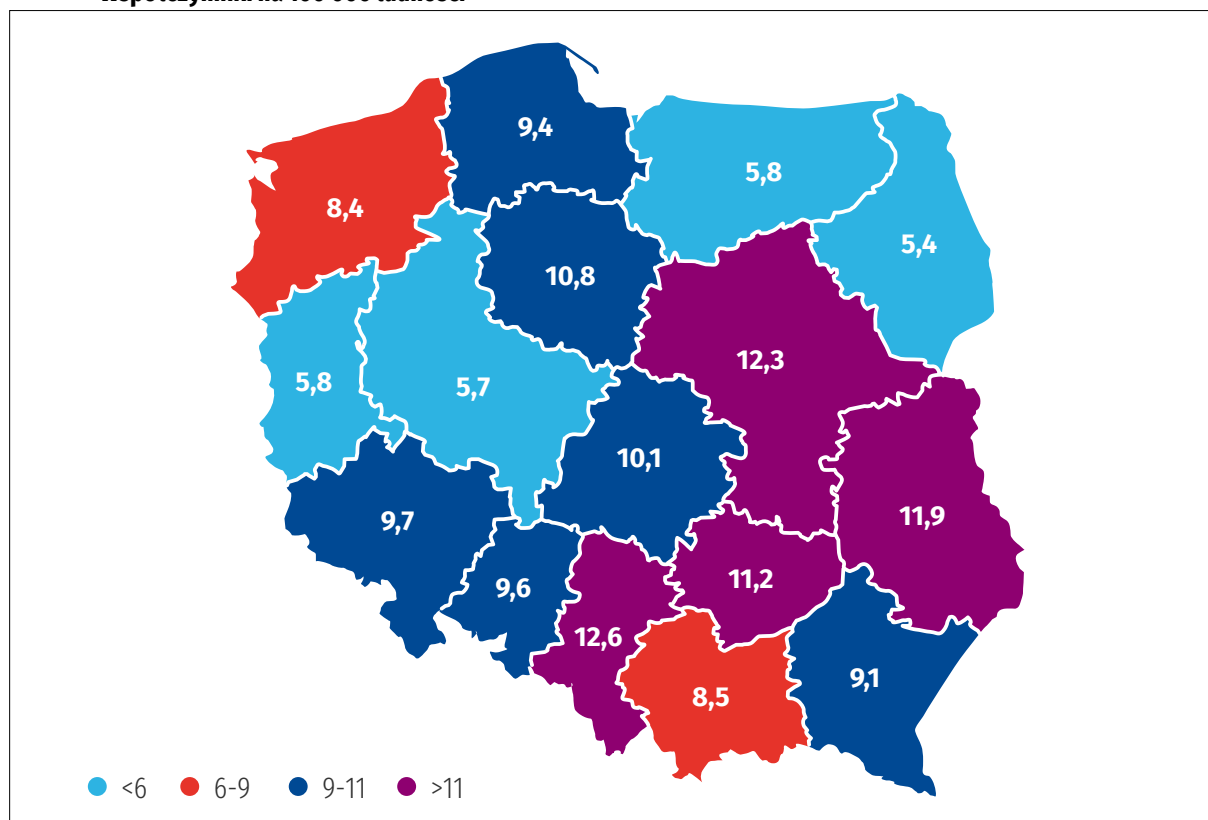
Zmiany w zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci, młodocianych i ogółem w Polsce w latach 1957-2021 przedstawia poniższy wykres.

Znaczne różnice współczynników zapadalności na gruźlicę między województwami, obserwowane od lat, wystąpiły także w roku 2021. W 2021 r. największą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci zarejestrowano w województwach: śląskim, mazowieckim, lubelskim, świętokrzyskim. W województwach: podlaskim, wielkopolskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim współczynniki zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci były najniższe w całym kraju. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2021 r. wg województw przedstawiono na poniższej mapie.

Wyk. 19 Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodzieży w Polsce w latach 1957-2021. Współczynniki na 100 000 ludności



Wyk. 20 Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2021 roku wg województw. Współczynniki na 100 000 ludności





W 2021 r. spadek zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci w porównaniu z rokiem poprzednim wystąpił w następujących województwach: lubuskim, warmińsko-mazurskim, lubelskim, wielkopolskim, małopolskim, zachodniopomorskim, świętokrzyskim, podlaskim. Natomiast współczynnik zapadalności większy niż w roku 2020 stwierdzono w województwie śląskim, kujawsko-pomorskim, pomorskim, opolskim, mazowieckim, podkarpackim, dolnośląskim i łódzkim.

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

W 2021 r. najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc, która stanowiła 95,9% (w 2020 r – 95,5%) wszystkich zachorowań. W 2021 r. zarejestrowano 3 553 przypadki gruźlicy płuc (w 2020 r. – 3 388). Chorzy tylko na gruźlicę pozapłucną stanowili 4,1% ogółu chorych – 151 przypadków (podobnie było w 2020 r. – 151 przypadków stanowiących 4,5% ogółu chorych).

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

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

Swoistą metodą zapobiegania gruźlicy jest stosowane od 80 lat szczepienie BCG, które zapobiega wystąpieniu u niemowląt ciężkich i śmiertelnych postaci klinicznych gruźlicy, takich jak gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz gruźlica rozsiana (prosówka). Szczepienia te wykonywane są zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych u noworodków przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego. W roku 2021 zaszczepiono ogółem 305 509 noworodków, co stanowiło 92,2% ogółu dzieci żywo urodzonych.

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

2. Choroby przenoszone drogą pokarmową

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

2.1. Zakażenia bakteryjne

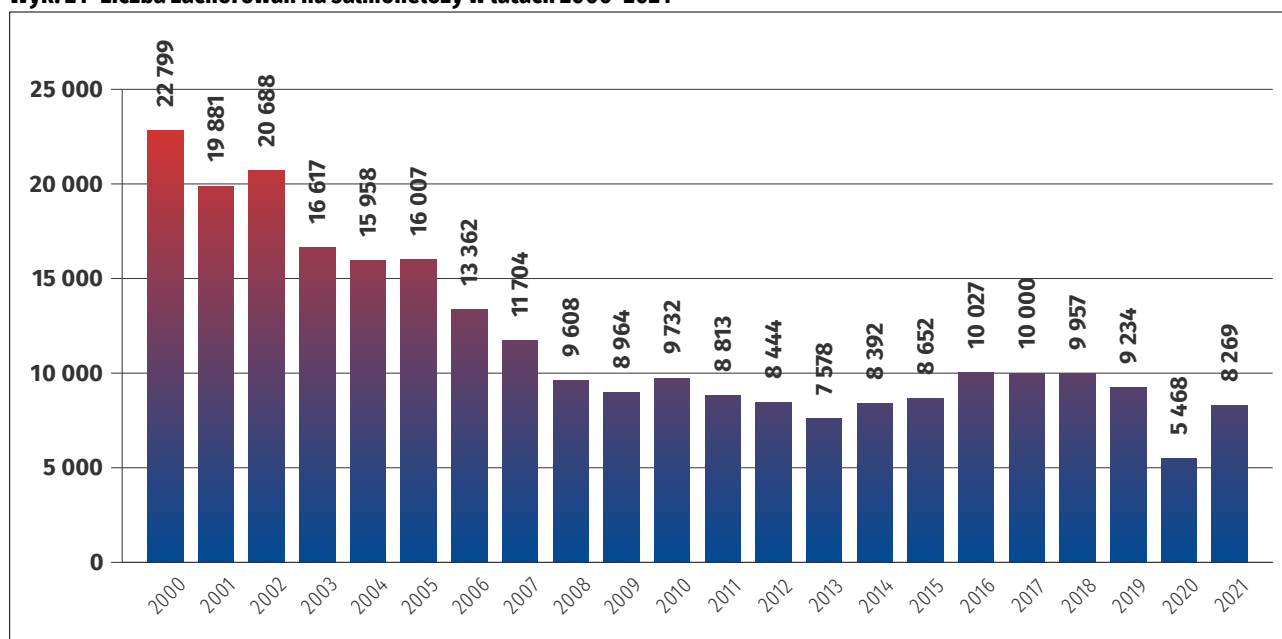
W Polsce wśród przyczyn zatruc pokarmowych nadal najczęstszą jest zakażenie wywołane odzwierzęcymi pałeczkami jelitowymi *Salmonella*. W 2021 r. potwierdzono 8 269 zachorowań wywołanych tą bakterią (w tym 7 975 zatruc pokarmowych). Jest to więcej niż w roku poprzednim, w którym odnotowano 5468 przypadków (w tym 5 300 zatruc pokarmowych), niemniej należy mieć na uwadze, iż w roku 2021 liczba zachorowań na wszystkie choroby zakaźne, poza COVID-19, była mniejsza niż w latach ubiegłych z uwagi m.in. na ograniczone kontakty społeczne.

Najczęstszym źródłem ognisk zbiorowych zatruc i zakażeń pokarmowych są skażone: mleko i inne produkty nabiałowe, gotowe dania (gotowe potrawy/gotowe posiłki), jaja oraz produkty je zawierające, mięso wieprzowe i drobiowe, owoce morza oraz wtórnie zanieczyszczona żywność pochodzenia roślinnego. Chorobotwórcze dla człowieka bakterie powszechnie występują w przewodach pokarmowych zwierząt i w czasie procesu produkcyjnego może dochodzić do zanieczyszczenia mięsa. Nieodpowiednia obróbka termiczna żywności (niewłaściwa temperatura, zbyt krótki czas obróbki), niewłaściwe warunki przechowywania żywności, w tym nieprzestrzeganie warunków chłodzenia, a także zanieczyszczenie krzyżowe podczas przechowywania i przygotowywania potraw może prowadzić do zakażenia na człowieka. Liczbę zachorowań na salmonelozę w latach 2000–2021 przedstawia wykres 21.

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

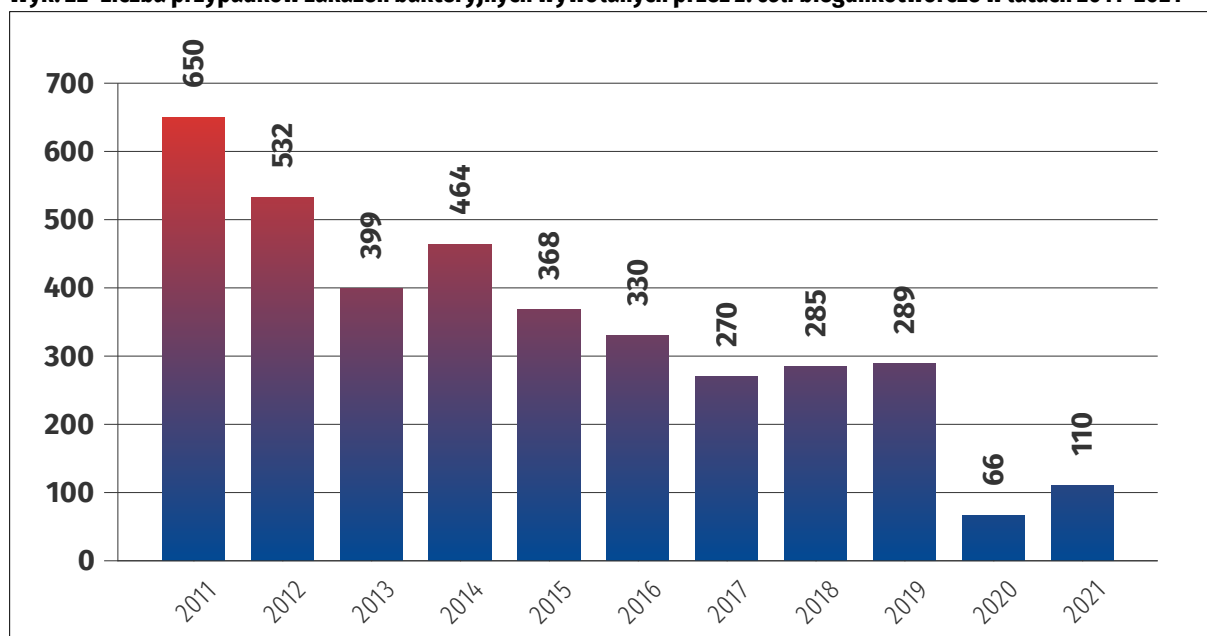
Bakterie te mogą być przenoszone z człowieka na człowieka przy niezachowaniu zasad higieny osobistej i higieny otoczenia. Patogeny te mogą również powodować skażenie żywności podczas jej niewłaściwego przechowywania, przygotowywania lub produkcji.

Wyk. 21 Liczba zachorowań na salmonelozę w latach 2000–2021



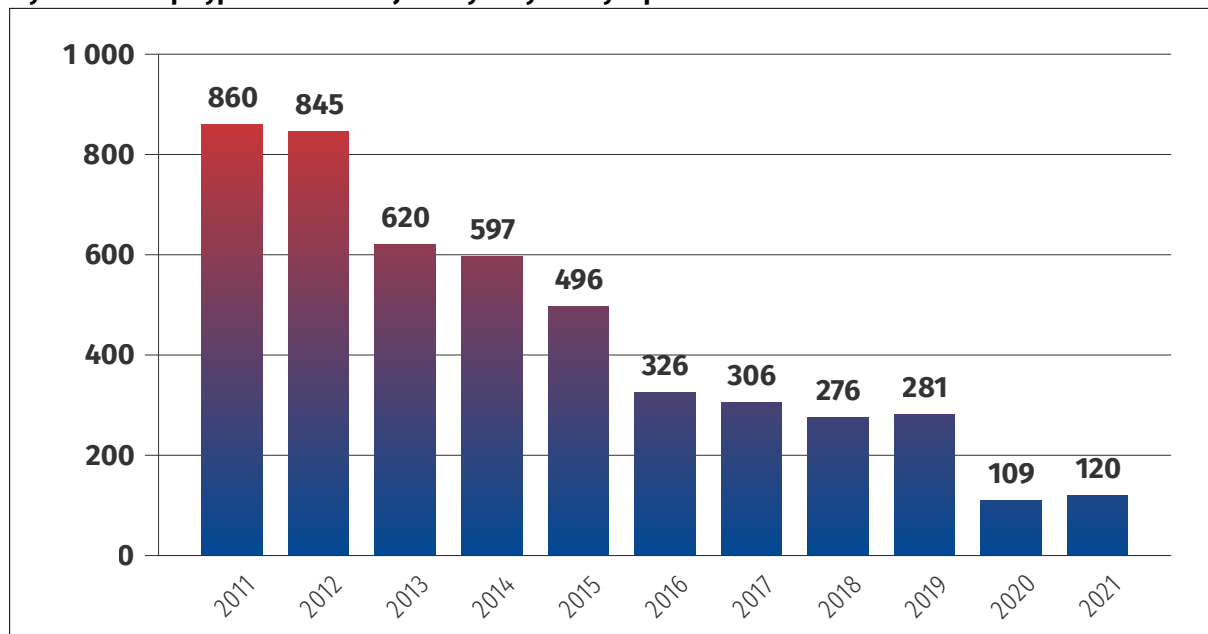
W latach 2011–2021 zakażenia wywołane przez enterokrwotoczne *E.coli* – EHEC utrzymywały się na poziomie kilku przypadków rocznie (2011 r. – 5 przypadków, 2012 r. – 5 przypadków, 2013 r. – 8 przypadków, 2014 r. – 8 przypadków, 2015 r. – 2 przypadki, 2016 r. – 8 przypadków, 2017 r. – 6 przypadków, 2018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

Liczba zakażeń bakteryjnych wywołanych przez *E. coli* biegunkotwórcze wykazuje trend malejący (2011 r. – 650, 2012 r. – 532, 2013 r. – 399, 2014 r. – 464 przypadki, 2015 r. – 368 przypadków, 2016 r.– 330 przypadków, 2017 r. – 270 przypadków, 2018 r. – 285 przypadki, 2019 r. – 289 przypadków, 2020 r. – 66 przypadków, 2021 r. – 110).

Wyk. 22 Liczba przypadków zakażeń bakteryjnych wywołanych przez *E. coli* biegunkotwórcze w latach 2011–2021

Liczba zakażeń jelitowych *E.coli* inna i bliżej nieokreślone również maleje (2011 r. – 860, 2012 r. – 845, 2013 r. – 620, 2014 r. – 597 przypadków, 2015 r. – 496 przypadków, 2016 r. – 326 przypadków, 2017 r. – 306 przypadków, 2018 r. – 276 przypadków, 2019 r. – 281 przypadków, 2020 r. – 109 przypadków, 2021 r. – 120).

Wyk. 23 Liczba przypadków zakażeń jelitowych wywołanych przez inne lub nieokreślone *E. coli* 2011-2021 r.



2.2. Kampanylobakterioza i jersinioza

W 2021 r. w Polsce zarejestrowano 644 zachorowania wywołane przez bakterie *Campylobacter* sp. Dla porównania w 2020 r. odnotowano 418 przypadków zakażenia jelitowego wywołanego przez ten drobnoustrój, w 2019 r. – 720, w 2018 r. – 726, w 2017 r. – 874, w 2016 r. – 787 przypadki kampanylobakteriozy, a w 2015 r. – 653. W 2021 r. zauważalny jest wzrost liczby zachorowań na kampanylobakteriozę w porównaniu do 2020 r. – pierwszego roku pandemii w Polsce. Głównym nośnikiem chorobotwórczych dla człowieka bakterii *Campylobacter* sp. są skażone: surowy (niedogotowany/niedopieczony) drób lub inne mięso, niepasteryzowane mleko krowie i kozie oraz ich przetwory.

W zakresie zakażeń wywołanych przez pałeczki z rodzaju *Yersinia* na przestrzeni ostatnich lat notowane były następujące liczby zakażeń: 147 przypadków w 2021 r., 94 przypadki w 2020 r. (spadek spowodowany pandemią COVID-19), 197 przypadków w roku 2019, 170 przypadków w 2018 r.

2.3. Czerwonka bakteryjna (szigelozja)

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

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

W latach 2019 r. (37 przypadków), 2020 r. (12 przypadków), 2021 r. (18 przypadków) nastąpił powrót do trendu niskiej zachorowalności.

Liczbę zachorowań na czerwonką w latach 2009–2019 przedstawia tabela nr 18.

Tab. 18 Liczbę zachorowań na czerwonką w latach 2009–2021

Źródło: opracowanie własne (GIS)

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Liczba przypadków w Polsce	30	30	18	13	19	44	18	15	44	284	37	12	18

* Wstępne dane, które mogą ulec zmianie

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

2.4. Dur brzuszny i dury rzekome oraz gronkowcowe zatrucia pokarmowe

Zakażenia pałeczkami durowymi od wielu lat występują na niezmiennie niskim poziomie i głównie u osób powracających z regionów, gdzie pałeczki duru nadal powszechnie występują w środowisku. W 2021 r. i w 2020 r. nie zarejestrowano żadnego przypadku duru brzuszego. Przyczyny należy upatrywać w ograniczeniu podróży zagranicznych spowodowanych pandemią COVID-19 na świecie (w 2019 r. – 3 zachorowania, w 2018 r. – 2 zachorowania, w 2017 r. – 7 zachorowań, w 2016 r. – 2 zachorowania, 2015 r. – 4 zachorowania). W 2021 r. odnotowano 2 zachorowania na dur rzekomy (w 2020 r. – 0 zachorowań, w 2018 r. – 6 zachorowań, w 2017 r. – 2 zachorowania, w 2016 r. – 2 zachorowania, w 2015 r. – 5 zachorowań).

W 2021 r. i w 2020 r. odnotowano po 4 przypadki gronkowcowych zatruc pokarmowych (w 2019 r. – 13 przypadków, w 2018 r. – 66 przypadków, w 2017 r. – 54 przypadki, w 2016 r. – 37 przypadków, w 2015 r. – 98 przypadków). W przypadku tego rodzaju zatrucia za objawy odpowiada enterotoksyna, która jest produkowana przez bakterie znajdujące się w skażonej żywności. Żywnością najczęściej powiązaną z przypadkami zatruc toksyną gronkowcową są mięso czerwone, mięso drobiowe i jego przetwory, a także ciasta, sałatki i produkty mleczne oraz żywność garmażeryjna, która szczególnie narażona jest na kontaminację enterotoksycznymi szczepami *S. aureus*, ze względu na wielokrotny kontakt z dłońmi pracowników podczas jej przygotowywania i sprzedaży. Charakterystycznymi cechami gronkowcowego zatrucia pokarmowego są krótki okres inkubacji (od 30 minut do 8 godzin) oraz gwałtowny przebieg.

2.5. Listerioza

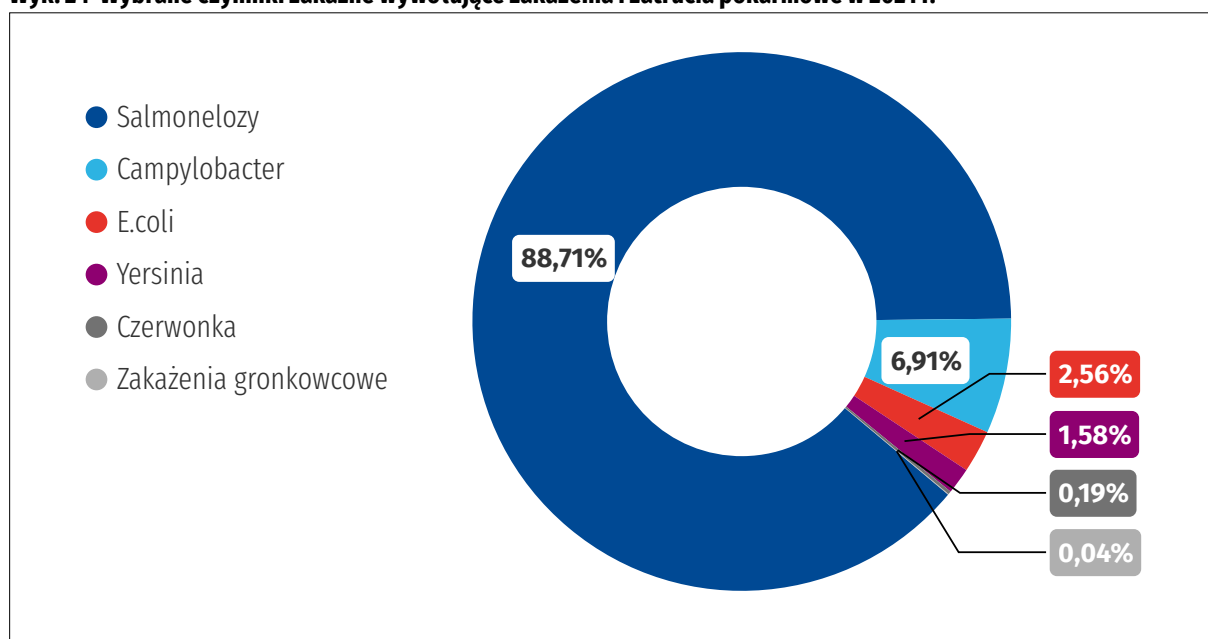
Listerioza to zakażenie wywołane przez bakterię *Listeria monocytogenes*. Warunki chłodnicze, krótka pasteryzacja czy mrożenie nie chronią żywności przed namnożeniem się tej bakterii w żywności. Do zakażenia człowieka dochodzi poprzez spożycie żywności skażonej tym drobnoustrojem, głównie: wieprzowiny,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

W Polsce w 2021 r. zarejestrowano ogółem 116 przypadków listeriozy, w tym 1 przypadek listeriozy wrodzonej. Dla porównania w Polsce w 2020 r. zarejestrowano ogółem 58 przypadków, w tym 6 przypadków liste-



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

Wyk. 24 Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2021 r.

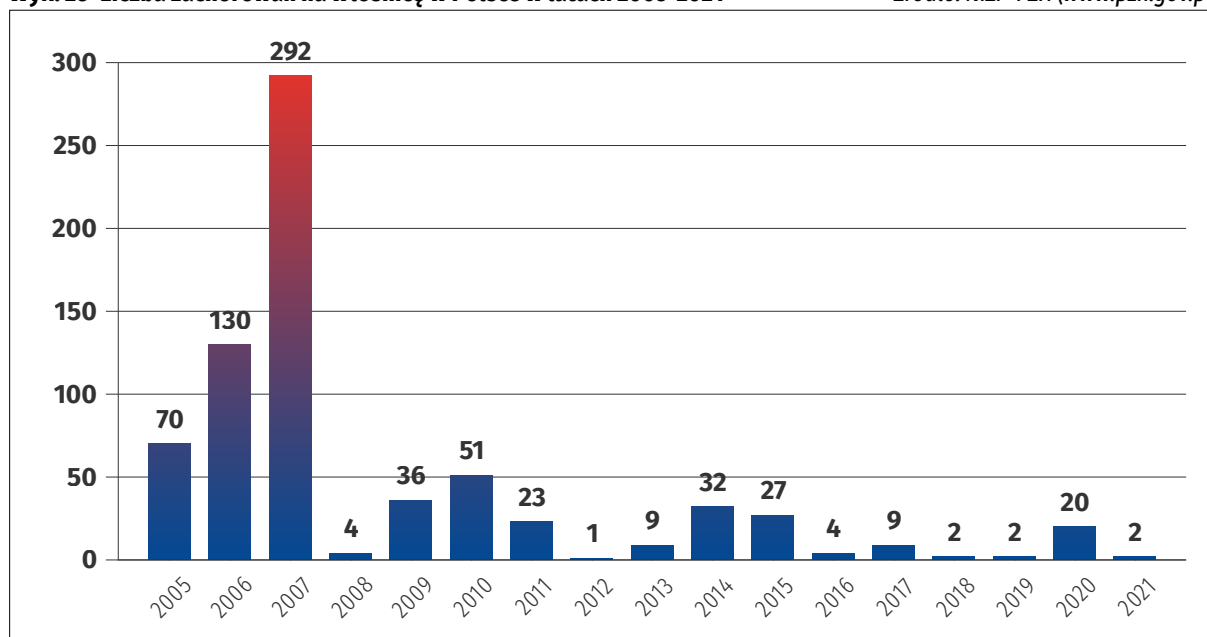


2.6. Włośnica

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

Wzrost liczby zachorowań na włośnicę na przestrzeni ostatnich lat przyjmował charakter cykliczny z tendencją do tworzenia epidemii. W latach 2005, 2006 i 2007 na terenie Polski miały miejsce duże ogniska epidemiczne włośnicy. Także w 2014 r. wystąpiły dwa ogniska, a łącznie odnotowano 32 zachorowania. W 2021 r. odnotowano 2 przypadki włośnicy u ludzi (2020 r. – 20; 2019 r. – 2; w 2018 r. – 2; w 2017 r. – 9; w 2016 r. – 4; 2015 r. – 27).

Wyk. 25 Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2021

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)

2.7. Zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm)

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

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

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

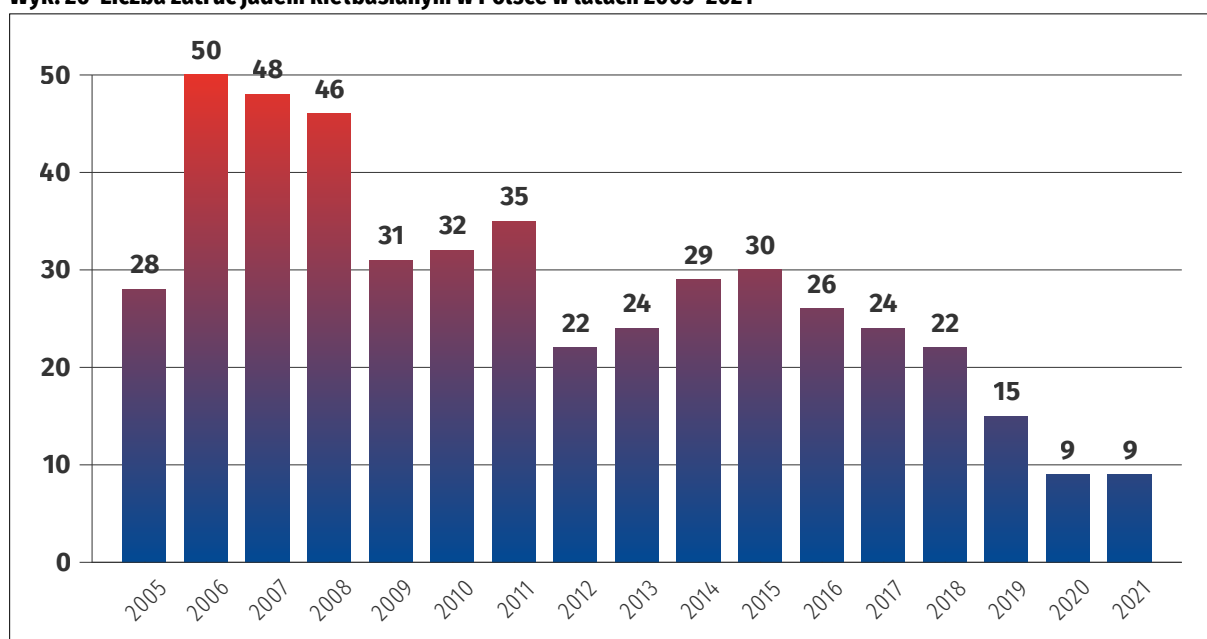
W Polsce co roku rejestruje się kilkadziesiąt przypadków zatruc pokarmowych jadem kiełbasianym (botulizm). Jest to związane z tradycją konserwowania pokarmów metodami domowymi (sporządzanie weków). Przeprowadzone w sposób nieprawidłowy, bez zachowania zasad higieny procesy konserwowania prowadzą do produkcji toksyny przez namnażające się w żywności bakterie *Clostridium botulinum*. W Polsce są to najczęściej przypadki spowodowane spożyciem źle przygotowanych w warunkach domowych lub nieświeżych przetworów mięsnych (kiełbasy, peklowanego mięsa, także ryb), weków z warzyw o małej kwasowości, takich



jak: zielony groszek, kukurydza, oliwki, grzyby, szpinak, buraki. Corocznie notuje się wyłącznie kilkadziesiąt przypadków zachorowań, co jest wynikiem nadzoru nad przestrzeganiem przez firmy produkujące żywność systemu HACCP (ang. Hazard analysis and critical control points), zasad GHP (ang. Good Hygiene Practice) oraz przepisów prawnych i wytycznych wskazujących zasady bezpieczeństwa przy produkcji żywności na każdym etapie łańcucha produkcyjnego, co przyczynia się do poprawy jakości żywności konserwowanej.

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

Wyk. 26 Liczba zatruć jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005–2021



3. Zakażenia wirusowe

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

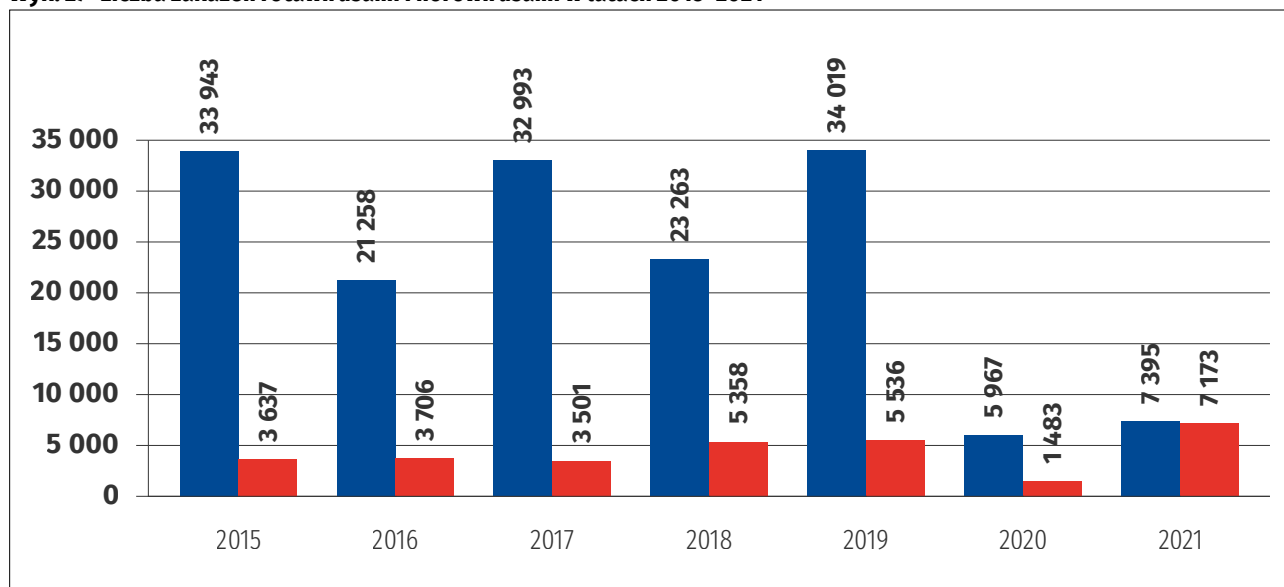
3.1. Zakażenia rotawirusowe

W 2021 r. zarejestrowano 23 317 wirusowych zakażeń przenoszonych drogą pokarmową (w 2020 r. zgłoszono 14 450 przypadków zakażeń, w 2019 r. – 62 333, zaś w 2018 r. – 48 577 przypadków), w większości wywołanych przez *rotawirusy* (2021 r. – 7395 przypadków, 2020 r. – 5967 przypadki, 2019 r. – 34 019 przypadków, w 2018 r. – 23 263 przypadki, w 2017 r. – 32 993 przypadki, 2016 r. – 21 258 przypadków, 2015 r. – 33 943 przypadki). Zakażenia rotawirusowe, szerząc się przez kontakt bezpośredni i pośredni, są najczęstszą przyczyną biegunek i zakażeń pokarmowych u dzieci do lat 2.

3.2. Zakażenia norowirusowe

Drugą w kolejności najczęstszą przyczyną zakażeń pokarmowych o etiologii wirusowej są zakażenia norowirusowe (2021 r. – 7 173 przypadki, 2020 r. – 1 483 przypadki, 2019 r. – 5 536 przypadków, 2018 r. – 5 358 przypadków, 2017 r. – 3 501 przypadków, 2016 r. – 3 706 przypadków, 2015 r. – 3 637 przypadków).

Wyk. 27 Liczba zakażeń rotawirusami i norowirusami w latach 2015–2021



3.3. Wirusowe zapalenie wątroby typu A

Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu A (HAV) jest na całym świecie przyczyną 1,4 mln przypadków ostrego WZW typu A rocznie. Zachorowania występują endemicznie na całym świecie, szczególnie na obszarach o złym stanie sanitarnym. W krajach o niskim statusie sanitarnym do większości zakażeń dochodzi w dzieciństwie i z tego względu przebiegają one bezobjawowo. W krajach europejskich zachorowania występują najczęściej u osób dorosłych i mają przebieg objawowy. Zakażenia są najczęściej wynikiem pojedynczych zawleczeń z zagranicy, ale mogą też przybierać postać dużych ognisk. Długi okres wylęgania (1-2 mies.), a przede wszystkim intensywne wydalanie wirusa z układu pokarmowego już w okresie 14-21 dni poprzedzających wystąpienie objawów chorobowych, uniemożliwia szybkie wykrycie osób zakażonych i sprzyja „cichemu” rozszerzaniu się ognisk.

Do 1978 r. Polska była krajem endemiczności wysokiej (ok. 50 tys. zachorowań rocznie). Stopniowo następowała poprawa sytuacji epidemiologicznej, a po 1997 r. Polska należy do krajów o niskiej endemiczności WZW typu A. Wiąże się to w dużej mierze z powszechnym dostępem do bieżącej wody, urządzeń sanitarnych, upowszechnieniem kanalizacji oraz prowadzonym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorem nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Nadzór ten dotyczy kontroli przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne przez: przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne oraz podmioty dostarczające lub wykorzystujące wodę pochodzącą z indywidualnych ujęć w ramach działalności gospodarczej lub w budynkach użyteczności publicznej, budynkach zamieszkania zbiorowego, lub w podmiotach działających na rynku spożywczym, wykorzystujących wodę.

W 2017 r. wystąpił jednak znaczący wzrost liczby zachorowań na WZW typu A. Zgodnie z danymi NIZP PZH-PIB odnotowano łącznie 3006 przypadków, tj. ponad 80-krotnie więcej w porównaniu z rokiem 2016, kiedy stwierdzono 35 przypadków. Wyraźne narastanie liczby zakażeń obserwowano od marca 2017 r. W roku 2018 zarejestrowano 1455 przypadków WZW typu A, tj. ponad 40-krotnie więcej w porównaniu z rokiem 2016, ale równocześnie ponad dwukrotnie mniej w porównaniu z 2017 r. W 2019 r. liczba zgłoszonych przypadków WZW typu A wyniosła 1066, w 2020 r. – 111 przypadków, a w 2021 r. obserwujemy dalszy wyraźny spadek – do 90 przypadków, co sugeruje powrót do sytuacji sprzed 2017 r.

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

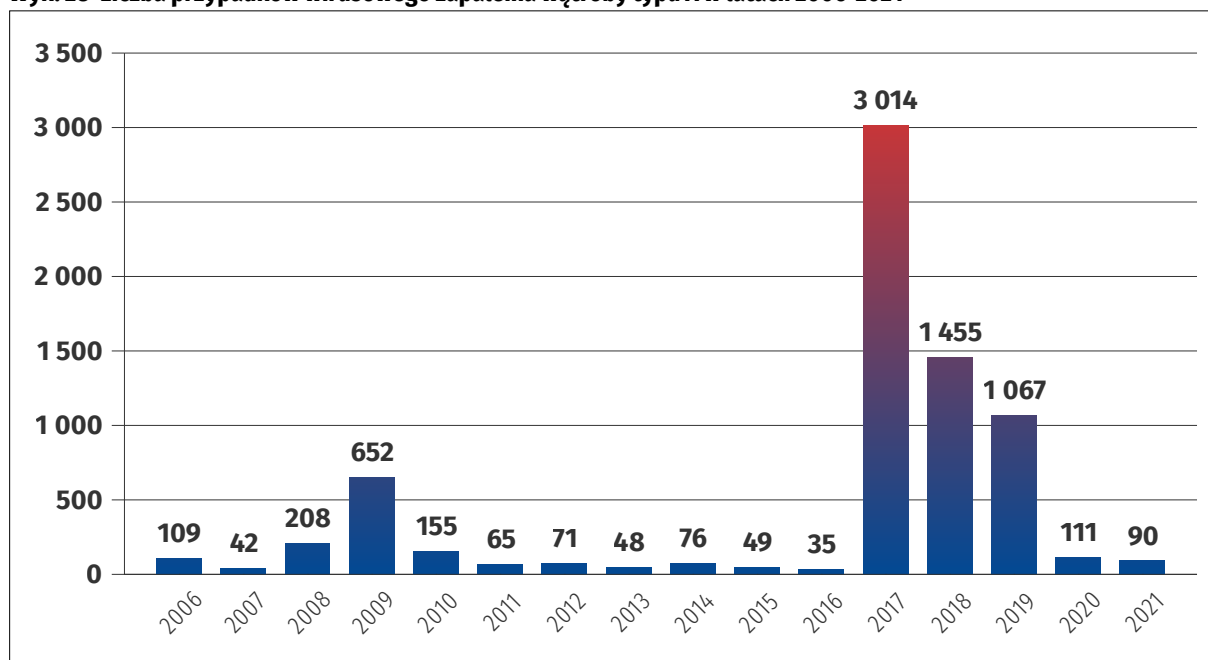
W przypadku WZW A istnieje skuteczna profilaktyka (szczepienia ochronne). Zgodnie z *Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych* szczepienie przeciwko WZW A jest zalecane szczególnie osobom wyjeżdżającym do krajów o wysokiej i pośredniej endemiczności zachorowań



na WZW A, osobom zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności, usuwaniu odpadów komunalnych i płynnych nieczystości oraz przy konserwacji urządzeń służących temu celowi, a także dzieciom w wieku przedszkolnym, szkolnym oraz młodzieży, które nie chorowały na WZW A. Szczepienie przeciw WZW A, jako szczepienie zalecane, nie jest finansowane ze środków MZ.

Liczbę zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A w latach 2006–2021 przedstawia wykres 28.

Wyk. 28 Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006-2021



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

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

4. Choroby krwiopochodne

4.1. Wirusowe zapalenie wątroby typu C

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że na świecie żyje około 58 milionów osób z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C, a co roku odnotowuje się 1,5 miliona nowych zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV). Znaczna liczba osób przewlekłe zakażonych HCV rozwija marskość lub raka wątroby, co jest nierzadko przyczyną zgonów. W 2019 r. odnotowano 290 tys. zgonów z powodu pierwotnego raka wątroby wywołanego przez HCV. Dostępne obecnie leki przeciwwirusowe są bardzo skuteczne i mogą wyleczyć ponad 95% osób z zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, zmniejszając tym samym ryzyko zgonu z powodu tych ciężkich i odległych powikłań.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C), określane również jako zakażenie wirusem HCV, stanowi jeden z priorytetów zdrowia publicznego na świecie w obszarze chorób zakaźnych, o czym świadczy przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia w 2016 r. Strategia *Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021*¹, której głównym celem jest, aby WZW nie stanowiło w roku 2030 istotnego problemu zdrowia publicznego na świecie. Cel ten ma zostać osiągnięty poprzez ograniczenie przenoszenia wirusów WZW, zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu WZW oraz zapewnienie wszystkim równego dostępu do kompleksowej profilaktyki, a dla osób zakażonych, rekomendowanej diagnostyki i leczenia. Celem do osiągnięcia w skali globalnej w okresie 2016–2030 jest 90% redukcja zapadalności i 65% redukcja umieralności.

W Polsce, zgodnie z meldunkami o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce, udostępnianymi przez NIZP-PZH PIB, w latach 2009–2012 odnotowywano ok. 2000 zachorowań na WZW C rocznie, natomiast w latach 2013 do 2019, co roku na terytorium naszego kraju rozpoznano między 3000 a 4000 zachorowań na WZW C. 95% zachorowań to postaci przewlekłe. W 2019 r. w Polsce zgłoszono 3 343 przypadki WZW C, w tym 64 postaci ostre i 3279 przewlekłych. W 2020 r. odnotowano 10 przypadków ostrego WZW C oraz 945 przypadków przewlekłych. Z kolei w 2021 r. odnotowano 15 przypadków ostrego WZW C oraz 1 232 przypadki przewlekłe (dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie). Choć na przestrzeni lat odnotowuje się w Polsce spadek liczby zgonów związanych z WZW C, to liczba zachorowań (pomijając rok 2020 i 2021) utrzymuje się na podobnym poziomie, co może oznaczać, że pomimo dotychczasowych metod testowania osób objawowych i ich leczenia w ramach populacji ogólnej, nadal problemem w zakresie rozpoznania i leczenia pozostają grupy zmarginalizowane (gł. użytkownicy narkotyków), wśród których rozpowszechnienie zakażeń HCV, ale także innych zakażeń przenoszonych drogą krwiopochodną, jest znaczące, a którzy mają ograniczony dostęp do systemu opieki zdrowotnej.

Do zakażenia HCV dochodzi poprzez kontakt z zakażoną krwią (wirus znajduje się w krwi i tkankach nosiciela) lub kontakt z przedmiotami, które zostały nią zanieczyszczone, wyłącznie w przypadku przerwania ciągłości tkanek, np. nakłucia, rozcięcia skóry lub błony śluzowej, wówczas gdy w czasie ich wykonywania nie są prze-

¹ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246177>

strzegane standardy higieniczno-sanitarne. Zakażenie HCV może wystąpić także w warunkach domowych, gdy członkowie rodziny, najczęściej nieświadomi zakażenia, używają wspólnych przyborów higienicznych (np. maszynek do golenia, cążków do paznokci, szczoteczek do zębów). Zagrożenie ze strony HCV może pojawić się także przy zabiegach poprawiających urodę przebiegających z nakłuwaniem skóry/błon śluzowych ciała i twarzy (np. mikrodermabrazja, usuwanie zmarszczek, botoks), w czasie zabiegów typu tatuaż, piercing oraz w czasie usług kosmetycznych w rodzaju manicure, pedicure, które przeprowadzone niejałowym sprzętem i niezgodnie z procedurami higienicznymi niosą istotne ryzyko zakażenia HCV, a także HBV czy HIV. Istotne zagrożenie niesie również wielokrotne i przez wiele osób stosowanie zanieczyszczonych krwią osoby zakażonej sprzętów do przyjmowania środków odurzających czy też niebezpieczne praktyki seksualne.

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

Państwowa Inspekcja Sanitarna podejmuje działania w zakresie uregulowań prawnych, jak i w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie sterylizacji narzędzi i dezynfekcji pomieszczeń oraz urządzeń. W Polsce temat zakażeń HCV jest od co najmniej kilkunastu lat obecny w przestrzeni publicznej dzięki zaangażowaniu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w programy takie jak: „HCV można pokonać” w latach 2005–2006, „STOP! HCV” w latach 2010–2011, oraz Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” w latach 2012–2017 współfinansowany ze



środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy i Ministra Zdrowia. Dzięki temu intensyfikacji uległy także działania informacyjne i edukacyjne z zakresu profilaktyki HCV, prowadzone na poziomie centralnym i poszczególnych województw, powiatów i gmin.

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

Dzięki platformie e-learningowej <http://www.hcv.pzh.gov.pl/Page/platforma-e-learningowa-1> personel medyczny, jak i personel sektora usług upiększających może poszerzyć wiedzę z zakresu możliwości przeciwdziałania transmisji zakażeń HCV, HBV, HIV w związku ze świadczonymi usługami i zabiegami, z możliwością wygenerowania certyfikatu potwierdzającego zdobytą wiedzę.

W roku 2021 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały działania, choć były one ograniczone z uwagi na epidemię zakażeń SARS-CoV-2 oraz znacznym zaangażowaniem sił i środków w działania przeciwepidemiczne, a także w związku z okresowo wprowadzanymi przepisami prawa dot. obostrzeń sanitarnych, które były powodem ograniczeń w prowadzeniu wszelkiej działalności. Dlatego też działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej skoncentrowały się przede wszystkim na aktywności informacyjno-promocyjnej i wymianie doświadczeń i dobrych praktyk z wykorzystaniem narzędzi komunikacji na odległość

W 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej kontynuowały dystrybucję materiałów opracowanych w ramach Projektu KIK/35. Były to zarówno ulotki i plany higieny, jak i materiały, także multimedialne.

Materiały były dystrybuowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podczas realizacji bieżących zadań ustawowych z zakresu zdrowia publicznego. Rozdystrybuowano w różnych grupach i środowiskach tysiące ulotek, plakatów, materiałów informacyjno-edukacyjnych. Organizowano pokazy materiałów multimedialnych, eventy tematyczne, punkty informacyjne podczas lokalnych imprez i akcji zdrowotnych. Przeprowadzono szkolenia z zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego i pogadanki podczas działań kontrolnych.

Profilaktyka zakażeń HCV znalazła w 2021 r. kontynuację w ramach lokalnych inicjatyw, np.: akcja prozdrowotna Światowy Dzień Wirusowych Zapaleń Wątroby, Światowy Dzień Zdrowia, Europejski Tydzień Szczepień, Mam Świadomość jak być zdrowym, podczas Kampanii #SzczepimySię, w ramach Europejskiego Tygodnia Testowania na HIV.

Także nawiązane we wcześniejszych latach partnerstwa ze szkołami i placówkami edukacyjnymi funkcjonowały w 2021 r. jako pogadanki dla dzieci i młodzieży na temat profilaktyki zakażeń wirusami HCV, HBV i HIV (programy „Podstępne WZW” i „Krajowy Program Zapobiegania Zachorowaniom HIV i AIDS”). Nawiązano również współpracę z lokalnymi mediami. Partnerstwa były kontynuowane poprzez dalszą realizację działalności edukacyjnej we współpracy z podmiotami samorządowej administracji publicznej, ośrodkami kultury czy ośrodkami sportu i rekreacji.

5. Choroby odzwierzęce

Nadzór nad chorobami odzwierzęcymi (zoonozami) w Polsce realizuje Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z Inspekcją Weterynaryjną. Obowiązujące jest Porozumienie ramowe o współdziałaniu i współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej i organów Inspekcji Weterynaryjnej, zawarte pomiędzy Głównym Inspektorem Sanitarnym a Głównym Lekarzem Weterynarii. Współpraca odbywa się na podstawie obowiązujących przepisów prawa².

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

Od wielu lat przyczyną wystąpienia większości zoonoz jest spożycie pokarmów pochodzenia zwierzęcego, zanieczyszczonych chorobotwórczymi dla ludzi bakteriami odzwierzęcymi (salmonelozą odzwierzęcą, kampylobakteriozą, jersiniozą, listeriozą). Sytuację epidemiologiczną tych chorób opisano w punkcie poświęconym chorobom przenoszonym drogą pokarmową.

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

W Polsce sytuację epidemiologiczną chorób odzwierzęcych w 2021 r. należy uznać za stabilną. Nie stwierdzono zauważalnych oraz nietypowych wzrostów zachorowań w stosunku do lat poprzednich, a cykliczne zmiany w liczbie stwierdzanych przypadków zoonoz są zgodne z wieloletnimi trendami obserwowanymi wcześniej.

5.1. Borelioza

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

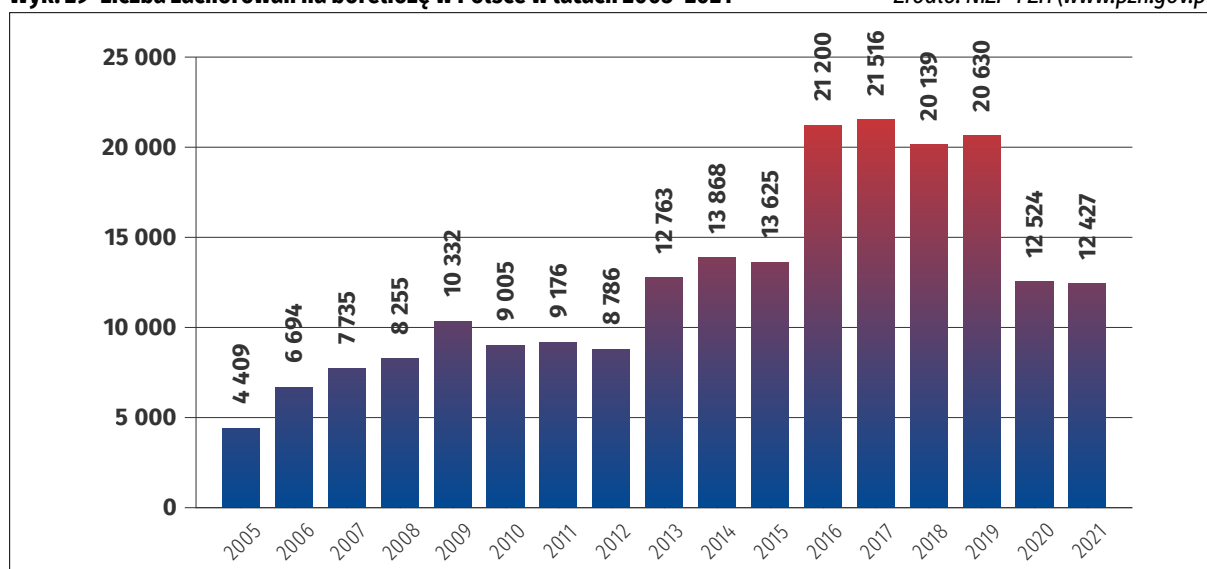
2 a) ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
 b) ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt
 c) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 listopada 2021 r. w sprawie współpracy organów Inspekcji Weterynaryjnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, Inspekcji Transportu Drogowego, Inspekcji Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych oraz jednostek samorządu terytorialnego przy zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt, w tym chorób odzwierzęcych
 d) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przeniesione ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta
 e) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta

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

W 2021 r. odnotowano 12 427 zachorowań na boreliozę, podobnie jak w 2020 r. kiedy zarejestrowano 12 524 przypadki tej choroby, przy zapadalności 32-33/100 tys. mieszkańców (dane są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie). Dane te są wynikiem epidemii zakażeń SARS-CoV-2 i jej szerokich konsekwencji w dostępie do leczenia, diagnostyki chorób czy też zdecydowanej zmiany (ograniczenia) aktywności ludzi. Dla porównania, w 2019 r. w Polsce, odnotowano 20 630 przypadków boreliozy, przy zapadalności 53,74/100 tys. mieszkańców. W latach 2016–2018 liczba zgłaszanych przypadków boreliozy utrzymywała się także na podobnym poziomie 20–22 tys. przypadków rocznie. Do roku 2012 liczba zgłoszonych przypadków boreliozy nie przekraczała 10 tys. zachorowań rocznie.

Wyk. 29 Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005–2021

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)



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

5.2. Kleszczowe zapalenie mózgu

Kleszczowe zapalenie mózgu to ostra choroba wirusowa, która często wiąże się z powikłaniami neurologicznymi. Źródłem infekcji jest ukąszenie przez zakażonego kleszcza. Przyczyną zakażenia może być również spożycie niepasteryzowanego mleka zakażonego zwierzęcia (zwierzęta nie wykazują objawów chorobowych). W Polsce liczba zachorowań na kleszczowe zapalenie wahała się na przestrzeni ostatnich lat od 150 do ponad 250 przypadków rocznie. W 2021 r. zarejestrowano 212 przypadków kleszczowego zapalenia mózgu, a w 2020 r. odnotowano 158 zachorowań, zaś w 2019 r. zarejestrowano 265 przypadków.

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

5.3. Wścieklizna

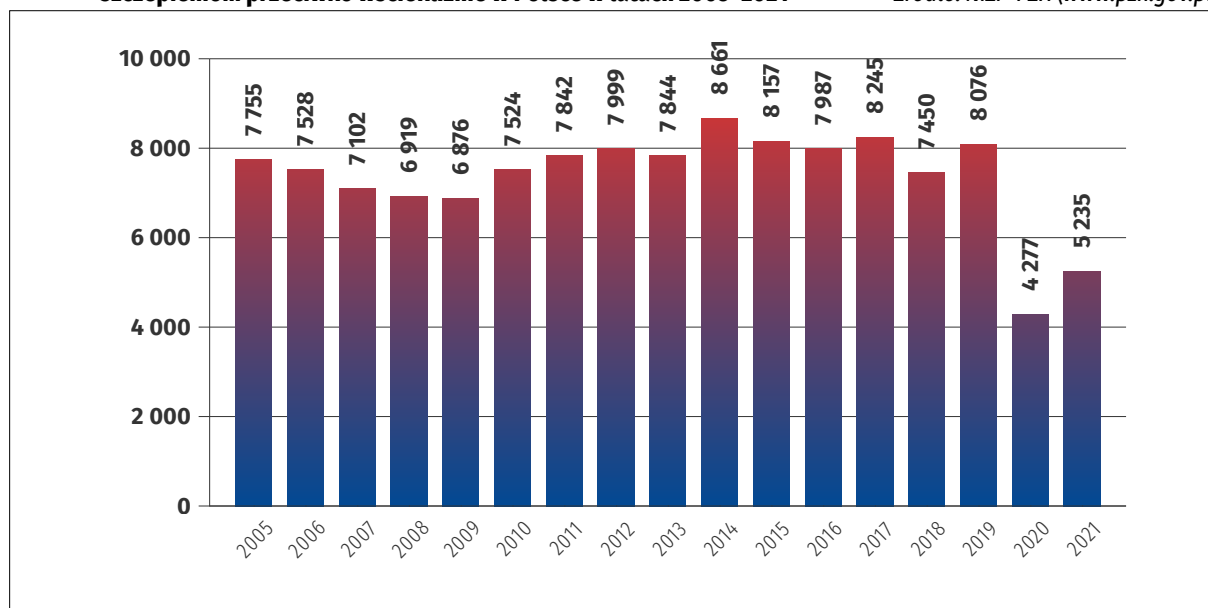
Nadal istotnym problemem jest stała i wysoka liczba osób narażonych rokrocznie na kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o zakażenie wirusem wścieklizny, wśród których przypadki na terenie naszego kraju się zdarzają, choć są to pojedyncze zachorowania. W 2021 r. wg danych Głównego Inspektoratu Weterynarii odnotowano 108 przypadków wścieklizny zwierząt dzikich oraz 10 przypadków wścieklizny zwierząt domowych. Zachorowania te występowały przede wszystkim na terenie województwa mazowieckiego, gdzie od grudnia 2020 r. odnotowuje się występowanie kolejnych przypadków. Przypadki wścieklizny zarejestrowano także w województwach warmińsko-mazurskim, podkarpackim, podlaskim oraz świętokrzyskim. Dla porównania w 2020 r. wścieklizna wystąpiła u 10 zwierząt dzikich oraz 2 domowych, a w 2019 r. dane te odpowiednio wynosiły – 11 przypadków wścieklizny zwierząt dzikich i brak przypadków wścieklizny wśród zwierząt domowych. W latach poprzednich statystyki były podobne, liczba zakażonych wirusem wścieklizny zwierząt dzikich nie przekraczała 10, a wśród zwierząt domowych zasadniczo wirus ten nie był odnotowywany. Pomimo faktu, że w ostatnich kilku latach wścieklizna zwierząt nieudomowionych dotyczyła przede wszystkim nietoperzy, to od 2021 r. nastąpił powrót do klasycznego rezerwuaru tego wirusa – lisów.

Ostatnie przypadki wścieklizny u człowieka w Polsce (śmiertelne) miały miejsce w 2000 i 2002 r. W 2021 r., tak jak w latach poprzednich, nie zarejestrowano na terenie Polski przypadków zachorowań na wściekliznę wśród ludzi.

Niezmiennie jednak na przestrzeni ostatnich lat w Polsce obserwujemy utrzymującą się na stałym poziomie (7-8 tys.) liczbę przypadków narażenia na kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o zakażenie wścieklizną. Dane za rok 2020 i 2021 r. wskazują na znaczne zmniejszenie się ryzyka narażenia, czego należy upatrywać przede wszystkim w znacznym ograniczeniu aktywności ludzi, w tym przebywania poza domem, w związku z epidemią COVID-19.

Wyk. 30 Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005–2021

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)



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

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

W związku z pogorszeniem się z początkiem 2021 r. sytuacji epidemiologicznej wścieklizny zwierząt na terenie województwa mazowieckiego, służby weterynaryjne oraz Wojewoda Mazowiecki we współpracy z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej województwa mazowieckiego podjęły szereg działań mających na celu ochronę zdrowia publicznego. Pomimo aktualnego wciąż ustawowego obowiązku dla właścicieli psów w zakresie szczepienia psów przeciwko wściekliznie, zgodnie z którym posiadacze psów są obowiązani zaszczepić je przeciwko wściekliznie w terminie 30 dni od dnia ukończenia przez psa 3. miesiąca życia, a następnie nie rzadziej niż co 12 miesięcy od dnia ostatniego szczepienia, Wojewoda Mazowiecki z dniem 31.12.2021 r. na podstawie wydanego rozporządzenia ustanowił także nowy obowiązek dla właścicieli kotów, tj. nakaz

Rys. 1 Wścieklizna – plakaty informacyjne



szczepienia kotów przeciwko wścieklicznie na obszarach zagrożonych wystąpieniem wściekliczny u zwierząt³. Zgodnie z rozporządzeniem nr 49 pierwsze szczepienie kota powinno być wykonane w terminie 30 dni od dnia ukończenia przez kota 3. miesiąca życia, a następnie nie rzadziej niż co 12 miesięcy od dnia ostatniego szczepienia.

Pomimo że obowiązek ten nie dotyczy kotów domowych na terenie innych województw, mając na uwadze obecność wirusa wściekliczny w środowisku naturalnym, niski koszt szczepienia i niepodważalny jego wpływ na bezpieczeństwo i zdrowie człowieka, rekomenduje się właścicielom kotów zamieszkałym w innych regionach kraju regularne szczepienie ich przeciwko wścieklicznie.

Więcej informacji nt. wściekliczny zwierząt oraz akcji edukacyjnych można znaleźć na stronach internetowych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie, Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, Wojewódzkiego Inspektoratu Weterynarii w Siedlcach, Narodowego Instytut Zdrowia Publicznego – PZH PIB⁴.

5.4. Bąblowica

Za istotny problem dla zdrowia ludzi należy uznać bąblowicę, w okresie kiedy pojawiają się owoce runa leśnego. Bąblowica jest chorobą powodowaną przez pasożyta, tj. tasiemca *Echinococcus granulosus* lub *Echinococcus multilocularis*.

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

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

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

³ http://edziennik.mazowieckie.pl/WDU_W/2021/12651/akt.pdf

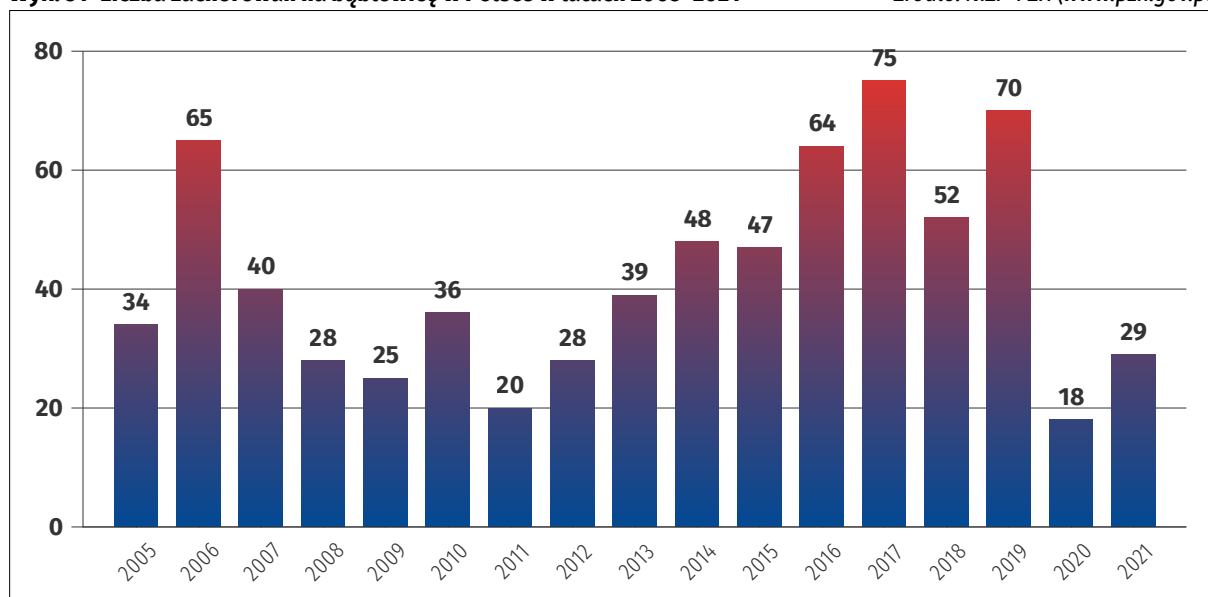
⁴ <https://www.gov.pl/web/wsse-warszawa/obowiazek-szczepienia-kotow-przeciwko-wscieklicznie>
<https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/kolejne-przypadki-wsciekliczny-u-lisow-wolno-zyjacych-na-terenie-wojewodztwa-mazowieckiego>
<https://www.wiw.mazowsze.pl/index.php/component/content/article/7-glowna/80-zaszczep-pupila-to-tylko-chwila>
<https://www.facebook.com/WeterynariaSiedlce/>
<https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/wsciekliczna/>

chorowaniu na bąblowicę najistotniejsze jest upowszechnianie wiedzy nt. zasad higieny podczas i po pracy/relaksie w polu/ogrodzie/lesie, ochrona posesji przed lisami poprzez ogradzanie domostw i zabezpieczanie miejsc gromadzenia odpadów, które jako źródło resztek jedzenia wabią dzikie zwierzęta, a także prowadzenie regularnych zabiegów odrobaczania zwierząt domowych preparatami działającymi na tasieńce.

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

Wyk. 31 Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005–2021

Źródło: NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl)



6. Podsumowanie sytuacji chorób zakaźnych

W porównaniu z 2020 rokiem, w 2021 r. zarejestrowano (ponaddwukrotny) wzrost liczby zakażeń wirusem SARS-CoV-2 (wystąpiła wtedy 3. i 4. fala epidemii) oraz zakażeń jelitowych. Odnotowano natomiast spadek liczby zachorowań na choroby zakaźne wieku dziecięcego (m.in. odra, świnka, różyczka, ospa wietrzna), co związane jest z epidemiami wyrównawczymi oraz wysokim wykonawstwem Programu Szczepień Ochronnych.

Tab. 19 Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2011-2021 (dane za 2021 r. są w trakcie weryfikacji i mogą ulec zmianie)

Źródło: NIZP-PZH

Lp.	Jednostka chorobowa	Rok										
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.	Zakażenie SARS-CoV-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1289293	2828380
2.	AIDS	241	190	191	152	134	119	117	118	126	47	59
3.	Zakażenia HIV (nowo wykryte)	1193	1135	1159	1090	1290	1387	1481	1 351	1763	840	1 341
4.	Dur brzuszny	2	2	2	3	4	2	7	2	3	0	0
5.	Dury rzekome A,B,C	2	5	5	1	5	2	2	6	2	0	2
6.	Salmonelozy - ogółem	8813	8444	7578	8392	8650	10027	10000	9 957	9243	5 468	8 269
7.	Czerwonka bakteryjna	18	13	19	44	18	15	44	284	37	12	18
8.	Inne bakteryjne zakażenia jelitowe - ogółem:	6539	7046	9624	11329	13311	13003	15665	15364	15047	11 881	23 309
9.	W tym: kamylobakteriozy	354	431	552	652	653	787	874	726	715	418	644
10.	Jersiniozy	238	201	199	2112	172	167	191	170	196	94	147
11.	Wirusowe zakażenia jelitowe	44906	39462	42699	51561	55729	44844	55563	48577	62333	14 450	23 317
12.	W tym: rotawirusowe	30769	23692	23529	33789	33943	21258	32995	23 263	34019	5 967	7 395
13.	Biegunki u dzieci do 2 lat	36478	34386	38101	41572	43502	35 204	41 841	40 610	47 575	14 272	20 225
14.	Krztusiec	1669	4684	2182	2100	4955	6828	3066	1 548	1629	753	180
15.	Tęžec	14	19	14	13	12	12	11	8	17	2	6
16.	Odra	38	70	84	110	48	133	63	359	1502	29	13
17.	Różyczka	4290	6263	38548	5891	2007	1105	476	437	285	98	50
18.	Ospa wietrzna	172855	208276	178501	221628	187624	160707	173196	149 565	180 641	71 567	57 674
19.	Nagminne zapalenie przyusznic (świnka)	2585	2779	2436	2508	2208	1978	1670	1 585	1338	582	484
20.	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	1046	1284	1077	1823	891	952	810	1226	950	267	196
21.	Wirusowe zapalenie mózgu (inne niż przenieszone przez kleszcze)	200	187	172	157	137	153	120	110	103	50	48
22.	Zap. mózgu przenieszone przez kleszcze	221	190	227	195	149	283	283	197	265	158	212
23.	Inwazyjna choroba meningokokowa (posocznica, zapalenie opon m-rdz. i/lub zapalenie mózgu)	296	241	251	188	220	167	228	242	221	106	105
24.	W tym: zapalenie opon m-rdz. i/lub mózgu - meningokokowe	193	165	163	122	121	91	122	102	95	56	48

Lp.	Jednostka chorobowa	Rok										
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
25.	Inwazyjna choroba wywołana przez <i>Haemophilus influenzae</i> (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	31	36	25	41	62	69	116	115	99	78	54
26.	W tym: zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu - <i>Haemophilus influenzae</i>	11	11	9	11	14	9	11	6	10	12	3
27.	Inwazyjna choroba pneumokokowa (posocznica, zapalenie opon m.rdz. i/lub zapalenie mózgu)	430	441	540	708	979	964	1182	1 355	1541	582	839
28.	W tym: zapalenie opon m.rdz. i/lub mózgu - pneumokokowe	192	146	195	199	197	180	171	212	181	70	99
29.	Wirusowe zapalenie wątroby typu A	65	71	48	76	49	35	3006	1 455	1067	111	90
30.	Wirusowe zapalenie wątroby typu B	1583	1583	1541	2763	3518	3806	3363	3 196	2854	979	1 527
31.	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	2241	2268	2264	3551	4285	4261	4 010	3 442	3350	945	1 232
32.	Włośnica	23	1	9	32	27	4	9	2	2	20	2
33.	Bakteryjne zatrucia pokarmowe - ogółem:	10847	10054	9053	9734	9856	10734	10214	10161	9371	11 881	23 309
34.	W tym: salmonelozowe	8652	8267	7407	8197	8418	9701	9710	9 651	8919	5 468	8 269
35.	Gronkowcowe	283	147	128	68	98	37	54	66	13	4	4
36.	Jadem kietbasianym	35	22	24	29	30	26	24	22	15	9	9
37.	<i>Clostridium perfringens</i>	24	5	18	16	1	0	1	1	0	6	19
38.	Borelioza (choroba z Lyme)	9157	8783	12754	13863	13625	21200	21514	20150	20630	12 934	12 427
39.	Grypa (i podejrzenia grypy) - ogółem	1156357	1460037	3164405	3137056	3843438	4316823	5043491	5239293	4790033	3160711	2973733
40.	Wścieklizna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41.	Pokąsania przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę - profilaktyka wścieklizny	7842	7999	7844	8661	8157	7987	8245	7 450	8076	4 402	5 235
42.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	21	17	23	24	22	26	24	29	30	11	18

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

W 2021 r. wystąpiła w Polsce 3. i 4. fala pandemii spowodowana zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Za umowny początek trzeciej (wiosennej) fali epidemii koronawirusa w Polsce można uznać dzień 16 lutego 2021 r. Wtedy liczba zakażeń wyniosła 5 178 przypadków, a zgonów – 196, z 28-procentowym przyrostem w porównaniu do danych z poprzedniego tygodnia. Według stanu na 16 lutego 2021 r. łączna liczba zakażeń w Polsce wynosiła już 1 596 673 przypadki, a zgonów 41 028 przypadków. Miesiąc później odnotowano już 14 396 zakażeń, a osiem tygodni później (13.04.2021 r.) – 13 227. Rekord trzeciej fali przypadł na 1 kwietnia 2021 r. z 35 251 nowymi przypadkami zakażeń SARS-CoV-2 i najwyższą dobową liczbą zakażeń od początku pandemii w Polsce.

W początkowym okresie jesieni 2021 r. w Polsce dominował wariant Delta wirusa SARS-CoV-2, który zgodnie z danymi bazy GISDAD na 20 października 2021 r. stanowił ponad 97% sekwencji SARS-CoV-2 zgłoszonych przez Polskę w ciągu 7 dni. Zgodnie z danymi ECDC w 42. tygodniu 2021 r. wariant Delta stanowił w Polsce 99,9% zakażeń SARS-CoV-2. Rozprzestrzenianie się jesienią wariantu Delta, charakteryzującego się większą transmisyjnością niż poprzednio dominujący wariant Alfa, spowodowało w Europie i Polsce 4. falę pandemii COVID-19. W Polsce szczyt zachorowań w 4. fali wystąpił w drugiej połowie listopada. W 48. tygodniu 2021 r. w Polsce odnotowano najwyższą zapadalność na poziomie 861 przypadków na 100 tys. mieszkańców, a następnie stopniowy spadek do poziomu 436 przypadków w 52. tygodniu 2021 r.

Na bieżąco śledzona była sytuacja epidemiologiczna na świecie, ze szczególną uwagą ukierunkowaną na rozwój wydarzeń dotyczących poziomu zakażeń i transmisji wariantów alertowych.

Narzędziem informatycznym, które umożliwiło szybkie wprowadzanie danych, cyfrową obsługę procesów związanych z epidemiologią, ze szczególnym uwzględnieniem COVID-19 w okresie stanu epidemii, był System Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS).

Do SEPIS trafiały m.in. informacje od obywateli, którzy zgłaszali kwarantannę za pomocą elektronicznych formularzy lub telefonicznie. Wszystkie zgłoszenia trafiały w jedno miejsce – co znacznie usprawniało proces zarządzania nimi, przeprowadzania przez pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych wywiadów epidemiologicznych, a także umożliwiło szybkie reagowanie w sytuacji konieczności wdrożenia działań przeciwepidemicznych.

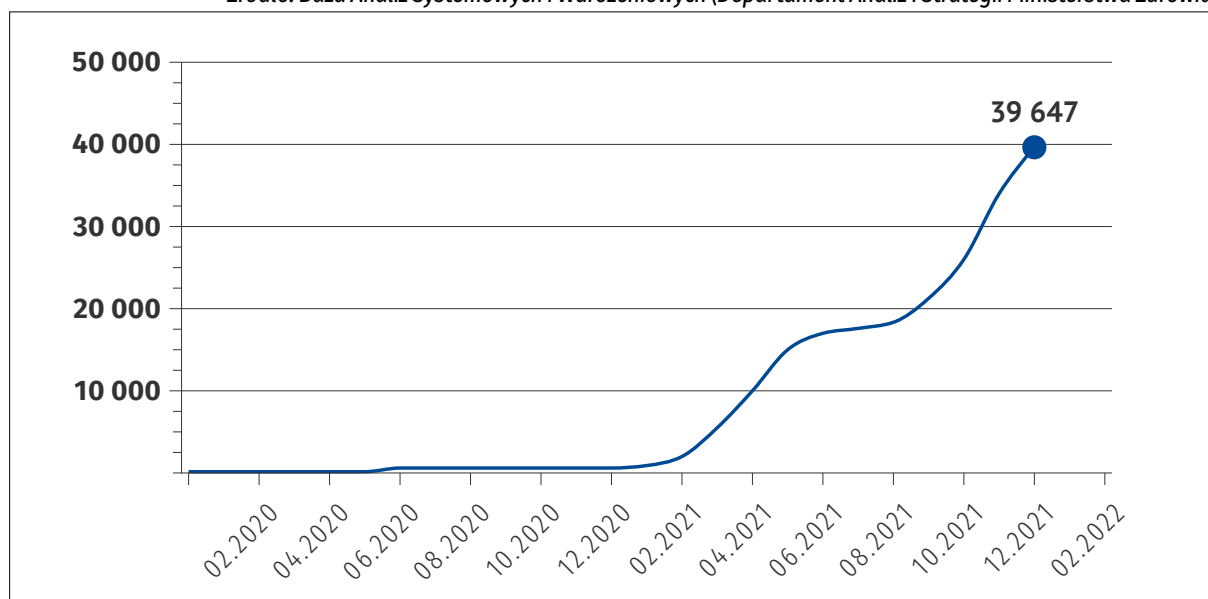
Najskuteczniejszym narzędziem walki z pandemią koronawirusa są szczepienia. Ukierunkowanie wysiłków na popularyzację szczepień miało niezmiennie ogromne znaczenie. W 2021 r. (według stanu na dzień 31.12.2021 r.) w pełni zaszczepiło się 21 042 850 osób, minimalizując w ten sposób ryzyko zakażenia, wystąpienia ciężkiego przebiegu choroby oraz zgonu. Uruchomiono portal gov.pl/szczepimysie, dzięki któremu osoby zainteresowane szczepieniem mogły korzystać również z bezpłatnej i całodobowej infolinii.



Monitorowanie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i jego wariantów, a w szczególności wariantów alertowych (VOC – *variants of concern*) Delta (B.1.617.2+AY.) i Omicron (B.1.1.529+BA.) wymagało wprowadzenia skutecznego nadzoru epidemiologiczno-genomowego, w tym umożliwiającego deponowanie sekwencji genomowych wariantów wirusa SARS-CoV-2 w bazie GISAID. Krajowy nadzór genomowy nad COVID-19 powstał w 2021 r. w okresie narastania 3. fali pandemii wywołanej wariantem alertowym Alfa (B.1.1.7+Q.). W początkowym okresie, tj. do kwietnia 2021 r., większość analiz na potrzeby nadzoru molekularnego nad COVID-19 w Polsce wykonał NIZP PZH-PIB, korzystając z wsparcia laboratoryjnego ECDC. Jednocześnie w strukturach Państwowej Inspekcji Sanitarnej uruchomiono 7 laboratoriów zlokalizowanych w WSSE w: Gorzowie Wielkopolskim, Katowicach, Łodzi, Olsztynie, Rzeszowie, Warszawie i Gdańsku, na potrzeby sekwencjonowania pełnogenomowego (WGS, ang. *whole genome sequencing*) w celu monitorowania nowo pojawiających się wariantów SARS-CoV-2. Zgodnie z danymi bazy GISAID do 31 grudnia 2021 r. z Polski zgłoszono łącznie 39 647 sekwencji genomowych wirusa SARS-CoV-2, z czego 39 297 stanowiły sekwencje zdeponowane w bazie w 2021 r., co stanowiło 99,1% wszystkich zgłoszeń do końca 2021 r. (Wykres 32).

Wyk. 32 Liczba sekwencji genomowych wirusa SARS-CoV-2 zdeponowanych w bazie GISAID z Polski do 31.12.2021 r.

Źródło: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia)



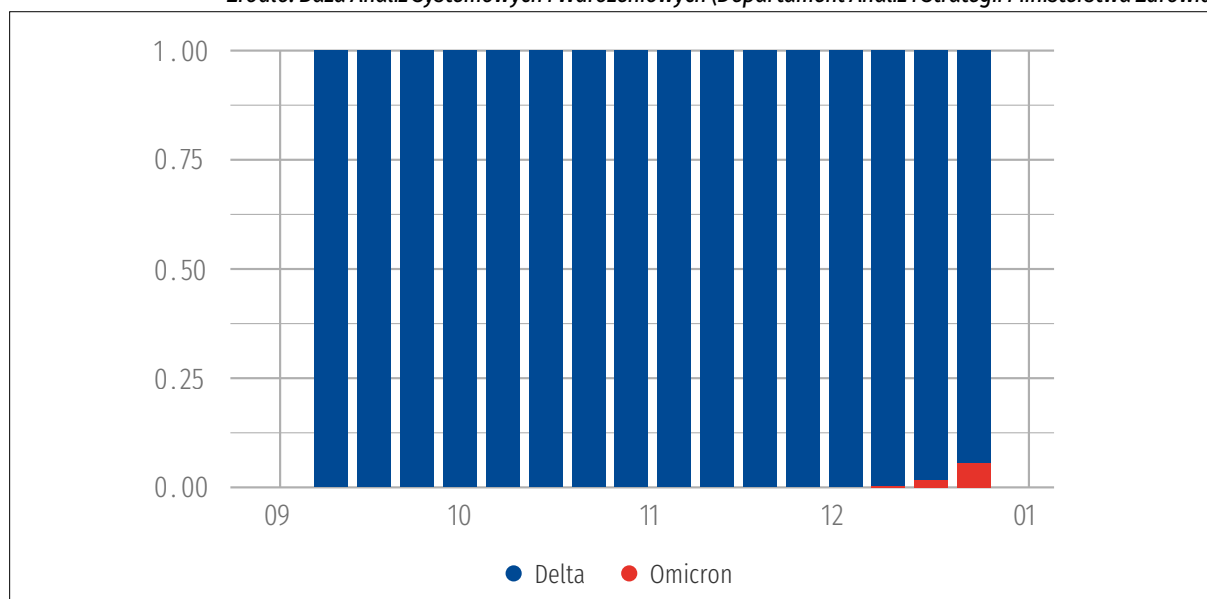
Zgodnie z danymi bazy GISAID w Polsce na dzień 31 grudnia 2021 r. dominującym wariantem był wariant alertowy (VOC) Delta stanowiący 98,4% wszystkich zgłoszeń z okresu 7 dni, podczas gdy wykryty w listopadzie 2021 r. w Afryce wariant alertowy Omicron stanowił 1,41% – wykres 33. Na dzień 31 grudnia 2021 r. łączna liczba zgłoszeń z Polski wariantu Delta i wariantu Omicron wynosiła odpowiednio 21 726 i 3 410.

Zgodnie z wytycznymi ECDC⁵ nadzór genomowy nad COVID-19 obejmował dwa podejścia doboru próbek do sekwencjonowania: (1) dobór losowy, tj. typowanie próbek spośród zakażeń zapewniające reprezentatywność w celu monitorowania sytuacji epidemicznej poszczególnych wariantów SARS-CoV-2, oraz (2) dobór

⁵ *Guidance for representative and targeted genomic SARS-CoV-2 monitoring* – 3 May 2021. ECDC: Stockholm; 2021

Wyk. 33 Tygodniowy udział alertowych (VOC, ang. variants of concern) wariantów wirusa SARS-CoV-2 zarejestrowanych w bazie GISAID z Polski do 31.12.2021 r.

Źródło: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń (Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia)



celowany, tj. ukierunkowane typowanie próbek spośród pozytywnych przypadków SARS-CoV-2, celem śledzenia określonych zagrożeń występujących w specjalnych warunkach lub populacjach, które uwzględniają m.in.: reinfekcje, ogniska, przypadki o nietypowym przebiegu klinicznym czy z historią podróży na obszarach, w których występują nowe warianty wirusa. Co istotne, w zakresie wielkości próby reprezentatywnej, założenia te obejmowały wielkość próby w skali kraju (w tym wielkość próby w poszczególnych województwach) określaną dla danego tygodnia sprawozdawczego na podstawie minimalnego rozpowszechnienia nowych wariantów i obserwowanej liczby nowych przypadków SARS-CoV-2. Wobec powyższego rekomendowano zapewnienie takiej czułości nadzoru molekularnego wirusa SARS-CoV-2, aby wykrywanie nowych wariantów było możliwe, tj. 2 estymacje liczebności próby: optymalną na podstawie progu wykrywalności 1% oraz minimalną na podstawie progu wykrywalności 2,5%. Szczegółowy zakres metod identyfikacji wariantów SARS-CoV-2 uwzględniający specyfikę danego wariantu (w tym wariantu Omicron) określały zaktualizowane wytyczne ECDC (*Methods for the detection and characterisation of SARS-CoV-2 variants – first update*. 20 December 2021). Dla przykładu, w Polsce podczas 4. fali pandemii tygodniowa liczba przypadków COVID-19 mieściła się w zakresie od 25 tys. do ponad 100 tys., co wiązało się z koniecznością sekwencjonowania nie mniej niż 608 i 615 próbek tygodniowo (odpowiednio dla dolnego i górnego zakresu zachorowań) dla spełnienia dolnych granic rekomendacji ECDC.

8. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze szczepień ochronnych w 2021 r.

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

8.1. Kierunki ewolucji Programu Szczepień Ochronnych

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

Na przestrzeni lat obowiązek powszechnych szczepień kalendarzowych (tzn. realizowanych dla całego rocznika po osiągnięciu przez dziecko określonego wieku) był stopniowo rozszerzany i dotyczył szczepień przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi, gruźlicy, ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (przeciwko *poliomyelitis*), odrze, różyczce, nagminnemu zakażeniu przyusznic (świniec), wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu b oraz *Streptococcus pneumoniae*, a od 2021 r. również przeciw rotawirusom. Niektóre szczepienia są jednak nadal realizowane jako obowiązkowe (bezpłatne) jedynie w wybranych grupach dzieci, np. ospa wietrzna jedynie wśród dzieci korzystających ze żłobków oraz innych form zbiorowej opieki nad dziećmi do 3 r.ż.

Zmiany Programu Szczepień Ochronnych rozszerzające obowiązek szczepień przeciw określonym chorobom zakaźnym lub rozszerzające grupy osób nimi objęte są zawsze poprzedzone zmianami prawnymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczepień obowiązkowych. Spośród rekomendacji ekspertów doty-

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

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

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

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

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



Na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego wyniki analizy za miniony rok są corocznie publikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie (NIZP-PZH-PIB) w biuletynie pt. „Szczepienia Ochronne w Polsce” za dany rok. Biuletyn jest podstawowym źródłem informacji o stanie uodpornienia populacji dzieci i młodzieży w Polsce. Dane dotyczące zaszczepienia populacji w 2021 r. będą dostępne w II połowie 2022 r., w tym również na stronie internetowej (www.pzh.gov.pl).

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

Zgodnie z art. 18 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi podmiotami odpowiedzialnymi za dystrybucję i przechowywanie szczepionek służących do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych zakupionych przez Ministra Zdrowia jest Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych w Porębach, następnie w łańcuchu dystrybucji szczepionki są przekazywane nieodpłatnie do punktów szczepień przez sieć wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przekazują szczepionki tym świadczeniodawcom, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy na przeprowadzanie szczepień obowiązkowych. Podczas transportu i przechowywania szczepionek zachowany jest tzw. łańcuch chłodniczy oraz stosowane są zasady dobrych praktyk dystrybucji przewidziane w przepisach ustawy *Prawo farmaceutyczne*.



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

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

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

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

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

Niezależnie od sprawowanego nadzoru Główny Inspektor Sanitarny inicjuje działania informacyjne promujące szczepienia ochronne jako bezpieczną i skuteczną metodę zapobiegania chorobom zakaźnym, w szczególności u dzieci. Podejmowane w tym zakresie działania są prowadzone we współpracy z samorządami zawodowymi lekarzy, pielęgniarek i położnych, instytucjami naukowymi, towarzystwami naukowymi, sto-

warzyszeniami działającymi w obszarze medycznym oraz przy udziale stowarzyszeń i inicjatyw społecznych tworzących ogólnopolską koalicję na rzecz promocji szczepień.

W sporządzanych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych sprawozdaniach za rok 2021 o osobach uchylających się od obowiązku szczepień oraz w sprawozdaniach zbiorczych sporządzanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych, uwzględniono wyłącznie te osoby, które będąc prawnie zobowiązane do poddania się (lub poddania swoich dzieci) obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym (w związku z wiekiem lub przesłankami wynikającymi ze stanu zdrowia albo przesłankami epidemiologicznymi określonymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*), następnie zostały zgłoszone przez lekarzy odpowiedniemu państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu jako osoby uchylające się.

Analiza geograficzna rozpowszechnienia zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień w 2021 r. wskazuje, że uległo ono nasileniu we wszystkich województwach.

Wskutek uchylania się rodziców od wykonania prawnego obowiązku poddania dzieci szczepieniom ochronnym w wymaganym prawem zakresie w 2021 r. nie zostało poddanych szczepieniom ochronnym 60 620 dzieci, w porównaniu do 53 530 dzieci w 2020 r. (wzrost o 13,8%), 47 790 dzieci w 2019 r. oraz 38 416 dzieci w 2018 r. Największy przyrost odsetka dzieci nieszczepionych w następstwie uchylania się rodziców od obowiązku poddawania dzieci szczepieniom dotyczył województwa małopolskiego (wzrost o 24,8%) oraz województwa łódzkiego (wzrost o 20,5%).

Analizując przyczyny nasilania się zjawiska uchylania się od obowiązku szczepień, wykazano, że najszybszy wzrost liczby osób uchylających się w 2021 r. dotyczył osób, u których (lub u ich bliskich) wcześniej wystąpiły odczyny poszczepienne (wzrost o 10,8%) oraz osób nieuzasadniających powodów niezaszczepienia dziecka – najczęściej w wyniku zaniedbań (wzrost o 13,5%).

W znikomym stopniu wzrost ten dotyczył osób motywowanych względami odrębności kulturowej, etnicznej lub religijnej, lub osób pozostających pod wpływami środowisk propagujących tzw. medycynę alternatywną.

Przeprowadzono również ocenę działań podejmowanych w 2021 r. przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych w celu egzekwowania wykonania obowiązku szczepień ochronnych przez osoby zobowiązane.

Państwowy powiatowy inspektor sanitarny, jako organ administracji publicznej sprawujący nadzór nad realizacją szczepień ochronnych, jest uprawniony w trybie przewidzianym w przepisach ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. *o postępowaniu egzekucyjnym w administracji* (Dz. U. z 2022 r. poz. 479) do żądania od osób zobowiązanych wykonania obowiązku szczepień – tj. jest prawnym wierzycielem tego obowiązku administracyjnego.

Przepisy tej ustawy jednocześnie nakładają na organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej będące wierzycielami obowiązku szczepień ochronnych prawny obowiązek podejmowania wszelkich czynności zmierzających do zastosowania przewidzianych prawem środków egzekucyjnych w celu nakłonienia osoby uchylającej się od wykonania obowiązku szczepień ochronnych. Organem egzekucyjnym właściwym w sprawie prowadzenia egzekucji obowiązku szczepień jest wojewoda, do którego kierowane są przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych wnioski o wszczęcie egzekucji administracyjnej jego wykonania. Skierowanie wniosku do wojewody o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień jest poprzedzone wystosowaniem do osoby uchylającej się upomnienia, zawierającego wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej, następnie sporządzeniem przez wierzyciela tzw. tytułu wykonawczego.

W 2021 r. państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni wystosowali do osób uchylających się od wykonania obowiązku poddania dzieci szczepieniom ochronnym:

- ◆ 2 186 upomnień zawierających wezwanie do wykonania obowiązku szczepień ochronnych z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę egzekucji administracyjnej (w 2020 r. – 1 471, w 2019 r. – 6 183, w 2018 r. – 4 478, w 2017 r. – 4 405, w 2016 r. – 4 081, w 2015 r. – 4 411, w 2014 r. – 4 081),
- ◆ 1 134 tytuły wykonawcze (w 2020 r. – 696, w 2019 r. – 3 397, w 2018 r. – 2 677, w 2017 r. – 2 519, w 2016 r. – 2 002, w 2015 r. – 1 661, w 2014 r. – 1 090)

i skierowali

- ◆ 1 066 wniosków do wojewodów o egzekucję administracyjną obowiązku szczepień (w 2020 r. – 704, w 2019 r. – 3 301, w 2018 r. – 2 557, w 2017 r. – 2 287, w 2016 r. – 1 851, w 2015 r. – 1 604, w 2014 r. – 901).

9. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS

Podstawowym dokumentem wyznaczającym politykę państwa w zakresie zapobiegania HIV i zwalczenia AIDS jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS⁷ oraz Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2017–2021⁸.

Politykę Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie zapobiegania HIV i zwalczenia AIDS określa Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS na lata 2017–2021, który zakłada podjęcie działań w pięciu obszarach:

1. Zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa.
2. Zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych.
3. Wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.
4. Współpracy międzynarodowej.
5. Monitoringu.

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

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

- ◆ upowszechniano informacje o charakterze edukacyjnym w zakresie profilaktyki HIV/AIDS na kanałach social media GIS m.in w ramach obchodów Światowego Dnia AIDS, Dni Honorowego Krwiodawstwa (liczba odbiorców – **139 548**),
- ◆ popularyzowano za pośrednictwem kont mediów społecznościowych GIS (Facebook, Twitter) informacji nt. bezpłatnych testów oraz Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych prowadzących anonimowe i bezpłatne testowanie w kierunku HIV (liczba odbiorców – **26 591**),
- ◆ opracowano posty edukacyjne pokazujące kształtowanie właściwych postaw w zakresie HIV/AIDS, celem ograniczania ryzyka zakażenia – **8**,
- ◆ koordynowano i nadzorowano prace nad sprawozdawczością 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

⁷ (Dz. U. Nr 44, poz. 227)

⁸ przyjęty Uchwałą Nr 156/2016 Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2016 r.



10. Sytuacja epidemiologiczna w polskich szpitalach – ogniska epidemiczne, czynniki alarmowe

10.1. Stan prawny w zakresie nadzoru epidemiologicznego w Polsce

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

1. ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. z 2021 r. poz.2069 z późn.zm);
2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. *w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala* (Dz. U. z 2021 r. poz. 240);
3. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji* (Dz. U. Nr 100 poz. 645);
4. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie zakresu, sposobu i częstości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych* (Dz. U. Nr 100 poz. 646);
5. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. *w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych* (Dz. U. z 2014 r. poz.746).

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

Kierownicy podmiotów leczniczych zgodnie z art. 14 ust. 1 ww. ustawy są obowiązani między innymi do:

- ◆ monitorowania i rejestracji zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych,
- ◆ wykonywania badań laboratoryjnych i ich weryfikacji,
- ◆ sporządzania i przekazywania raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala
- ◆ zgłaszania w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych.

Ponadto art. 14 ust. 2 ustawy nakłada na kierowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność w rodzaju świadczenia szpitalne obowiązek gromadzenia w szpitalu informacji o zakażeniach i czynnikach alarmowych oraz prowadzenia rejestru zakażeń i czynników alarmowych.

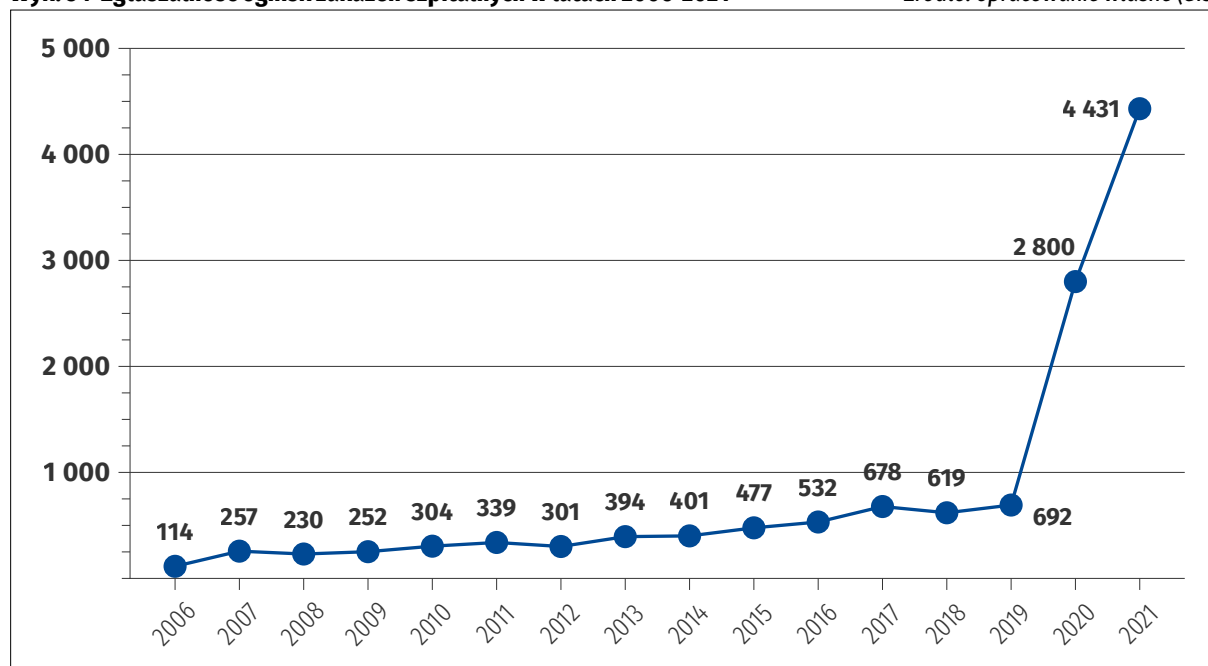
Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala Państwowa Inspekcja Sanitarna otrzymuje zbiorcze roczne dane dotyczące patogenów alarmowych występujących w szpitalach oraz dane dotyczące zakażeń w sytuacji wystąpienia potwierdzonego epidemicznego wzrostu ich liczby – informacje o ogniskach zakażeń w szpitalach.

10.2. Raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala

Od kilkunastu lat obserwuje się tendencję wzrostową zgłaszalności liczby ognisk zakażeń szpitalnych. W 2021 r. zgłoszono 4431 ognisk. Zwiększoną zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych na przestrzeni wielu lat należy wiązać z lepszym nadzorem ZKZS w podmiotach leczniczych, wykorzystaniem badań z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej, jak również wzrastającą świadomością personelu szpitali oraz lepszą realizacją obowiązujących przepisów związanych ze zgłaszalnością ognisk epidemicznych, w wyniku wejścia w życie nowej ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi do której wprowadzono przepisy o zgłaszaniu ognisk epidemicznych. Wykres 34.

Wyk. 34 Zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w latach 2006-2021

Źródło: opracowanie własne (GIS)

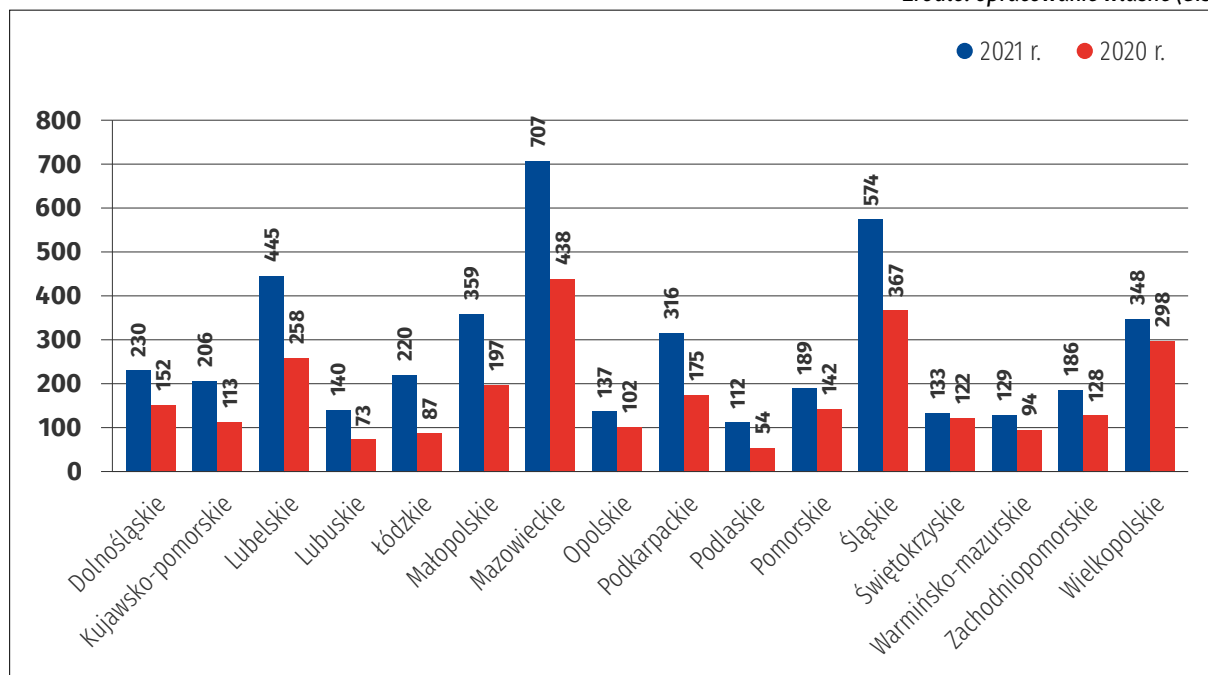


Wzrost liczby zgłoszonych ognisk epidemicznych zanotowano we wszystkich województwach. Wykres 35.

Zgodnie z danymi przekazanymi przez Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych w 2021 r. pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 1 124 podmioty wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Wyk. 35 Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2020–2021

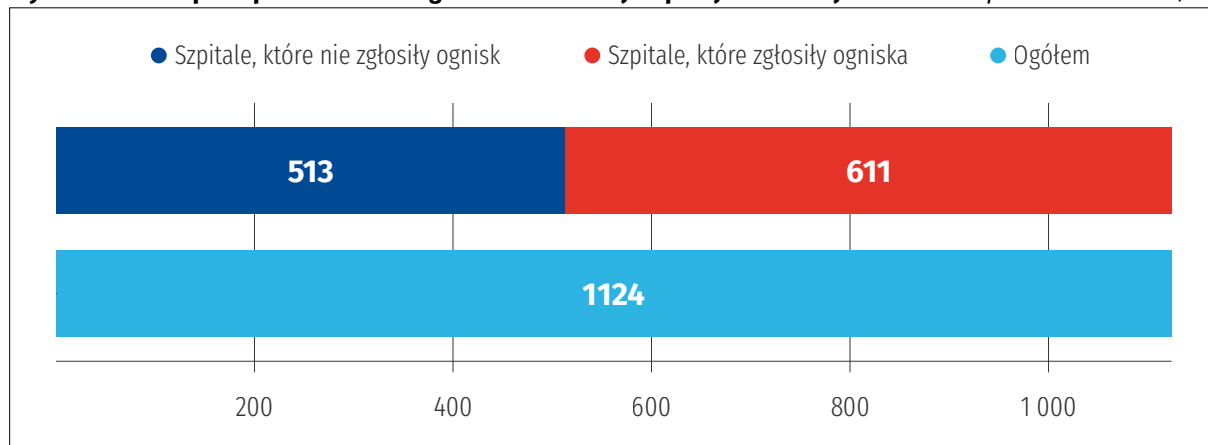
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych w 2021 r. wpłynęły z 651 podmiotów leczniczych, w tym 611 szpitali (2 szpitale uzdrowiskowe), co stanowiło 54,4% ogółu wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w Polsce. Wykres 36.

Wyk. 36 Liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Źródło: opracowanie własne (GIS)

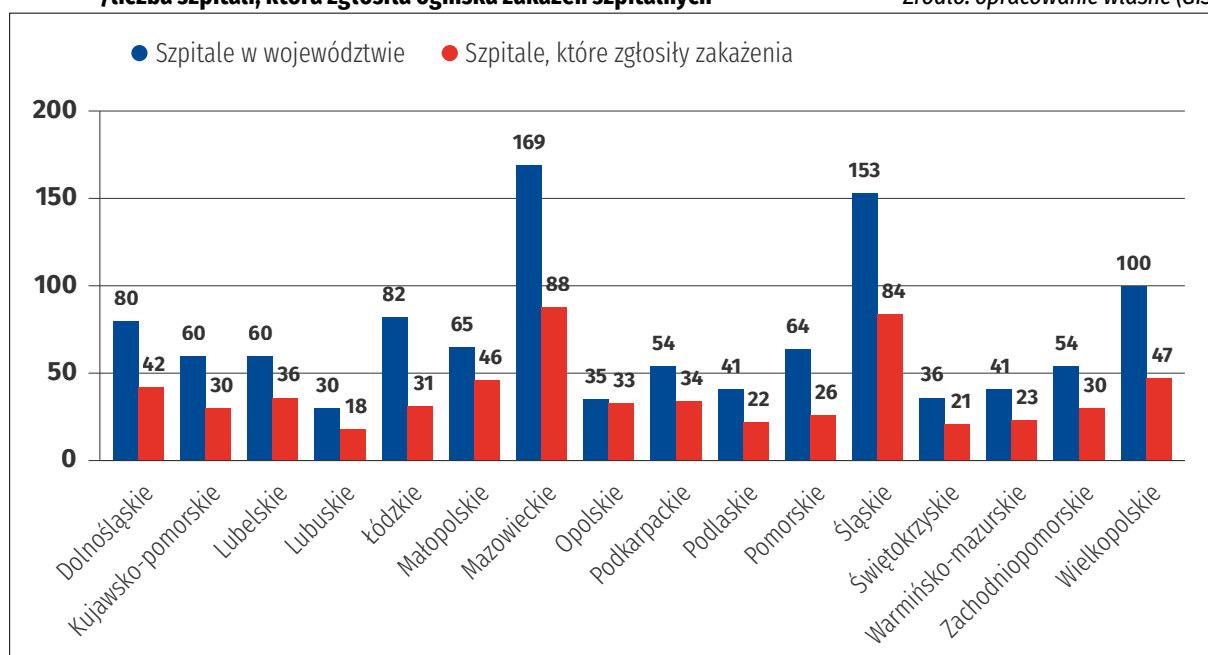


W 2021 r. w porównaniu do lat ubiegłych odnotowano znaczący wzrost liczby przesyłanych raportów bieżących dotyczących sytuacji epidemiologicznej szpitala. Wzrost liczby zgłoszonych ognisk zakażeń szpitalnych odnotowano we wszystkich województwach. Wykres 37.

Największą zgłaszalność – 70% wszystkich zgłoszeń z podmiotów leczniczych w 2021 r. zarejestrowano ze szpitali powiatowych/miejskich – 287 (44%) oraz specjalistycznych (psychiatryczne, rehabilitacyjne) – 196 (30%). Wykres 38.

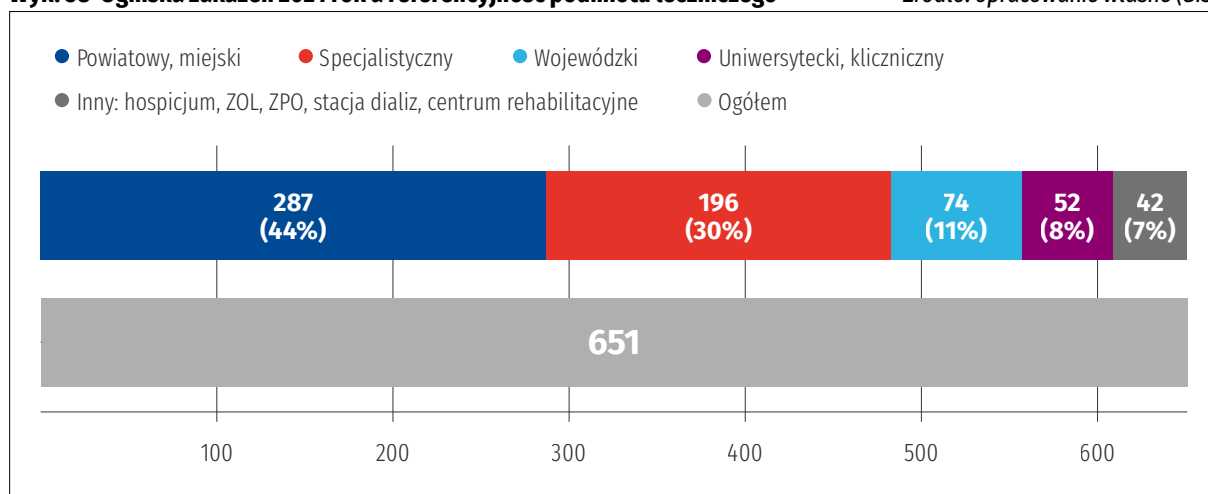
Wyk. 37 Ogniska zakażeń 2021 – liczba szpitali pod nadzorem organów PIS /liczba szpitali, która zgłosiła ogniska zakażeń szpitalnych

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wyk. 38 Ogniska zakażeń 2021 rok a referencyjność podmiotu leczniczego

Źródło: opracowanie własne (GIS)

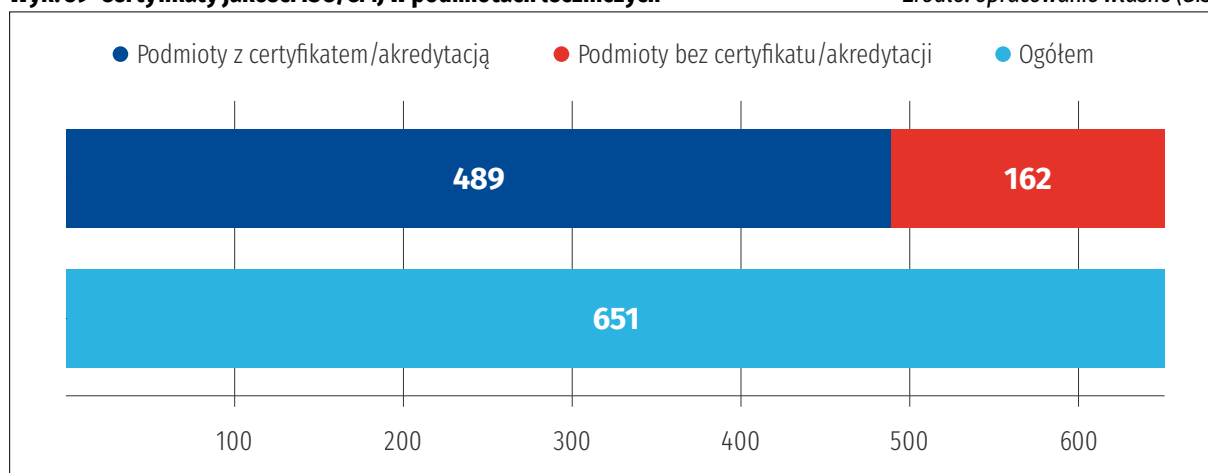


42 raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych zostały zgłoszone z podmiotów leczniczych niebędących w strukturach szpitala, tj. 27 ognisk – zakłady opiekuńczo-lecznicze, 4 ogniska – stacje dializ, 4 ogniska – zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, 4 ogniska – hospicja oraz 3 ogniska zgłoszone z ośrodków rehabilitacyjnych.

489 (75%) z 651 podmiotów leczniczych, które zgłosiły ogniska w 2021 r., posiadały co najmniej jeden certyfikat zgodności systemu zarządzania jakością (ISO) lub inny certyfikat akredytacyjny, w tym akredytacje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). Wykres 39.

Wyk. 39 Certyfikaty jakości ISO/CMJ w podmiotach leczniczych

Źródło: opracowanie własne (GIS)

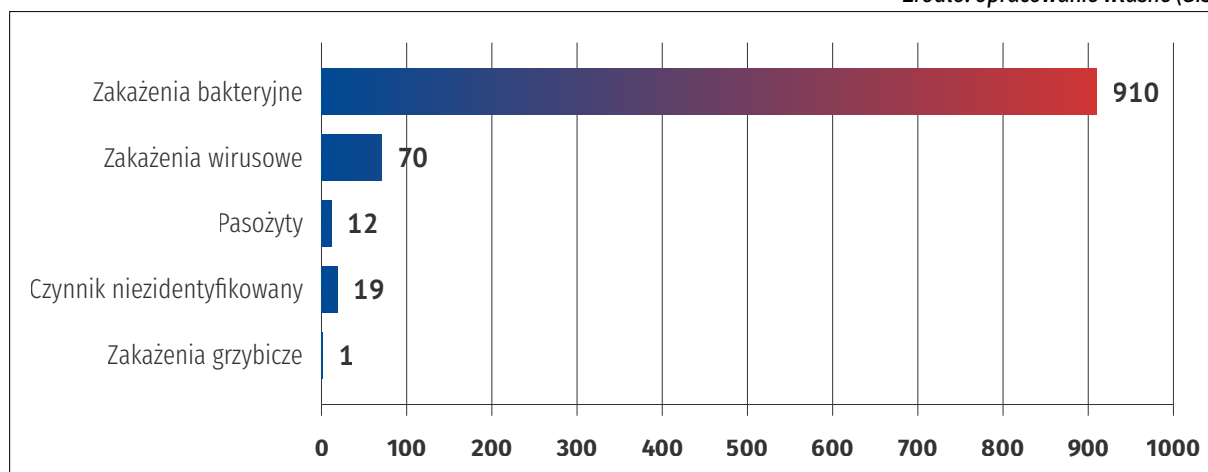


W 2021 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zostało zgłoszonych 4 431 ognisk epidemicznych. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym, podobnie jak w roku 2020, był czynnik wirusowy – SARS-CoV-2. W 2021 r. zgłoszono 3 419 ognisk wywołanych SARS-CoV-2, co stanowiło 77,2% wszystkich ognisk zakażeń.

W pozostałych 1012 ogniskach (z 4 431 zgłoszonych) najczęstszymi czynnikami etiologicznymi były czynniki: bakteryjne – 910 (89,9%), wirusowe – 70 (6,9%), pasożytnicze – 12 (1,2%) oraz grzybicze – 1 (0,1%). Wykres 40.

Wyk. 40 Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych z wyłączeniem wirusa SARS-COV-2 w 2021 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)

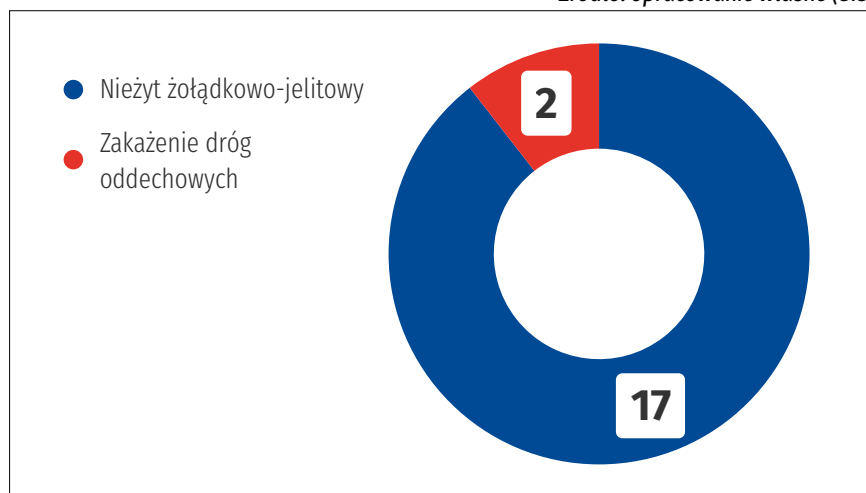


W 19 z 1012 (1,87%) zgłoszonych ognisk epidemicznych nie udało się ustalić czynników etiologicznych wywołujących ogniska zakażeń szpitalnych. Wykres 41.

Wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej/laboratoryjnej jest elementem kluczowym w nadzorze nad zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Na przestrzeni ostatnich lat zauważalny jest wzrost liczby wykonywanych badań przesiewowych osób objętych ogniskiem epidemicznym. W 2021 r. w wyniku przeprowadzonych badań w ogniskach potwierdzono 99,2% przypadków zakażeń pacjentów i personelu medycznego. Tabela 20.

Wyk. 41 Czynniki etiologiczne niezidentyfikowane w 2021 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)

**Tab. 20 Liczba osób z zakażeniem w ogniskach potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2018-2021**

Źródło: opracowanie własne (GIS)

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

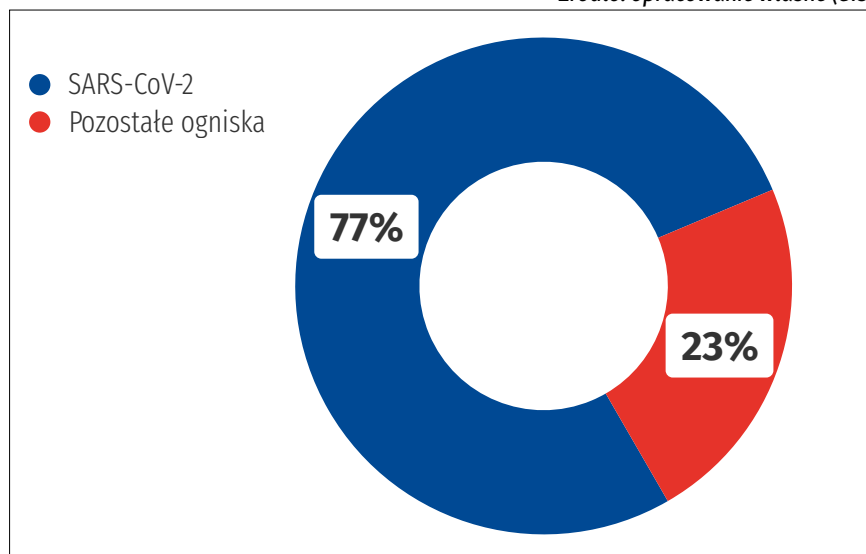
10.3. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce

W Polsce w 2021 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgłoszono 4 431 ognisk zakażeń szpitalnych, w tym 3 419 ognisk wywołanych SARS-CoV-2, co stanowiło 77,2% wszystkich zgłoszonych ognisk zakażeń szpitalnych. Pandemia zakaźnej choroby COVID-19 wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 zdominowała zgłaszalność ognisk wywołanych tym czynnikiem w stosunku do wszystkich zgłoszeń ognisk zakażeń szpitalnych. Wykres 42.

Raporty końcowe z wygaszenia ognisk epidemicznych wywołanych SARS-CoV-2 zostały przesłane z 604 podmiotów leczniczych, w tym 570 szpitali, co stanowi 93,6% (570 z 609) szpitali, które w 2021 r. zgłosiły ogniska epidemiczne, oraz 50,7% (570 z 1124) wszystkich szpitali będących pod nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2021 r. Ogniska zgłoszone zostały zarówno ze szpitali, zakładów opieki długoterminowej, stacji dializ, jak również ośrodków opieki długoterminowej. W ogniskach wywołanych SARS-CoV-2 zakażeniu uległo łącznie 42 792 osób, w tym 9 076 członków personelu. Tabela 21.

Wyk. 42 Zgłoszenia ognisk epidemicznych w 2021 r.

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Tab. 21 Liczba pacjentów i personelu z zakażeniem w ogniskach SARS-CoV-2 potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2020-2021

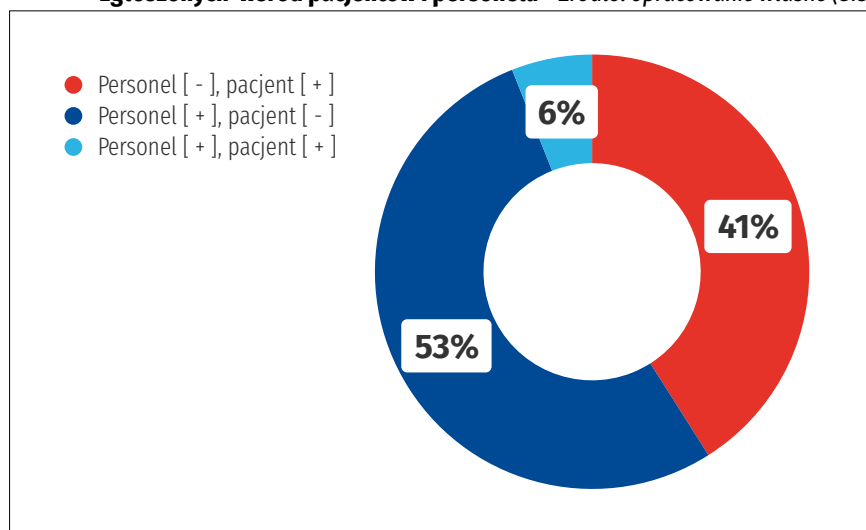
Źródło: opracowanie własne (GIS)

ROK	Liczba pacjentów z zakażeniem	Liczba potwierdzonych przypadków	Liczba personelu z zakażeniem	Liczba potwierdzonych przypadków zakażeń personelu
2020	22 231	22 048	20 697	20 411
2021	35 716	35 711	9 076	9 069

Spośród 3 419 ognisk zakażeń SARS-CoV-2, 205 ognisk (6%) ognisk dotyczyło zgłoszenia zakażeń wyłącznie wśród personelu podmiotu leczniczego, zaś w 1 411 (41,3%) raportach zgłoszono zakażenia występujące wyłącznie u pacjentów. Wykres 43.

Wyk. 43 Ogniska SARS-CoV-2 zgłoszone w 2021 r. z podziałem ognisk zakażeń zgłoszonych wśród pacjentów i personelu

Źródło: opracowanie własne (GIS)

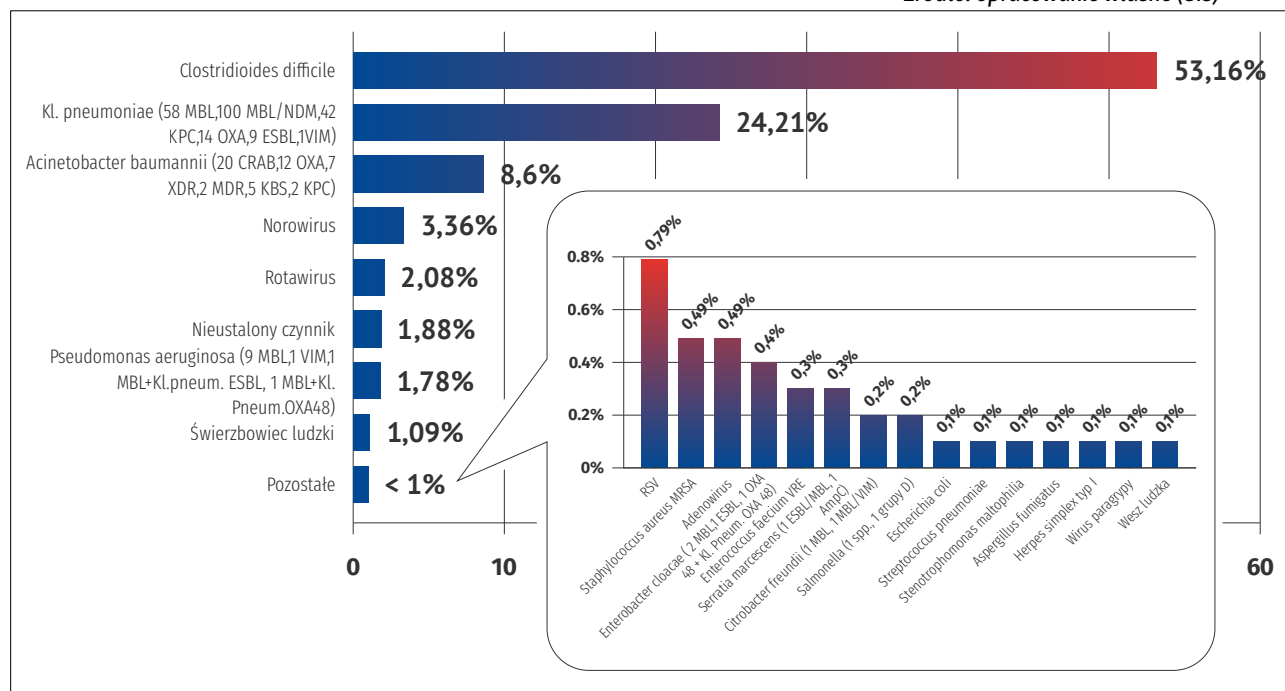


W celu porównania do lat ubiegłych zgłoszonych ognisk zakażeń szpitalnych wywołanych czynnikami innymi niż SARS-CoV-2 poniższe dane zostały opracowane bez wliczenia ognisk SARS-CoV-2.

W 2021 r. w stosunku do roku 2020 odnotowano wzrost liczby ognisk epidemicznych wywołanych przez biologiczne czynniki bakteryjne, w szczególności: *Clostridioides difficile*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* oraz *Pseudomonas aeruginosa*. Wykres 44.

Wyk. 44 Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2021 r.

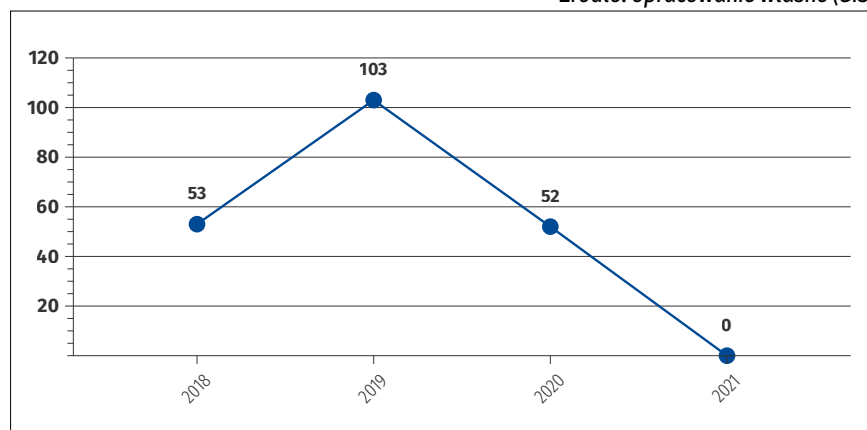
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Na przestrzeni ostatnich lat zaobserwowano trend malejący w zakresie zgłoszeń ognisk epidemicznych wywołanych przez wirusy: grypy, odry, rotawirusy, jak również pasożyta świerzbowiec ludzki. W 2021 r. do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie zgłoszono ognisk wywołanych przez wirusy grypy. Wykres 45.

Wyk. 45 Ogniska zakażeń wywołanych wirusem grypy w latach 2018–2021

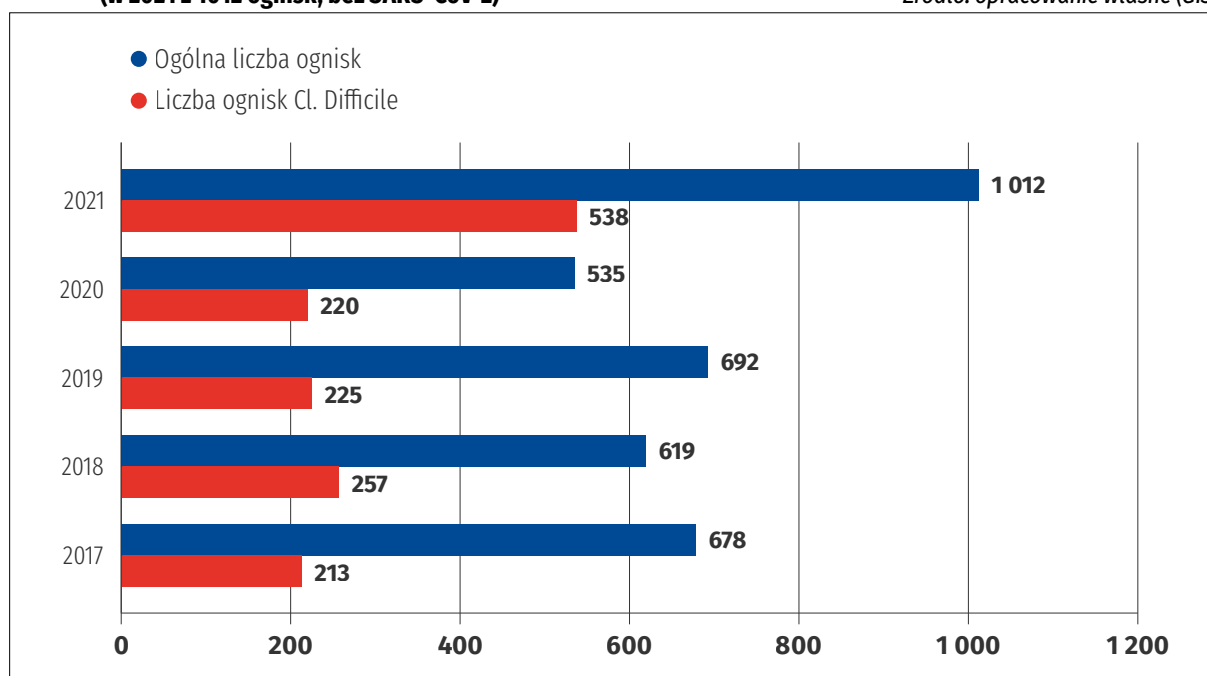
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Z nadesłanych za 2021 r. zbiorczych rocznych raportów dotyczących sytuacji epidemiologicznej szpitala wynika, iż we wszystkich województwach, podobnie jak w latach ubiegłych, dominowały zakażenia żołądkowo-jelitowe wywołane przez *Clostridioides difficile*. W 2021 r. *Clostridioides difficile* była przyczyną 538 z 1012 ognisk, co stanowiło 53,16% zarejestrowanych ognisk zakażeń (bez SARS-CoV-2). W ogniskach zakażeniu uległo łącznie 3878 osób. Ogniska *Clostridioides difficile* w 2020 r. stanowiły 41% wszystkich zgłoszonych ognisk, zaś w 2019 r. 30% wszystkich ognisk zakażeń w Polsce. Zakażenia wywołane przez laseczki *Clostridioides difficile* stają się coraz większym problemem epidemiologicznym w kraju ze względu na łatwość szerzenia się zakażeń nimi wywołanych w szpitalach, ciężki przebieg kliniczny uwarunkowany działaniem wytwarzanych przez nie toksyn – niejednokrotnie powodujący zgony osób zakażonych, a także nawrotowy przebieg choroby i długotrwałe leczenie. Wykres 46.

Wyk. 46 Ogniska zakażeń *Clostridioides difficile* / zgłoszone ogniska zakażeń w latach 2017–2021 (w 2021 z 1012 ognisk, bez SARS-CoV-2)

Źródło: opracowanie własne (GIS)

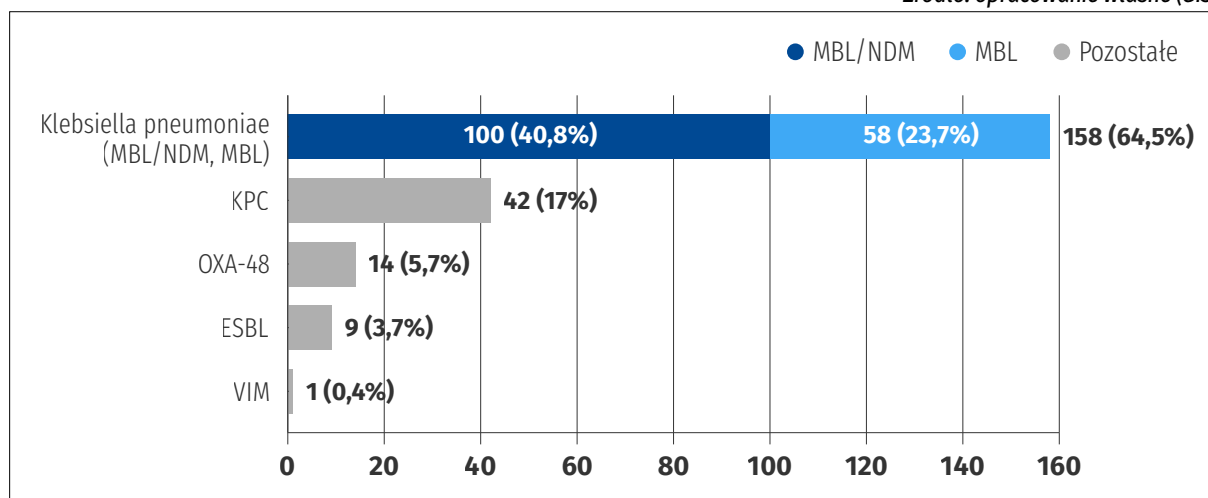


Drugim co do częstości czynnikiem etiologicznym wywołującym ogniska epidemiczne w 2021 r., podobnie jak w latach ubiegłych, w szpitalach była pałeczka Gram (-) *Klebsiella pneumoniae*, która od 2014 r. stanowi coraz większy problem epidemiologiczny. W 2021 r. *Klebsiella pneumoniae* była przyczyną 245 z 1012 (24,2%) zarejestrowanych ognisk zakażeń. Zakażeniu w ogniskach uległo łącznie 1530 osób, zaś u 1185 pacjentów wykryto kolonizację przewodu pokarmowego. Ogniska zgłoszone zostały zarówno ze szpitali klinicznych, wojewódzkich, jak też powiatowych. Wykres 47.

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

Wyk. 47 Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae* z uwzględnieniem oporności czynnika zgłoszone w 2021 r.

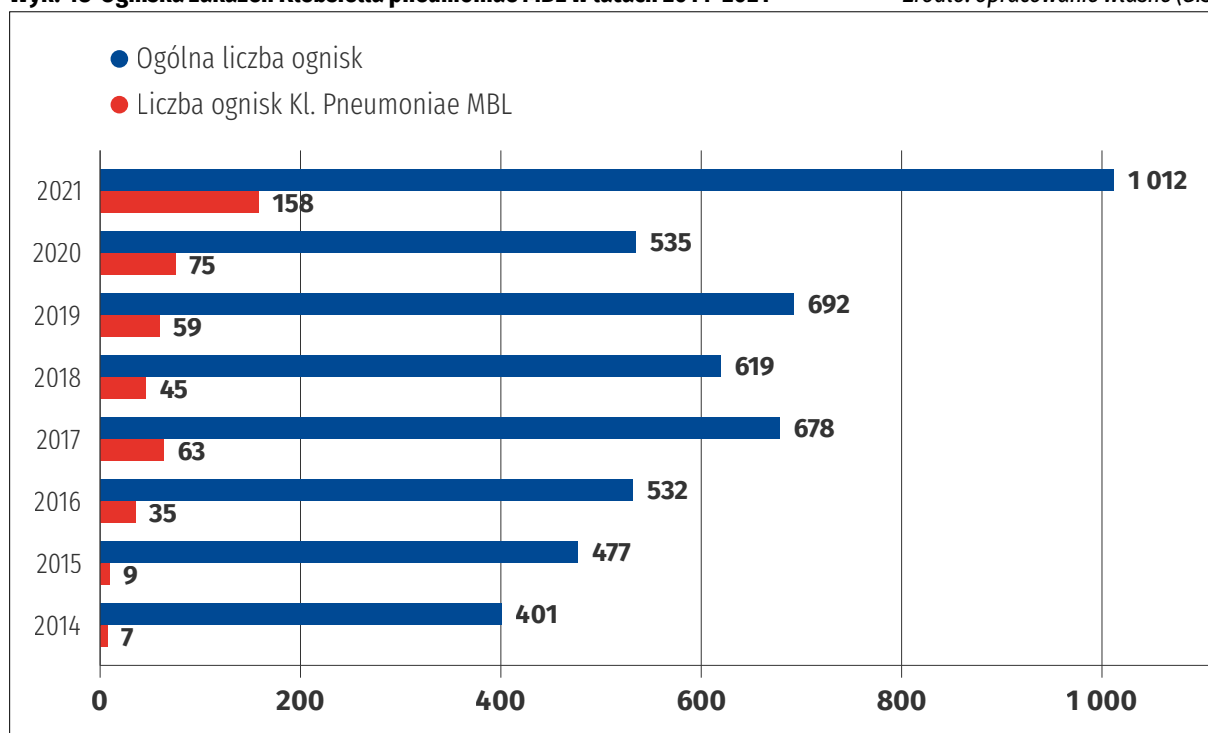
Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2021 r. zgłoszono do państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych 158 ognisk epidemicznych wywołanych przez pałeczkę *Klebsiella pneumoniae* MBL, w tym 100 ognisk NDM (New Delhi metallo- β -lactamase). Ogniska epidemiczne o etiologii *Klebsiella pneumoniae* MBL zostały zarejestrowane we wszystkich województwach. Wykres 48.

Wyk. 48 Ogniska zakażeń *Klebsiella pneumoniae* MBL w latach 2014–2021

Źródło: opracowanie własne (GIS)





Podobnie jak w latach ubiegłych, w roku 2021 zespoły kontroli zakażeń szpitalnych, konsultowały się z pracownikami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podejmując działania w celu wzmożenia nadzoru epidemiologicznego oraz zwiększenia efektywności działań przeciwepidemicznych w szpitalach, w szczególności:

- ◆ przeprowadzania badań przesiewowych u pacjentów przy przyjęciu do szpitala,
- ◆ procedur oznaczania wrażliwości pałeczek Gram (-) na karbapenemy,
- ◆ przestrzegania zasad kwarantanny/izolacji wobec pacjentów zakażonych lub skolonizowanych,
- ◆ zakresu i częstotliwości prowadzenia badań przesiewowych pacjentów hospitalizowanych
- ◆ nasilenia wewnętrznych kontroli stosowania procedur
- ◆ edukacji pacjentów przebywających w szpitalach oraz ich rodzin na temat zasad postępowania w celu zapobiegania zakażeniom.

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

10.4. Analiza raportów rocznych o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitali w zakresie nadzoru nad czynnikami alarmowymi w podmiotach leczniczych

Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala Państwowa Inspekcja Sanitarna otrzymuje raporty o bieżącej sytuacji epidemicznej szpitala, w tym raport okresowy obejmujący okres nie dłuższy niż rok kalendarzowy, który zawiera wykaz biologicznych czynników chorobotwórczych stwierdzonych w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego.

Z przekazanych do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej raportów za rok 2021 wynika, że w szpitalach w Polsce znajduje się 209 812 łóżek funkcjonujących w 7 376 oddziałach szpitalnych (zabiegowych i niezabiegowych).

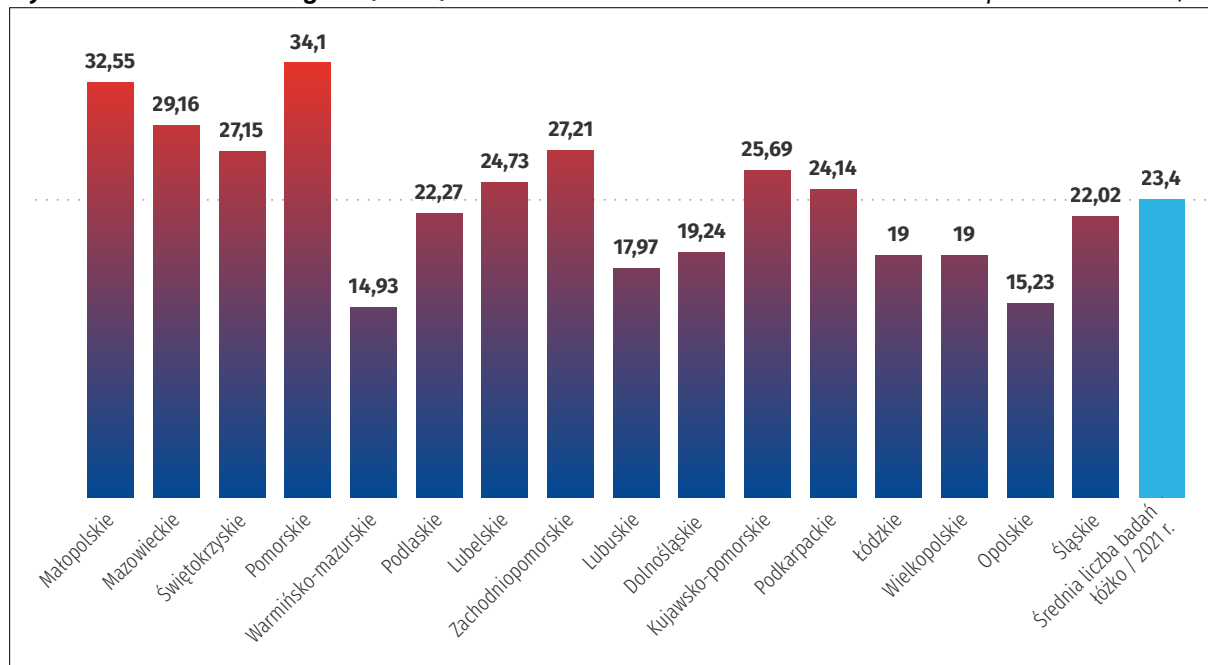
W 2021 r. hospitalizowano 7 847 647 pacjentów. W podmiotach leczniczych wykorzystanych zostało 61,89% łóżek szpitalnych.

W 2021 r. wykonano ogółem 4 998 419 badań mikrobiologicznych, co stanowiło 63,7 badań mikrobiologicznych na 100 pacjentów oraz 0,6 badania mikrobiologicznego na jednego pacjenta. Zgodnie z zawartymi

w Raporcie okresowym danymi za rok 2021 średnia liczba wykonanych badań mikrobiologicznych/tóżko/rok wyniosła 23,4 badania. Najwięcej badań mikrobiologicznych wykonano w województwach: pomorskim, małopolskim, mazowieckim, zachodniopomorskim i świętokrzyskim. Wykres 49.

Wyk. 49 Badania mikrobiologiczne/tóżko/rok w 2021 r.

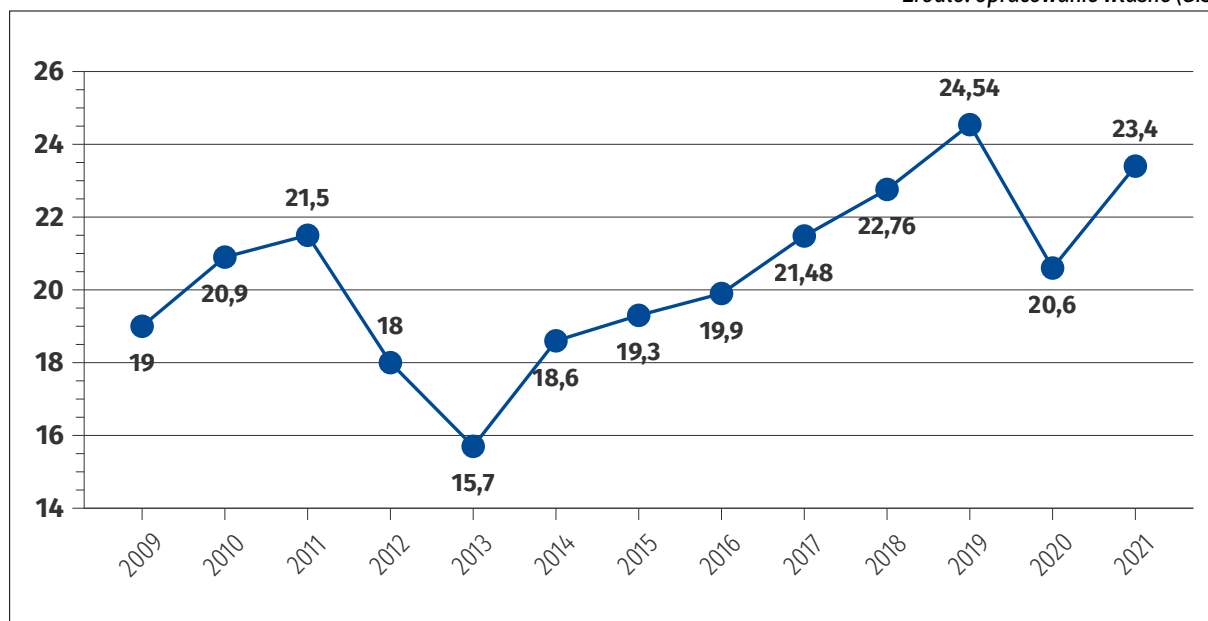
Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej jest elementem kluczowym w nadzorze nad zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się tendencję wzrostową wykonywanych badań mikrobiologicznych w szpitalach w Polsce. Wykres 50.

Wyk. 50 Średnia liczba badań mikrobiologicznych/tóżko/rok w poszczególnych latach

Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2021 r. wykonano 1 505 915 badań mikrobiologicznych, co stanowiło 19,19 posiewów na 100 pacjentów. Odnotowano wzrost liczby wykonywanych posiewów krwi w stosunku do 2020 r., w którym wykonano 726 342 posiewy (10,21 na 100 pacjentów).

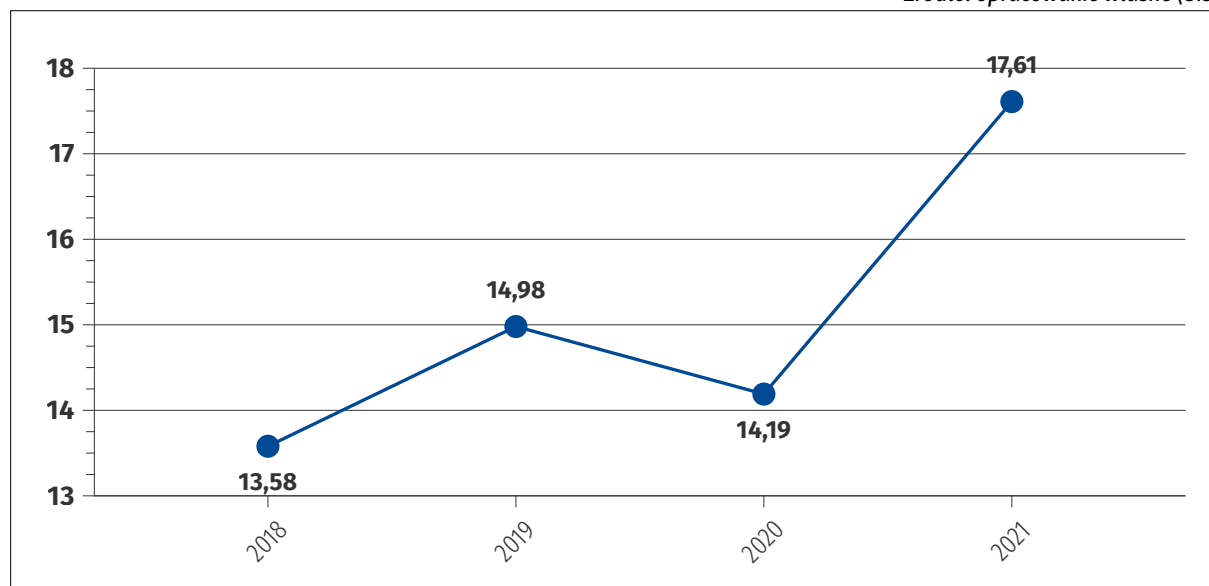
Wykazano łącznie 138 224 pacjentów, u których wykryto zakażenie czynnikiem alarmowym, w tym 64 154 zakażeń zostało wykrytych do 72 godzin od chwili przyjęcia do szpitala, co stanowi 46,41% wszystkich zakażeń wywołanych czynnikiem alarmowym wykrytymi przy przyjęciu do szpitala.

Najwyższe wskaźniki w zakresie diagnostyki mikrobiologicznej w 2020 r. notowano w oddziałach intensywnej opieki i intensywnej terapii: dorosłych (149 badań/łożko/rok; 6 badań/pacjenta/rok), dzieci (98,9 badań/łożko/rok; 4,7 badań/pacjenta/rok), noworodków (44 badań/łożko/rok; 1,2 badań/pacjenta/rok) oraz w oddziałach: transplantologicznych (101,8 badań/łożko/rok; 2,8 badań/pacjenta/rok), zakaźnych (29,5 badań/łożko/rok; 1,7 badań/pacjenta/rok), oparzeniowych (23,4 badań/łożko/rok; 1,3 badań/pacjenta/rok), geriatrycznych (19,3 badań/łożko/rok; 1 badań/pacjenta/rok), niezabiegowych pediatrycznych (47,5 badań/łożko/rok; 0,9 badań/pacjenta/rok) i niezabiegowych dorosłych (35,7 badań/łożko/rok; 0,9 badań/pacjenta/rok).

W 2021 r. odnotowano wzrost zapadalności na zakażenia w przeliczeniu na 1000 hospitalizacji w porównaniu do lat ubiegłych. Wykres 51.

Wyk. 51 Średnia zapadalność na zakażenia w przeliczeniu na 1000 hospitalizacji w latach 2018-2021

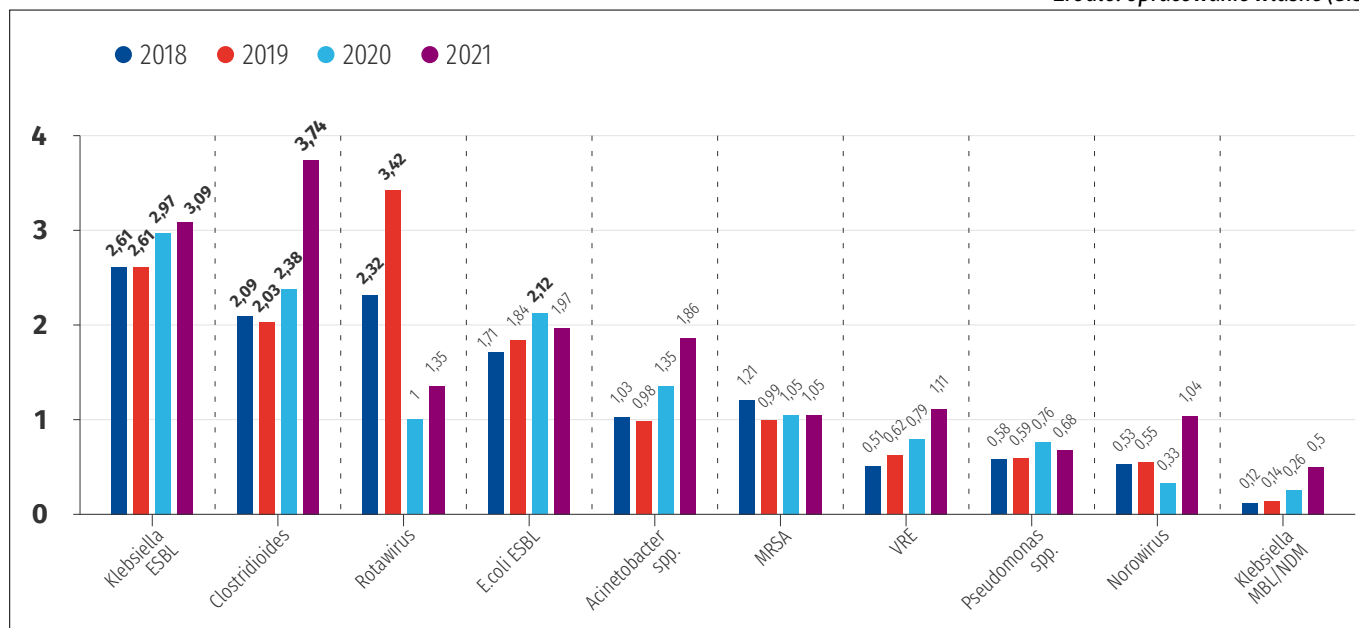
Źródło: opracowanie własne (GIS)



W 2021 r. największą zapadalność w przeliczeniu na 1000 hospitalizacji odnotowano w przypadkach zakażeń wywołanych przez: *Clostridioides difficile* – zapadalność 3,74 na 1000 hospitalizacji; wzrost wskaźnika w stosunku do roku 2020 o 1,36; *Acinetobacter spp.* – zapadalność 1,86 na 1000 hospitalizacji; wzrost wskaźnika w stosunku do roku 2020 o 0,51; *Klebsiella pneumoniae MBL/NDM* – zapadalność 0,5 na 1000 hospitalizacji; wzrost wskaźnika w stosunku do roku 2020 o 0,25; *Klebsiella spp. ESBL* – zapadalność 3,09 na 1000 hospitalizacji; wzrost wskaźnika w stosunku do roku 2020 o 0,12. Wykres 52.

Wyk. 52 Zakażenia szpitalne – zapadalność w przeliczeniu na 1000 hospitalizacji w latach 2018-2021

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Jak wynika z przesłanych przez podmioty lecznicze raportów rocznych, na ogólną liczbę 10 308 wykazanych przypadków *Klebsiella pneumoniae* MBL/NDM stwierdzono 3945 zakażeń objawowych (38,3%) oraz 6 363 kolonizacji (61,7%). W 2021 r., podobnie jak w latach poprzednich, odnotowano wyższą zapadalność w przypadku kolonizacji przewodu pokarmowego niż w zakażeniach objawowych. Zapadalność na *Klebsiella pneumoniae* MBL/NDM w 2021 r., zarówno pod postacią objawowych zakażeń, jak i kolonizacji przewodu pokarmowego, wyniosła – 1,33/1000 hospitalizacji. Na przestrzeni ostatnich trzech lat obserwuje się tendencję wzrostową zapadalności na zakażenia wywołane tym czynnikiem alarmowym: 2018 r. – 0,49/1000 hospitalizacji; 2019 r. – 0,54/1000 hospitalizacji; 2020 r. – 0,68/1000 hospitalizacji.

Najwyższą zapadalność na zakażenia wywołane przez *Klebsiella pneumoniae* MBL/NDM, tj. wskaźnik powyżej 1/1000 hospitalizacji, odnotowano w oddziałach: anestezjologii i intensywnej terapii/opieki dorosłych (15,76/1000 hospitalizacji), zakładów opiekuńczo – leczniczych (ZOL)/pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) będących w strukturach szpitala (1,48/1000 hospitalizacji), oddziałach chorób zakaźnych (1,32/1000 hospitalizacji) oraz hospicjach (1,11/1000 hospitalizacji). W 2021 r. większość przypadków zakażeń *Klebsiella pneumoniae* MBL/NDM odnotowywana była w trakcie pobytu pacjentów w szpitalu – 2 724 przypadków (69%).

Największą zapadalność w zakresie kolonizacji *Klebsiella pneumoniae* MBL/NDM, tj. wskaźnik powyżej 1/1000 hospitalizacji, odnotowano w oddziałach: anestezjologii i intensywnej terapii/opieki dorosłych (15,58/1000 hospitalizacji), ZOL/ZPO będących w strukturach szpitala (4,86/1000 hospitalizacji), hospicjum stacjonarne (4,31 /1000 hospitalizacji), medycyny paliatywnej (2,67/1000 hospitalizacji), oddziałach chorób zakaźnych (2,42/1000 hospitalizacji), oddziałach geriatrycznych (2,39/1000 hospitalizacji), oddziałach transplantologicznych (2,17/1000 hospitalizacji), oddziałach niezabiegowych dorosłych (1,51/1000 hospitalizacji) oraz oddziałach rehabilitacyjnych (1,43/1000 hospitalizacji).

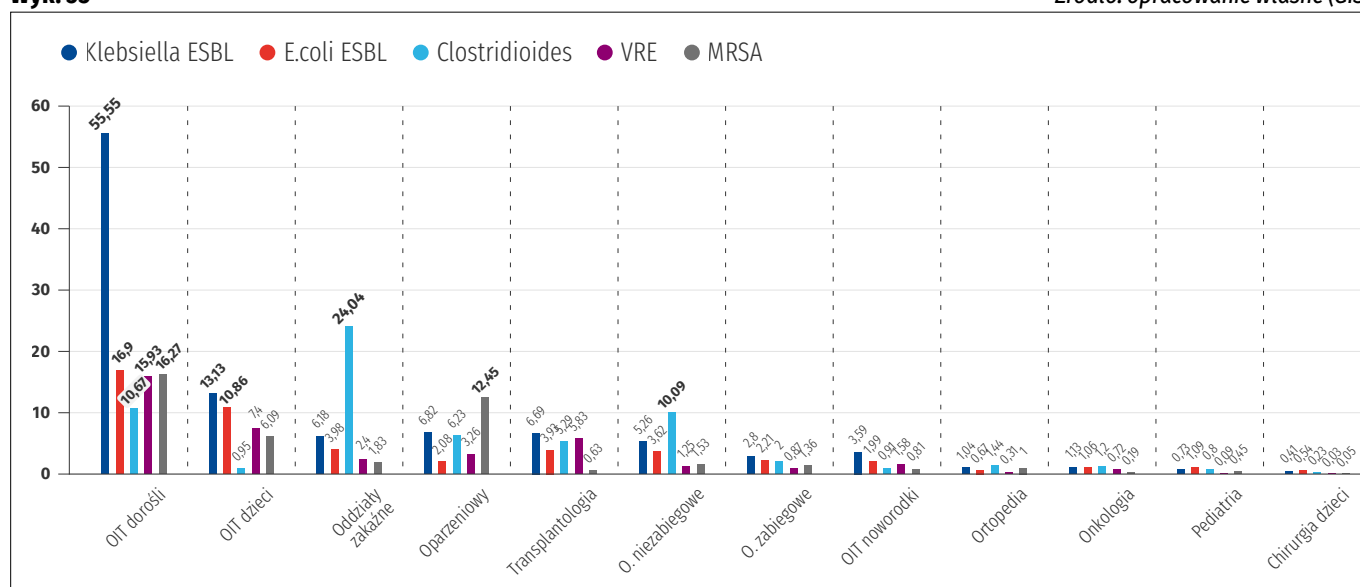


W 2021 r. wykazano łącznie 29 511 pacjentów, u których wykryto zakażenie *Clostridioides difficile*, w tym 9 355 zakażeń wykryto do 72 godzin od chwili przyjęcia do szpitala, co stanowi 31,7% wszystkich zakażeń wywołanych czynnikami alarmowymi w 2020 r. 20 156 zakażeń ujawniło się po 72 godzinach od przyjęcia do szpitala, co stanowi 68,3% wszystkich zakażeń wywołanych *Clostridioides difficile* w 2021 r. Najwięcej pacjentów z zakażeniem *Clostridioides difficile* hospitalizowano w oddziałach: niezabiegowych dorosłych (17 432 pacjentów), oddziałach chorób zakaźnych (3 211 pacjentów), oddziałach zabiegowych dorosłych (2 790 pacjentów), oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii/opieki dorosłych (1 120 pacjentów).

Dane porównawcze dotyczące zarejestrowanych czynników alarmowych wywołujących zakażenia w poszczególnych oddziałach w 2021 r. przedstawiono na wykresach. Wykresy 53-56.

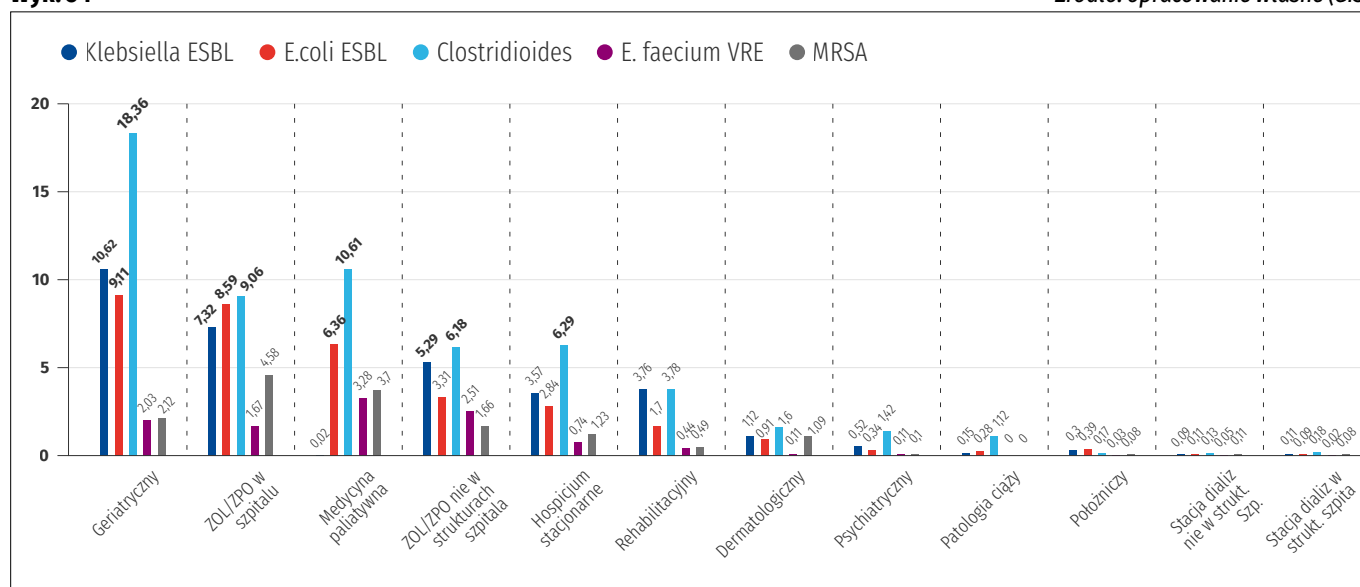
Wyk. 53

Źródło: opracowanie własne (GIS)



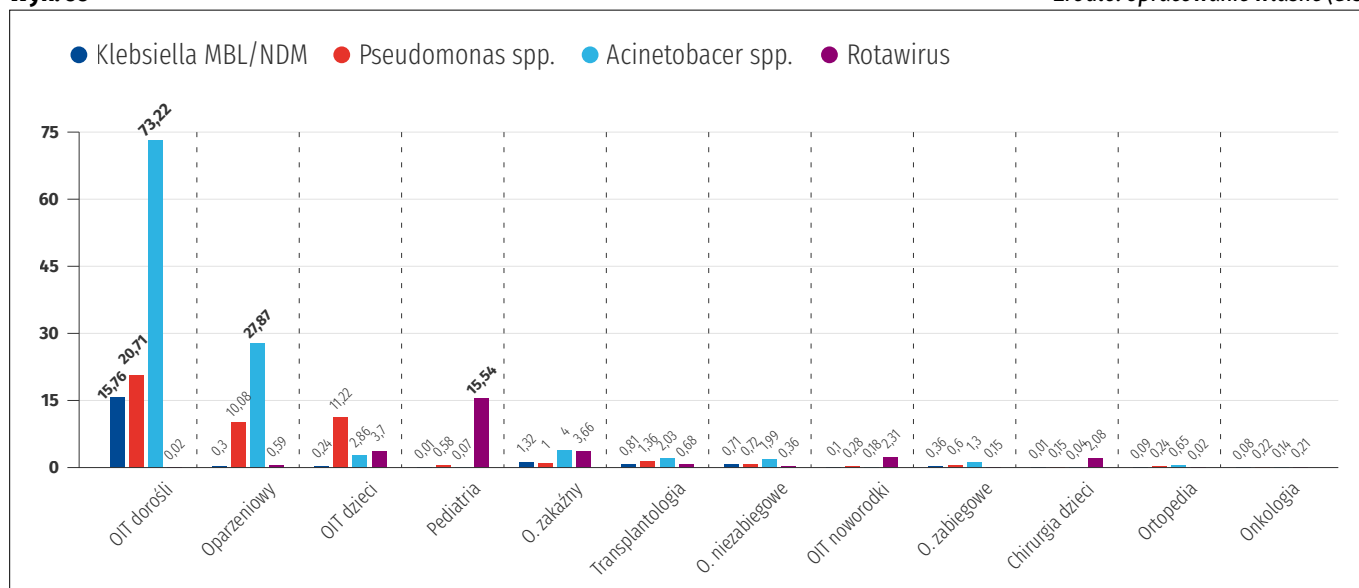
Wyk. 54

Źródło: opracowanie własne (GIS)



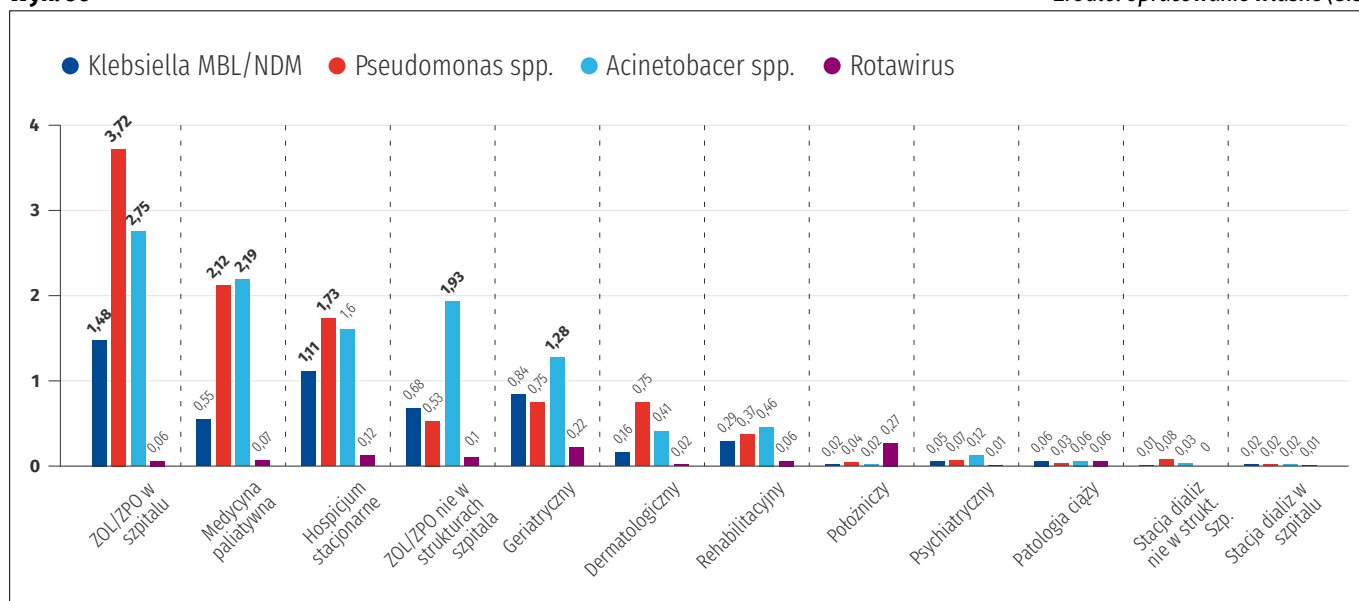
Wyk. 55

Źródło: opracowanie własne (GIS)



Wyk. 56

Źródło: opracowanie własne (GIS)





11. Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) w zakresie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego granic Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej w 2021 r.

W ramach realizacji ustawowych zadań Główny Inspektor Sanitarny przy pomocy Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych (PGIS) monitoruje zagrożenia i ocenia sytuację epidemiologiczną wzdłuż granicy Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącej granicę zewnętrzną Unii Europejskiej, nadzorując zabezpieczenie granicy przed zawleczeniem do kraju chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Istotną część działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowią działania PGIS działających na obszarach przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych. Zadania te realizuje 10 granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych (GSSE) w: Dorohusku, Elblągu, Gdyni, Hrebennem, Koroszczynie, Przemysłu, Suwałkach, Szczecinie, Świnoujściu i Warszawie, sprawujących nadzór nad 8 przejściami lotniczymi, 6 przejściami morskimi oraz 15 przejściami lądowymi.

11.1. Zakres działań Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych

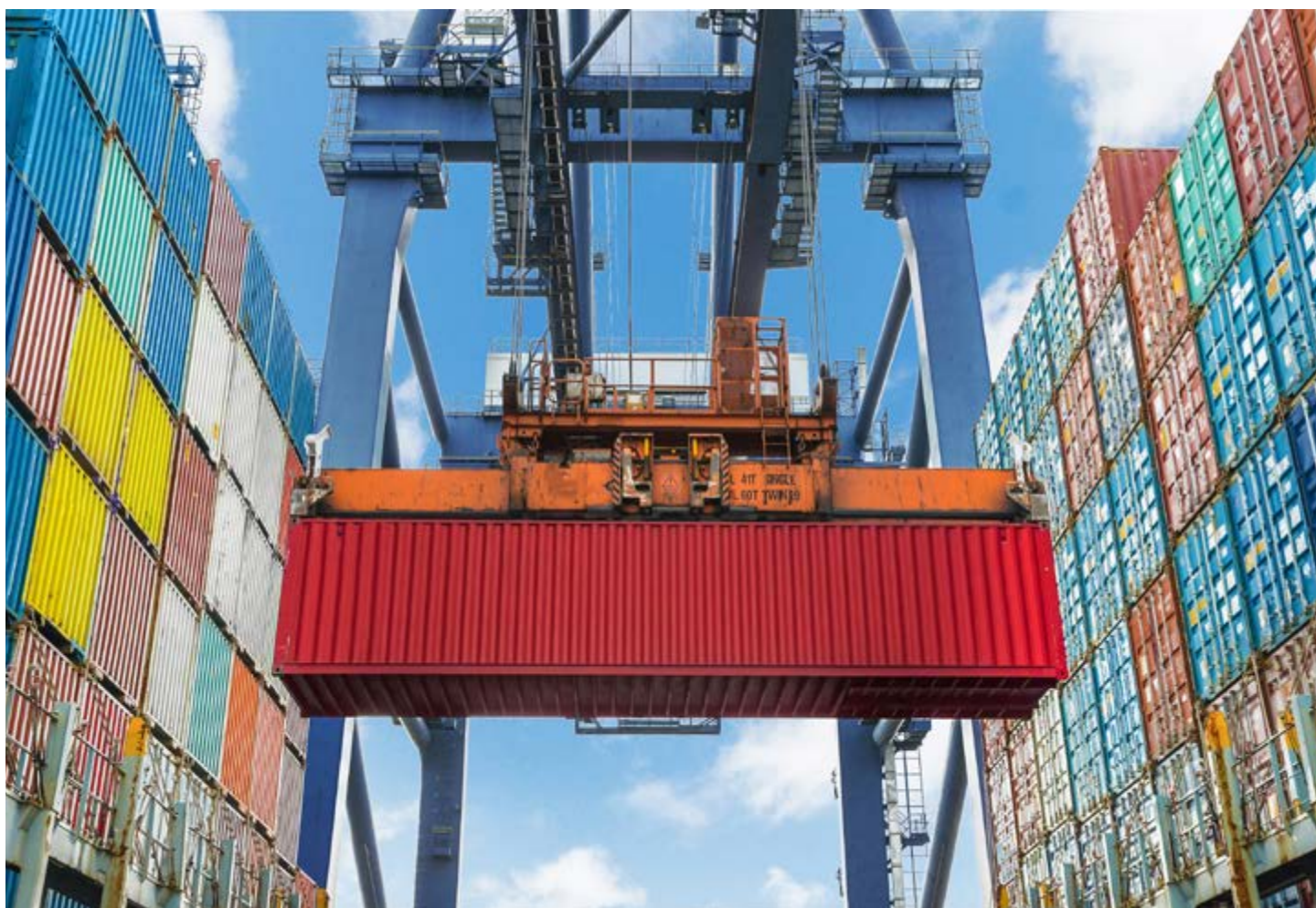
1. Ochrona sanitarno-epidemiologiczna granic państwa i Unii Europejskiej przed zawleczeniem do kraju wysoce niebezpiecznych chorób zakaźnych.
2. Sprawowanie nadzoru sanitarnego nad środkami spożywczymi, substancjami pomagającymi w przetwarzaniu, materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością przekraczającymi granicę.
3. Nadzór nad nowymi produktami wprowadzanymi do obrotu, a mogącymi stanowić zagrożenie dla zdrowia ludzi.
4. Nadzór sanitarny nad ruchem pasażerskim i towarowym w morskich, lotniczych i lądowych przejściach granicznych.
5. Nadzór nad jakością wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi w środkach transportu morskiego, powietrznego i kolejowego.
6. Sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów sanitarno-higienicznych nad infrastrukturą na obszarach przejść granicznych.
7. Nadzór nad przestrzeganiem przepisów określających warunki zdrowotne środowiska pracy, zwłaszcza związanych z zapobieganiem powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy.
8. Współpraca ze służbami i organami kontrolnymi, działającymi na granicy państwa, w celu zapewnienia skutecznej ochrony sanitarno-epidemiologicznej granic państwa.
9. Prowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych i promujących zdrowie wobec osób przekraczających granice państwa, w zakresie aktualnych zagrożeń dla zdrowia.

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

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

Bieżący i zapobiegawczy nadzór sanitarny oraz nadzór epidemiologiczny prowadzony jest przez PGIS na podstawie ściśle określonych zasad współpracy z innymi organami kontroli granicznej oraz jednostkami i służbami zaangażowanymi w zapewnienie bezpieczeństwa osób przekraczających granicę Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności:

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



11.3. Działania GSSE w obszarze portów morskich i jednostek pływających

W 2021 r. Główny Inspektor Sanitarny realizował zadania związane z ochroną zdrowia publicznego wpisujące się w politykę morską państwa poprzez wykonywanie przez podległe Graniczne Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne w Gdyni, Szczecinie, Świnoujściu i Elblągu działań z zakresu:

- ◆ nadzoru sanitarnego nad jednostkami pływającymi o polskiej i obcej przynależności:
 - ✦ łącznie przeprowadzono 655 kontroli jednostek w celu wydania *Świadectwa Zwolnienia Statku z Zabiegów Sanitarnych (Ship Sanitation Control Exemption Certificate (SSCEC))*. Wydano taką samą liczbę certyfikatów;
 - ✦ łącznie przeprowadzono 64 kontrole punktów medycznych na jednostkach o obcej przynależności, celem wydania *Certyfikatu Medycznego (Medical Certificate)* dot. spełnienia minimalnych wymagań w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w celu zapewnienia wyższego poziomu leczenia na jednostkach pływających. Wydano taką samą liczbę certyfikatów;
 - ✦ łącznie przeprowadzono 5 kontroli na zlecenie armatorów i właścicieli jednostek pływających, celem wydania przez Urząd Morski *Karty Bezpieczeństwa Żeglugi*;
- ◆ nadzoru sanitarnego nad portowymi obiektami lądowymi (punkty gastronomiczne, infrastruktura portowa, zakłady pracy) i przystaniami;
 - ✦ łącznie przeprowadzono 976 kontroli;
- ◆ nadzór sanitarny nad jednostkami pływającymi (promy pasażerskie, rekreacyjne i turystyczne) o polskiej przynależności odbywających rejsy po morskich wodach terytorialnych RP oraz morskich wodach wewnętrznych obejmujących polskie porty:
 - ✦ łącznie przeprowadzono 654 kontrole;
- ◆ nadzoru nad wszelkimi zabiegami dezynfekcyjnymi, dezynsekcijnymi i deratyzacyjnymi wykonywanymi na terenie obiektów portowych i na statkach;
- ◆ wykonywania obowiązków wynikających z międzynarodowych przepisów zdrowotnych i konwencji międzynarodowych ratyfikowanych przez Polskę, w tym wykonywanie szczepień ochronnych wymaganych w ruchu międzynarodowym:
 - ✦ w Granicznej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Szczecinie prowadzony jest punkt szczepień ochronnych dla marynarzy oraz osób podróżujących do wszystkich krajów świata. Łączna liczba szczepień wykonanych w 2021 r. w tym punkcie szczepień to 327;
- ◆ poradnictwa z zakresu medycyny podróży i szczepień obowiązkowych i zalecanych oraz profilaktyki chorób zakaźnych i pasożytniczych:
 - ✦ w 2021 r. udzielono 754 porad;
- ◆ kontroli, zapobiegania i nadzoru nad przypadkami zachorowań na choroby zakaźne zawleczone drogą morską, przeprowadzanie wywiadów i dochodzeń epidemiologicznych;
- ◆ nadzoru nad warunkami sanitarnymi transportu pasażerskiego na przejściach granicznych morskich;
- ◆ nadzoru sanitarnego nad jakością wody z urzędzeń służących do zaopatrywania w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi i na potrzeby gospodarcze na jednostkach pływających i w obiektach portowych;

- ✦ w 2021 r. pobrano 561 próbek wody pitnej do badań laboratoryjnych ze zbiorników statków morskich, jednostek żeglugi śródlądowej oraz infrastruktury portowej do badań mikrobiologicznych);
- ◆ uczestniczenia w dopuszczeniu do użytku statków morskich;
- ◆ uzgadniania lub opiniowania dokumentacji projektowej pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych dotyczących budowy oraz zmiany sposobu użytkowania statków morskich, a także związanych z przeprowadzaniem oceny oddziaływania przedsięwzięć na środowisko.

11.4. Działalność Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych na przejściach lądowych oraz lotniczych

W 2021 r. Główny Inspektor Sanitarny realizował zadania związane z ochroną zdrowia publicznego na przejściach lądowych poprzez wykonywanie przez podległe Graniczne Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne w Koroszczynie, Hrebennem, Przemyślu, Suwałkach, Dorohusku oraz Elblągu kontroli przestrzegania wymogów higienicznych i zdrowotnych w nadzorowanych obiektach. Łącznie przeprowadzono:

- ◆ 244 kontrole zakładów obiektów, obiektów i urzędzeń;
- ◆ 1017 dochodzeń epidemiologicznych, na podstawie których wydano zgodę na przekroczenie granicy państwa bez obowiązku odbycia kwarantanny.

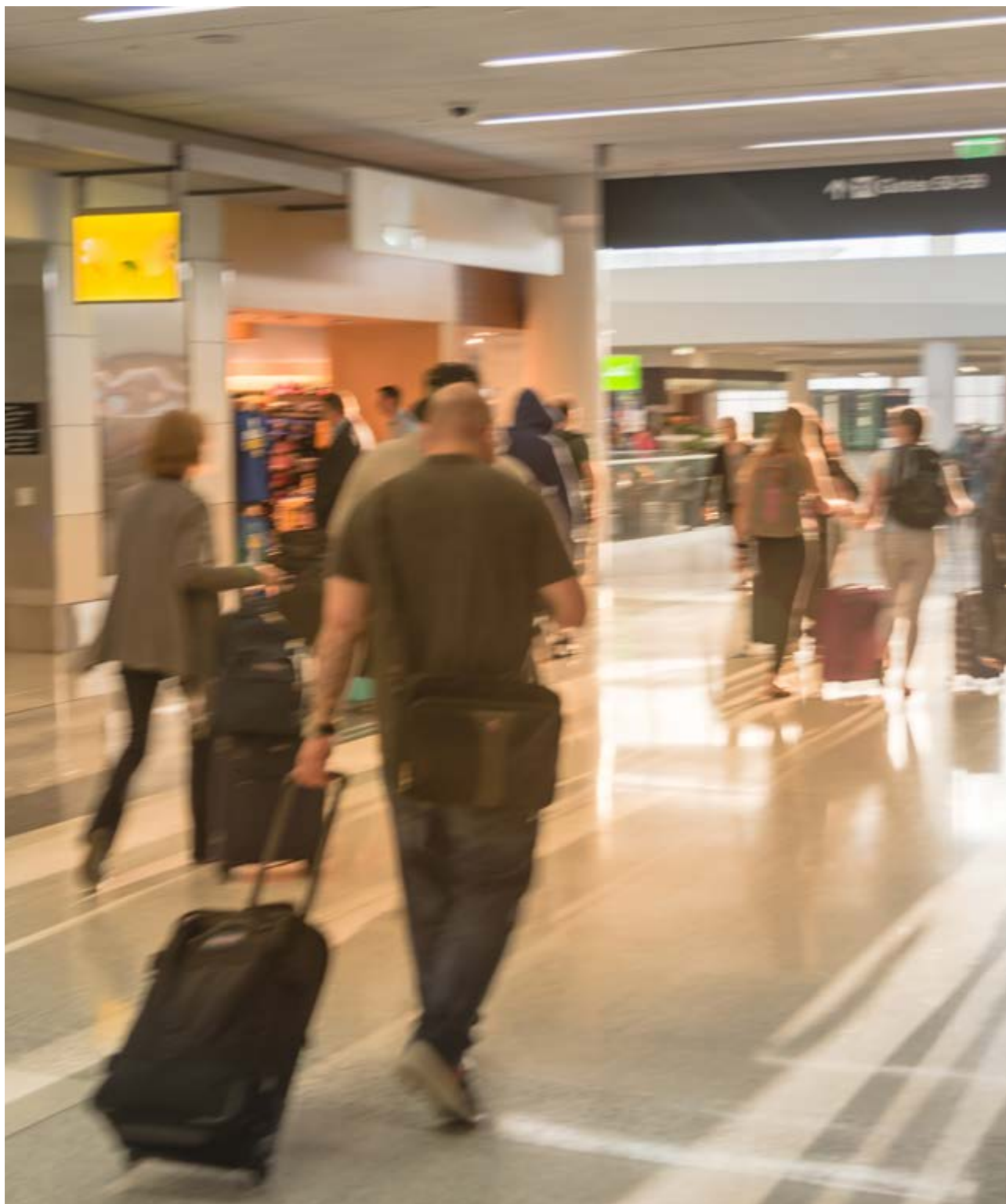
Natomiast na przejściach lotniczych realizował zadania związane z ochroną zdrowia publicznego poprzez wykonywanie przez podległe Graniczne Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne w Warszawie (Lotnisko Chopina i Lotnisko w Modlinie), w Przemyślu (Rzeszów – Jasionka, Mielec), w Dorohusku (Lublin-Świdnik), w Gdyni (Gdańsk Rębiechowo), w Szczecinie (Szczecin-Goleniów) w Elblągu (Olsztyn-Szymany) zadań monitorowania stanu sanitarnego pomieszczeń ogólnodostępnych w portach lotniczych oraz prowadzenia monitoringu przeglądowego pasażerów przylatujących z rejonów zagrożonych:

- ◆ w roku 2021 na Lotnisku Chopina wykonano 1538 czynności sprawdzających stan sanitarny pomieszczeń ogólnodostępnych;
- ◆ monitoringiem przeglądowym na Lotnisku Chopina objęto 465 822 pasażerów przylatujących;
- ◆ na Lotnisku w Modlinie wykonano 60 czynności sprawdzających stan sanitarny pomieszczeń ogólnodostępnych;
- ◆ monitoringiem przeglądowym na Lotnisku w Modlinie objęto 17 302 pasażerów przylatujących.

W związku z pandemią COVID-19 w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego został wprowadzony czasowy obowiązek wypełniania formularza Karty Lokalizacji Pasażera (KLP), dla celów zdrowotnych, przez wszystkich pasażerów przekraczających granicę Rzeczypospolitej Polskiej statkiem powietrznym. Obowiązek stosowania Karty Lokalizacyjnej Pasażera wynika wprost z załącznika nr 9 „Międzynarodowe Normy i Zalecane Metody Postępowania” będącego wykonaniem art. 37 Konwencji o mię-

dzynarodowym lotnictwie cywilnym podpisanej w Chicagu dnia 7 grudnia 1944 r. (Dz. U. z 1959 r. poz. 212, z późn. zm.).

KLP była wypełniana przez podróżnych w związku z planowanym przekroczeniem granicy. Natomiast dane pochodzące z KLP były wykorzystywane przez PGIS oraz PPIS podczas prowadzonego dochodzenia epidemiologicznego po narażeniu na COVID-19 w trakcie lotu.



11.5. Działania PGIS w związku z epidemią COVID-19

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

Prowadzono konsultacje i analizy procedur w ramach zabezpieczenia przeciwepidemicznego na nadzorowanych przejściach. W przypadku wystąpienia zachorowań na COVID-19 wśród pasażerów i załóg statków powietrznych oraz osób przekraczających granicę Rzeczypospolitej Polskiej drogą lądową i morską PGIS podejmowali współpracę z właściwymi PPIS w ramach „stacji wirtualnych” w zakresie ustalania osób z kontaktu z osobami zakażonymi oraz kierowania ich na kwarantannę zgodnie z miejscem zamieszkania. PGIS podejmowali również decyzje w zakresie zwolnień podróży z kwarantanny wjazdowej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Podczas prowadzonych kontroli zwracano szczególną uwagę na przestrzeganie przepisów przeciwepidemicznych, w szczególności zapewnienia pasażerom środków dezynfekcyjnych, utrzymywania dystansu społecznego oraz stosowania środków ochrony osobistej.

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

- ◆ monitorowali sytuację epidemiologiczną na świecie;
- ◆ sprawowali nadzór nad ruchem pasażerskim na obszarze lotniczych, morskich i lądowych przejść granicznych;
- ◆ przekazywali zgłoszenia rozpoznania lub powzięcia podejrzenia zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej państwowym powiatowym inspektorom sanitarnym (ZLK-1);
- ◆ prowadzili dochodzenia epidemiologiczne w przypadku uzyskania informacji o dodatnim wyniku testu w kierunku koronawirusa pasażera lub pracownika lotniska/portu morskiego oraz na przejściach lądowych;
- ◆ wykonywali obowiązki wynikające z międzynarodowych przepisów zdrowotnych i konwencji międzynarodowych ratyfikowanych przez Polskę;
- ◆ sprawowali nadzór nad stanem sanitarnym obiektów użyteczności publicznej na przejściach granicznych;
- ◆ w nadzorowanych obiektach prowadzili kontrole sanitarne przestrzegania obostrzeń związanych z epidemią; oceniali stan sanitarno-higieniczny ambulatoriów przeznaczonych do udzielania pomocy medycznej dla pasażerów oraz izolatoriów przeznaczonych dla pasażerów podejrzanych o zachorowanie na chorobę zakaźną;
- ◆ prowadzili działania w zakresie promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej wobec osób zatrudnionych na przejściach granicznych oraz osób przekraczających granicę państwa;
- ◆ współpracowali z zarządzającymi portami lotniczymi, portami morskimi oraz lądowymi;
- ◆ przekazywali informacje o zagrożeniach, informowali o aktualizowanych na bieżąco wytycznych oraz komunikatach dotyczących sytuacji epidemiologicznej znajdujących się na stronach Głównego Inspektoratu Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia.





**JAKOŚĆ WODY PRZEZNACZONEJ
DO SPOŻYCIA**

1. Wstęp

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

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

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

1 Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 195)

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

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

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



2. Zaopatrzenie ludności w wodę

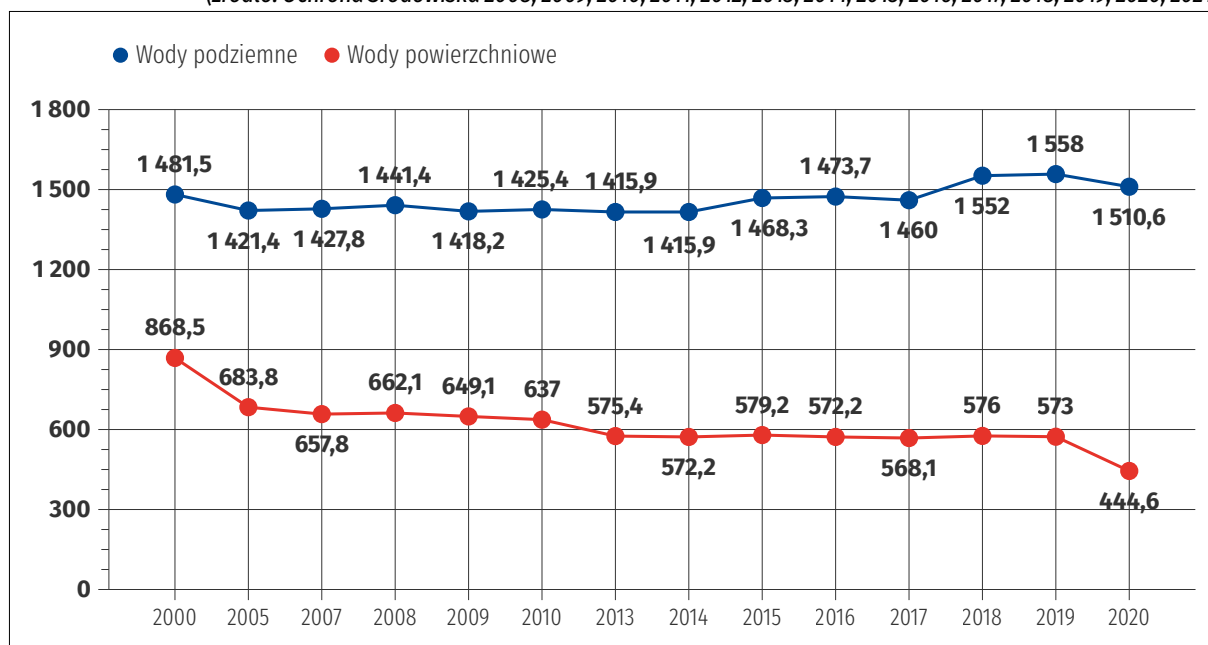
2.1. Pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej

Głównym źródłem wody w sieci wodociągowej były wody podziemne ze względu na ich znacznie lepszą jakość. W 2020 r. w eksploatacji sieci wodociągowej wody podziemne stanowiły 77,26% (1510,6 hm³)⁴.

Z danych będących w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynika, iż w 2021 r. funkcjonowało 12 099 ujęć wody wykorzystywanych do zbiorowego zaopatrzenia, w tym 360 ujęć powierzchniowych i 11 739 ujęć podziemnych⁵.

Wyk. 57 Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000–2020

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



W roku 2020 pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej zmniejszył się o około 175,8 hm³ w stosunku do roku 2019. Z ujęć powierzchniowych wodę najczęściej pobierają wodociągi, które zaopatrują największe aglomeracje miejskie i przemysłowe. Jest to dobry kierunek, gdyż woda pochodząca z ujęć podziemnych charakteryzuje się stabilnym składem i mniejszą ilością zanieczyszczeń. Może ona zawierać wyższe stężenia żelaza i manganu, co może wpływać na jej zabarwienie i sprzyjać tworzeniu się zawiesin. Nie ma to jednak wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne wody.

Polska zaliczana jest do krajów ubogich w zasoby wodne (zasoby wód Polski plasują się na 3. miejscu od końca wśród krajów UE). Przeciętne zasoby wód w Polsce wynoszą ok. 60 mld m³, a w porach suchych ten poziom może spaść⁶ nawet poniżej 40 mld m³.

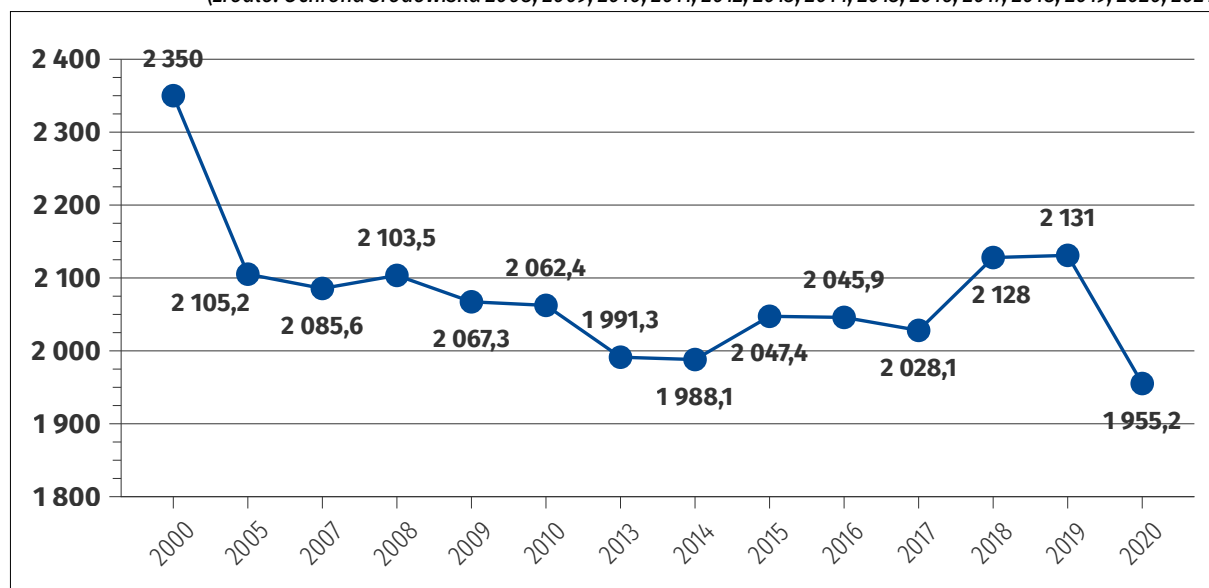
⁴ źródło: Ochrona Środowiska 2021

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

⁶ źródło: Ochrona Środowiska 2021

Wyk. 58 Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000–2019

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



Na przestrzeni ostatnich lat pobór wody na cele zaopatrzenia w wodę w Polsce stopniowo maleje: w 2020 r. zmalał o 175,8 hm³ w stosunku do 2019 r. i wyniósł 1 955 hm³.

2.2. Struktura wodociągów w Polsce

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy⁷ zaopatrzenie w wodę jest zadaniem własnym gminy. Przepisy tej ustawy regulują zaopatrzenie w wodę dostarczaną przez przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne i podmioty prowadzące tego typu działalność. Struktura wodociągów w 2021 r. została przedstawiona w poniższej tabeli⁸.

Tab. 22 Struktura wodociągów w 2021 r.

(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

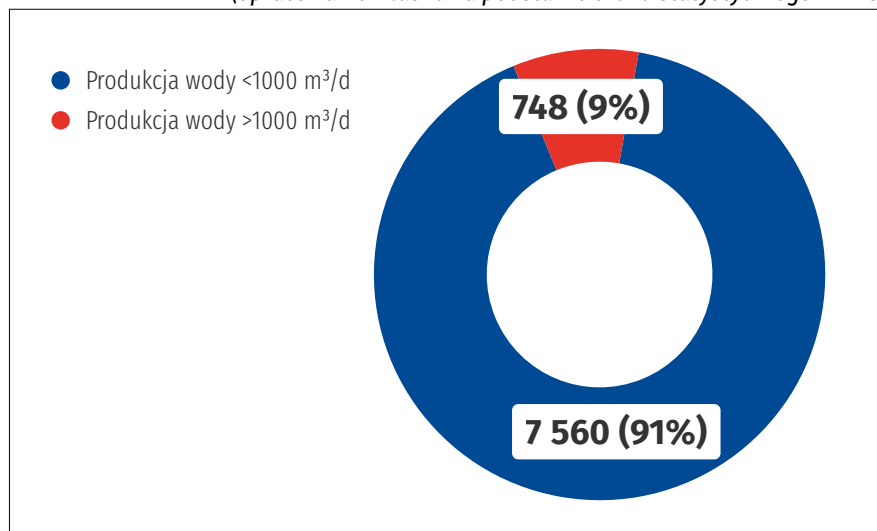
Wodociągi o produkcji [m ³ /d]	Liczba urządzeń dostarczających wodę		Liczba ludności zaopatrywanej w wodę (w tys.)	
	łącznie	odpowiadającą wymaganiom ⁸	łącznie	odpowiadającą wymaganiom
≤100	3 175	3 084	1 416,86	1 393,455
101-1000	4 385	4 332	10 220,15	10 138,686
1001-10000	688	684	12 210,12	12 139,777
10001-100000	54	53	7 724,09	7 724,089
>100000	6	6	4 630,35	4 630,346
SUMA	8 308	8 160	36 201,565	36 026,353

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

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

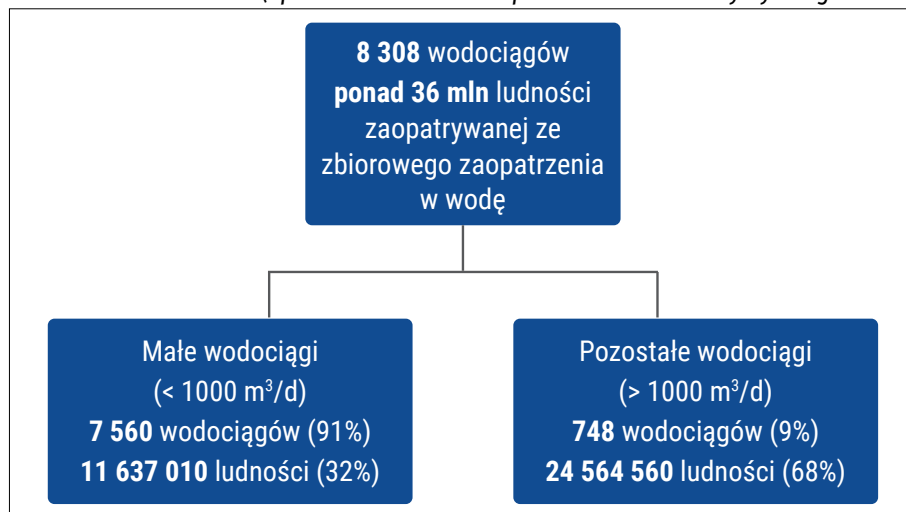
W roku 2021 funkcjonowało 8 308 wodociągów zaopatrujących w wodę około 36 mln konsumentów, tj. o 23 mniej niż w 2020 r. Pomimo że liczba małych wodociągów maleje, to poważnym problemem w procesie zbiorowego zaopatrzenia w wodę jest nadal nadmierne rozproszenie wodociągów. Małe wodociągi, czyli produkujące poniżej 1000 m³/d wody, stanowią prawie 91% wszystkich przedsiębiorstw i zaopatrują około 12 mln ludności, co stanowi 32% ludności zaopatrywanej w wodę. W roku 2021 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały 8 296 wodociągów, co stanowi 99,9% wszystkich wodociągów.

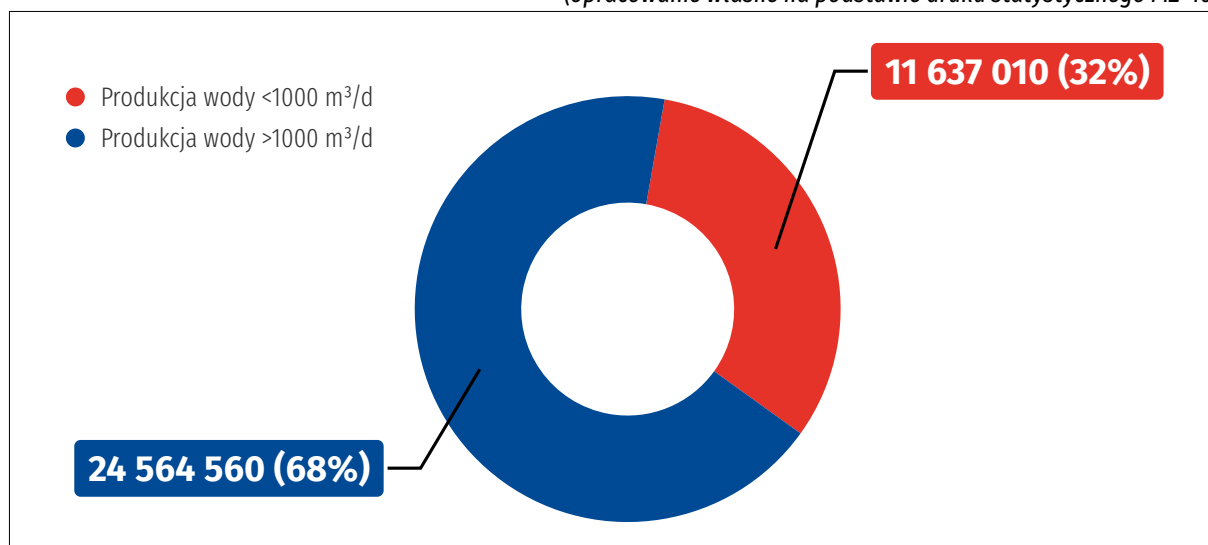
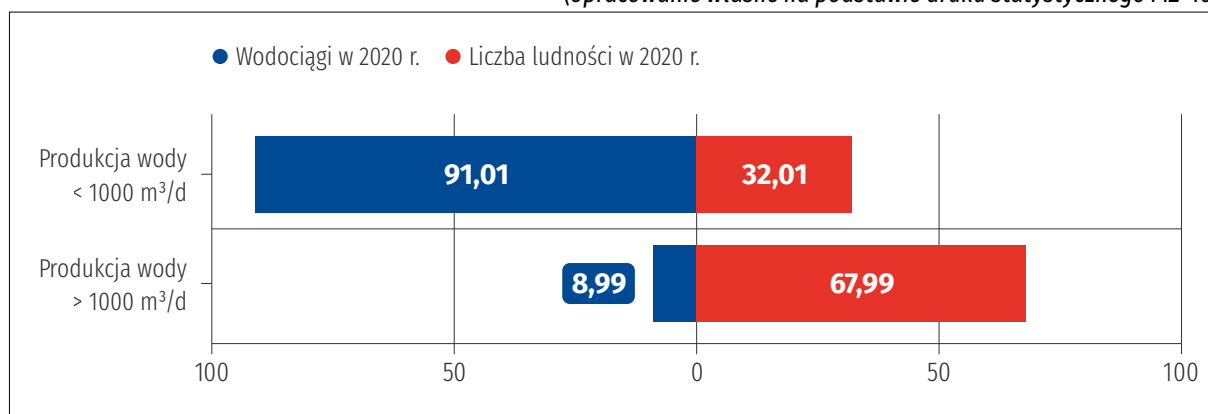
Wyk. 59 Struktura podziału wodociągów w zależności od produkcji wody w 2021 r.
(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



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

Rys. 2 Liczba wodociągów małych produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2021 r.
(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Wyk. 60 Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2021 r.*(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)***Wyk. 61** Struktura podziału wodociągów i zaopatrywanej ludności w zależności od produkcji wody w 2021 r.*(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)*

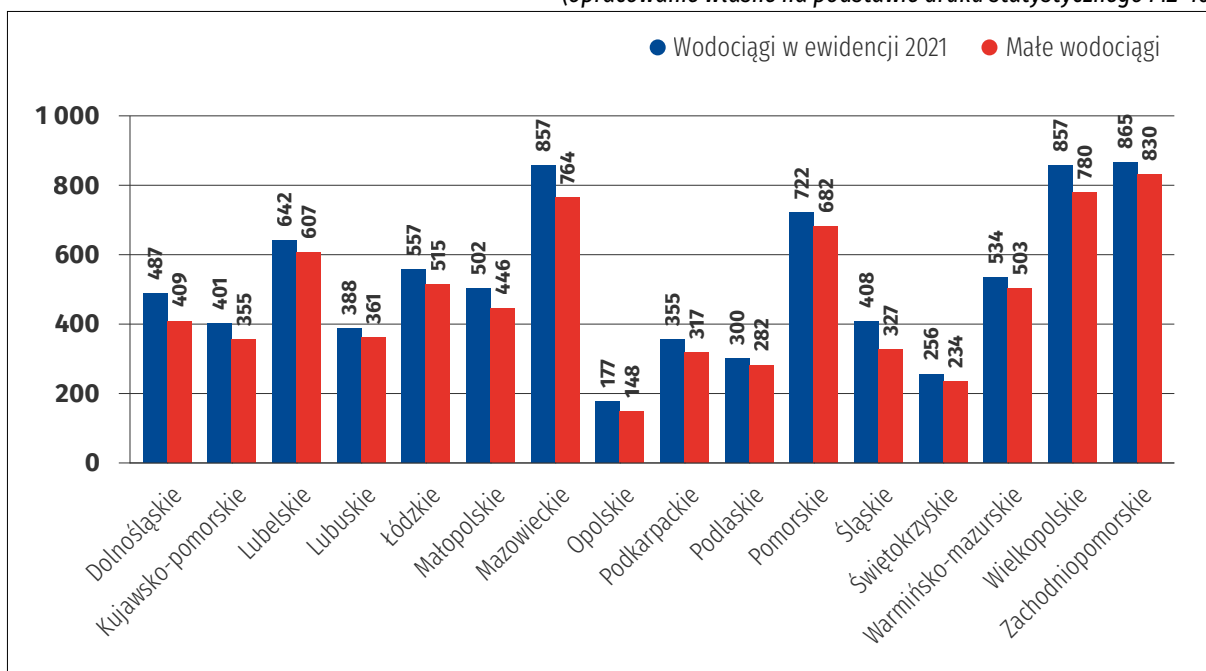
2.3. Struktura wodociągów w poszczególnych województwach

Najwięcej małych wodociągów, produkujących poniżej 1000 m³/d, znajduje się w województwie zachodniopomorskim (830 w ewidencji), a najmniej w województwie opolskim (148 w ewidencji).

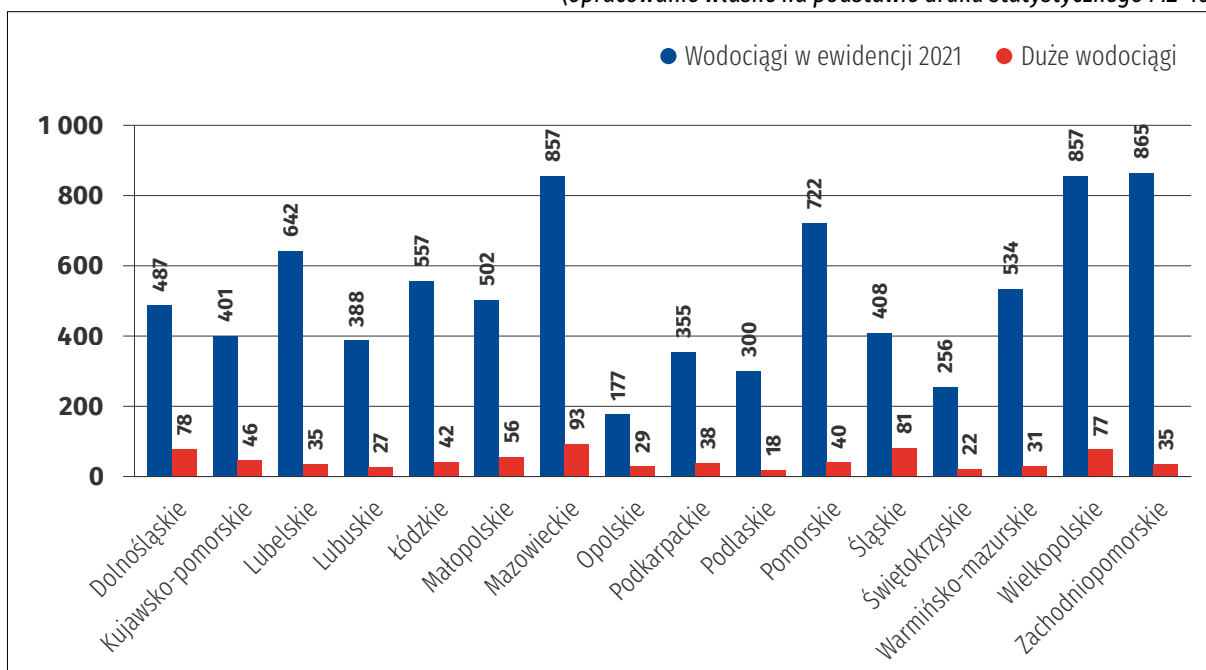
Najwięcej dużych wodociągów, czyli produkujących powyżej 1000 m³/dobę, znajduje się na terenie województwa mazowieckiego (93 w ewidencji), a najmniej na terenie województwa podlaskiego (18).

Jak wskazano powyżej, w skali kraju od kilkunastu lat obserwuje się spadek liczby tzw. małych wodociągów. Zmiany w poszczególnych województwach i kategoriach wodociągów przedstawiono na poniższych wykresach. Szczegółowe dane dla województw wskazują, że w części z nich nastąpiło zmniejszenie liczby małych

Wyk. 62 Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i małe dla poszczególnych województw
(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Wyk. 63 Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i duże dla poszczególnych województw
(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)

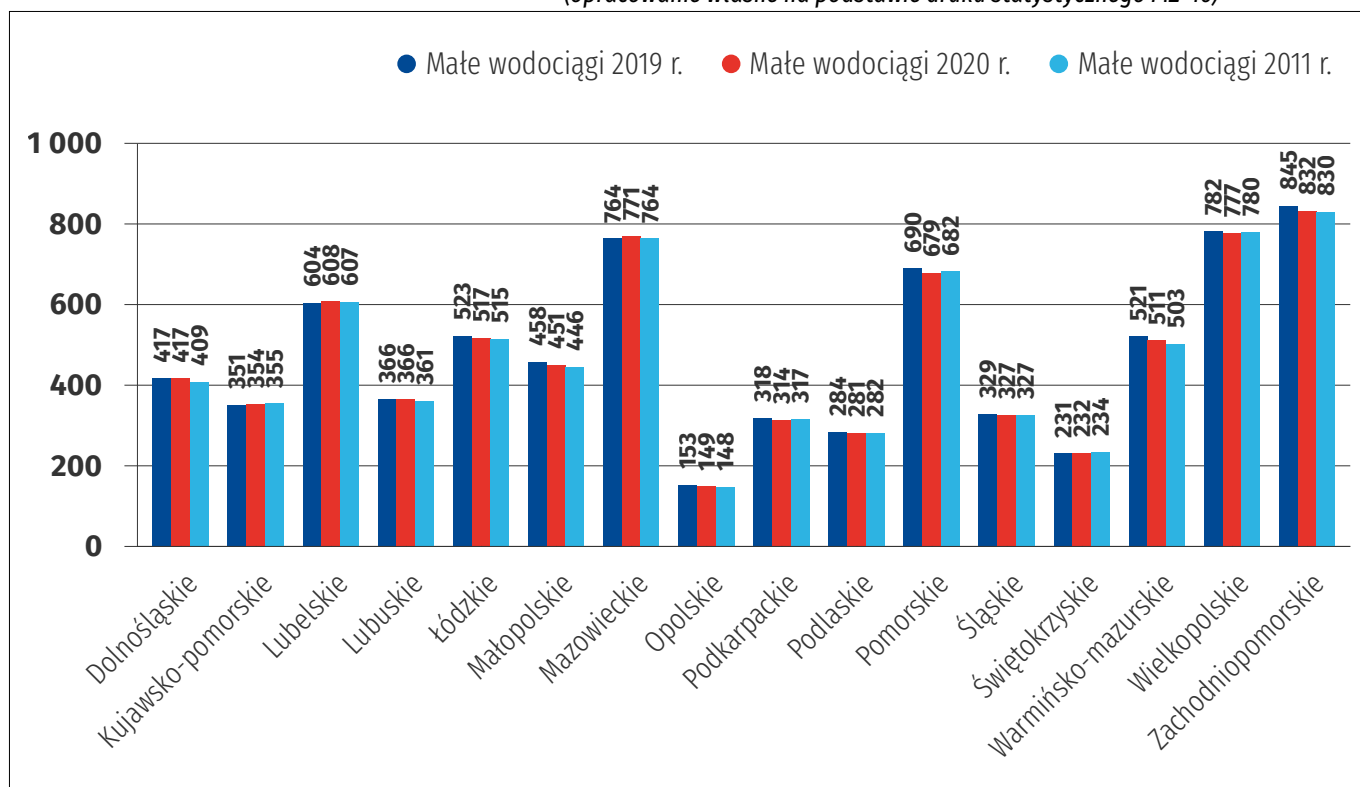


wodociągów w 2021 r., a w części z nich zwiększenie ich liczby, co spowodowane jest budową nowych małych wodociągów na potrzeby zbiorowego zaopatrzenia w wodę do spożycia przez mieszkańców miejscowości, które nie były wcześniej zwodociągowane.

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

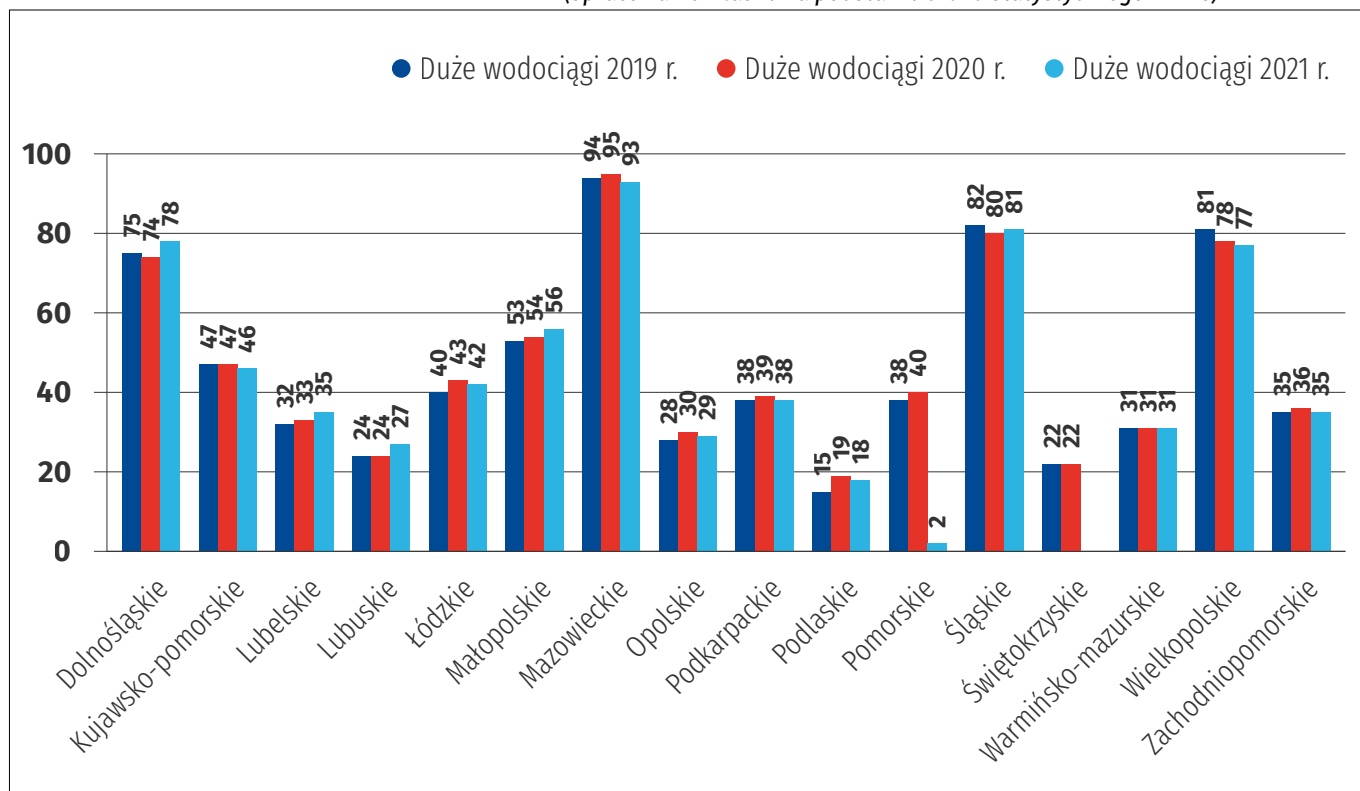
Wyk. 64 Liczba małych wodociągów w latach 2019–2021 z podziałem na poszczególne województwa

(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



Wyk. 65 Liczba dużych wodociągów w latach 2019–2021 z podziałem na poszczególne województwa

(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)





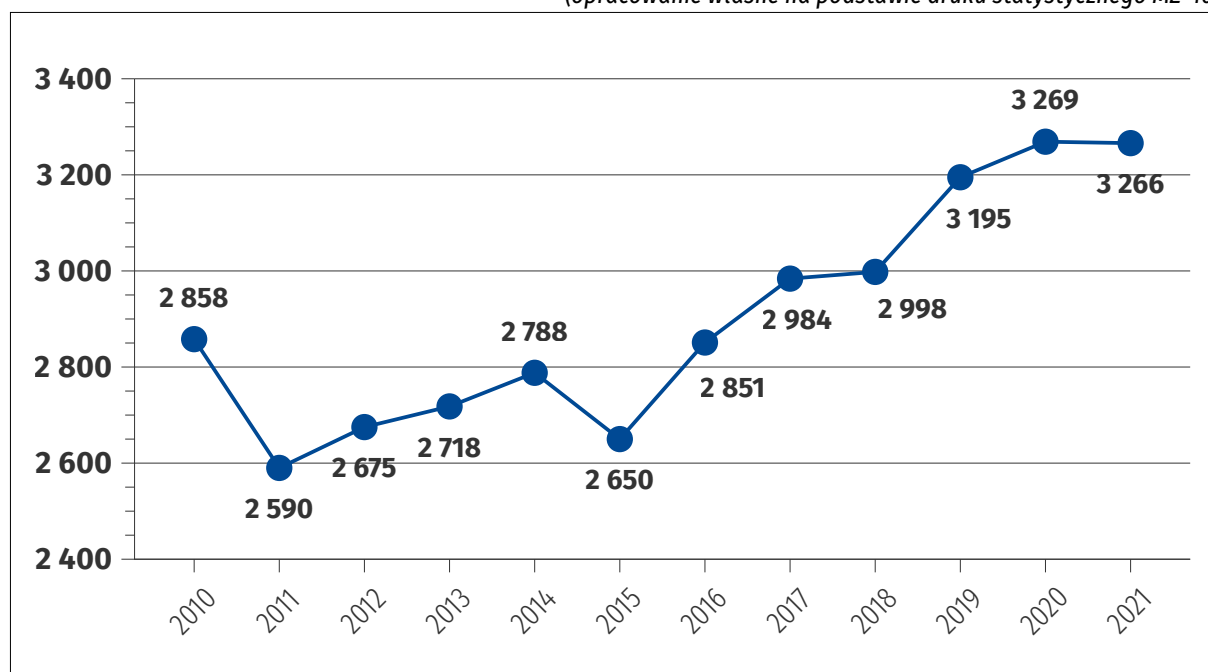
2.4. Inne podmioty prowadzące działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia

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

W ewidencji stacji sanitarno-epidemiologicznych w roku 2021 znajdowało się 3266 innych podmiotów prowadzących działalność w zakresie zbiorowego zaopatrzenia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru sanitarnego skontrolowały 2729 podmiotów, co stanowi 83% wszystkich podmiotów tej grupy znajdujących się w ewidencji. Spośród wszystkich skontrolowanych podmiotów 2 661 podmiotów spełniło wymagania krajowych norm jakości wody (98% podmiotów skontrolowanych).

Wyk. 66 Liczba podmiotów w ewidencji organów PIS posiadających własne ujęcia w latach 2010–2021

(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



3. Jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi

3.1. Ocena jakości wody dostarczanej przez wodociągi

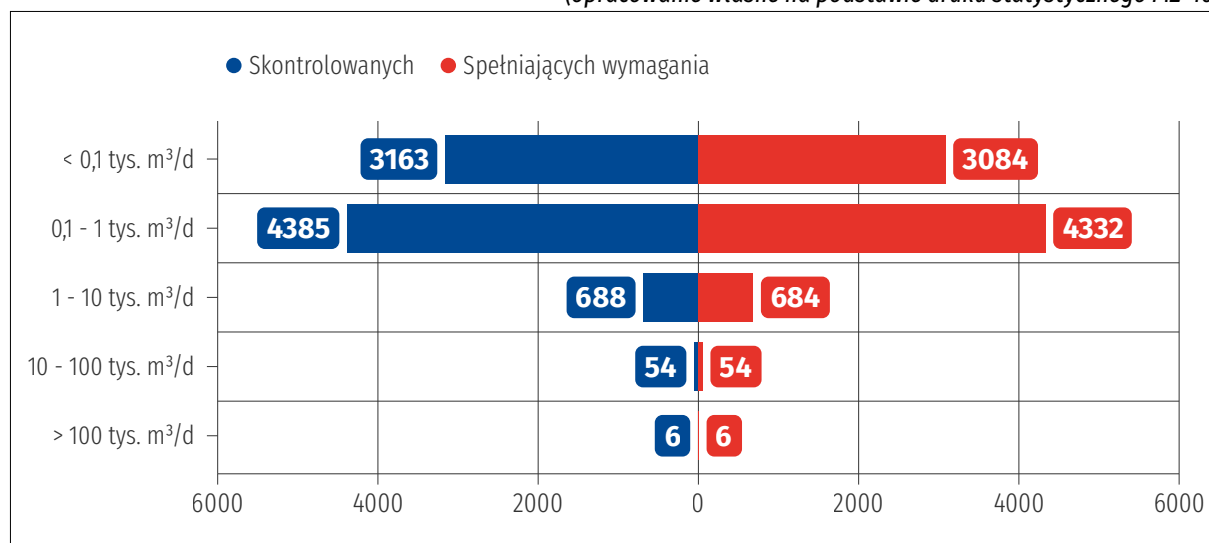
Zapewnienie odpowiedniej ilości i jakości wody do spożycia jest ważnym i skomplikowanym zadaniem. Zagrożenia pojawiające się w systemach zaopatrzenia w wodę mogą mieć wpływ na zdrowie publiczne. Jakość dostaw wody do picia jest ściśle powiązana z możliwością wystąpienia szeregu czynników w cyklu produkcji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

Biorąc pod uwagę poprzednie lata, obserwuje się tendencję do poprawy i tak już wysokiej jej jakości w kontekście zapewnienia konsumentom wody bezpiecznej dla zdrowia ludzkiego. Jakość wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi systematycznie się poprawia. Dla zobrazowania sytuacji warto przywołać dane o jakości wody z lat ubiegłych. W 2006 r. wodociągi dostarczały wodę spełniającą wymagania określone w Rozporządzeniu do ok. 91% odbiorców, w 2009 r. do ok. 93% odbiorców, natomiast już w 2013 r. około 96% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego o jakości zgodnej z wymaganiami, a trend wskazujący na poprawę jakości wody utrzymywał się w kolejnych latach. W 2014 r. około 98% ludności miało dostęp do wody z zaopatrzenia zbiorowego o jakości zgodnej z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu, a w 2020 r., podobnie jak w 2019 r. (99,7%), było to 99,6% ludności, natomiast w roku 2021 dostęp miało 98,3% ludności (w tym do wody warunkowo dopuszczonej do spożycia lub na podstawie czasowych odstępstw wydanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej). Pozostałe 1,7% ludności miało natomiast dostęp do wody, która czasowo wykazywała brak zgodności spełnienia wymagań normatywów jakościowych. W takich sytuacjach podejmowane były działania zapewnienia wody o odpowiedniej jakości mieszkańcom z alternatywnych źródeł wody. Zadanie zapewnienia zastępczego źródła wody jest realizowane głównie przez wodociągi, które dostarczają mieszkańcom wodę na przykład za pomocą przewoźnych zbiorników z wodą. Dopuszczenie wody do spożycia dla konsumentów w warunkach odstępstwa bądź warunkowej przydatności każdorazowo związane jest z przeprowadzeniem przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oceny zagrożeń i wykluczeniem negatywnego wpływu jej jakości na zdrowie.

Wodociągi produkujące:

- ◆ poniżej 100 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 97,57%;
- ◆ 101 - 1 000 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 98,7%;
- ◆ 1 001 - 10 000 m³/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 99,4%;
- ◆ 10 001 do 100 000 m³ wody/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 100%;
- ◆ powyżej 100 000 m³/dobę – dostarczały wodę zgodną z wymaganiami w 100%.

Wyk. 67 Wodociągi w 2021 r. spełniające wymagania dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi
(opracowanie własne na podstawie druku statystycznego MZ-46)



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

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

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

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

3.2. Analiza przekroczeń parametrów mikrobiologicznych

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

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

Występowanie w wodzie mikroorganizmów, takich jak *Escherichia coli* i enterokoki (paciorkowce kałowe), bytujących zwykle w odchodach ludzi i zwierząt stałocieplnych, wskazuje na zanieczyszczenia typu kałowego. Parametry te stanowią swoisty wskaźnik zanieczyszczenia mikrobiologicznego wody i ich obecność w wodzie wiąże się z koniecznością podjęcia natychmiastowych działań naprawczych. Jednym z kryteriów



doboru wskaźników fekalnego zanieczyszczenia wody, czyli *Escherichia coli* i enterokoków, jest to, że stale występują w kale ludzi i zwierząt ciepłokrwistych w liczbach przekraczających liczbę drobnoustrojów chorobotwórczych. Charakteryzują się również dłuższym okresem przeżywalności w środowisku wodnym od przeżywalności mikroorganizmów chorobotwórczych. Ponadto charakteryzują się stałymi cechami biochemicznymi, na których oparte są proste i szybkie metody ich wykrywania dające dużą powtarzalność wyników.

Pogorszenia jakości wody w zakresie parametrów mikrobiologicznych wskazanych w Rozporządzeniu były spowodowane głównie awariami urządzeń, brakiem właściwej dezynfekcji i/lub po dokonanej konserwacji, spadkami ciśnienia wody, złym stanem technicznym instalacji wodociągowej i/lub wewnętrznej instalacji wodociągowej, małym rozbiorem wody, brakiem regularnego płukania sieci. W niektórych przypadkach nie udało się ustalić bezpośredniej przyczyny niewłaściwej jakości bakteriologicznej wody w systemie dystrybucji.

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

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

3.3. Analiza przekroczeń parametrów chemicznych - odstępstwa

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

- ◆ rodzaju substancji i jej specyficznych właściwości toksykologicznych,
- ◆ stężenia i stopnia przekroczenia 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 2021 r. obowiązywało 11 odstępstw od wymaganej jakości wody do spożycia przez ludzi. 6 odstępstw obowiązywało w zakresie azotanów (wodociąg Radziszewo Sieńczuch w woj. podlaskim, wodociąg Brodziszów w woj. dolnośląskim, ujęcie indywidualne Stacji Paliw w miejscowości Brzeźnik 150 w woj. dolnośląskim, wodociąg publiczny Kalinowice w woj. opolskim, wodociąg sieciowy Lubockie-Ostrów w woj. śląskim, wodociąg zbiorowego zaopatrzenia Orchowiec w woj. lubelskim), 2 w zakresie fluorków (wodociąg sieciowy Pawonków w woj. śląskim, wodociąg publiczny Kolonowskie w woj. opolskim), 1 w zakresie boru (wodociąg Chmielnik w woj. podkarpackim) i 2 w zakresie sumy pestycydów i pestycydu – chloridazon – desfenyl, metabolitu pestycydu chloridazon (wodociąg sieciowy Łozina i wodociąg sieciowy Siedlec Trzebnicki w woj. dolnośląskim), w tym 6 podmiotów zbiorowego zaopatrzenia wystąpiło z wnioskiem do właściwego państwowego inspektora sanitarnego o udzielenie zgody na odstępstwo od wymagań chemicznych, ustanowionych w przepisach krajowych. Każdorazowo wnioski o zgodę na odstępstwo od wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi były weryfikowane w zakresie kompletności i poprawności złożenia. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawdzały, czy wydanie zgody na odstępstwo nie będzie stanowiło potencjalnego zagrożenia dla zdrowia ludzkiego, a zaopatrzenie w wodę o właściwej jakości nie może być zrealizowane niezwłocznie za pomocą żadnych innych środków. W wyniku przeprowadzonych weryfikacji, sprawdzeń i ocen, właściwi państwowi inspektorzy sanitarni wydali dla 4 złożonych w 2021 r. wniosków decyzje wyrażające zgody na odstępstwo, określając jednocześnie maksymalną wartość parametru, na jaką pozwala odstępstwo, termin obowiązywania zgody oraz warunki, jakie mają być spełnione w trakcie obowiązywania zgody na odstępstwo, z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. W wyniku wydania zgód na odstępstwo od wymagań jakości wody do spożycia, właściwi państwowi inspektorzy sanitarni informowali o udzielonej zgodzie właściwego wójta, burmistrza, przekazywali komunikaty w tej sprawie, ze wskazaniem obowiązku rozpowszechnienia komunikatu w sposób umożliwiający bezzwłoczne zapoznanie się z nim konsumentów.

W 2021 r. właściwi państwowi inspektorzy sanitarni wydali decyzje o zgodzie na odstępstwo od wymagań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi dla następujących wodociągów:

- ◆ wodociąg publiczny Kolonowskie, gm. Kolonowskie w woj. opolskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 5 tys. osób (produkcja 536 m³/dobę), dla którego do 08.02.2023 r. udzielono zgody na odstępstwo w zakresie fluorków;
- ◆ wodociąg sieciowy Łozina, gm. Długołęka w woj. dolnośląskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 2,3 tys. osób (produkcja 360 m³/dobę), dla którego do 05.03.2024 r. udzielono zgody na odstępstwo w zakresie sumy pestycydów i pestycydu – chloridazon – desfenyl, metabolitu pestycydu chloridazon;
- ◆ wodociąg sieciowy Siedlec Trzebnicki, gm. Długołęka w woj. dolnośląskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 4,9 tys. osób (produkcja 1 338 m³/dobę), dla którego do 05.03.2024 r. udzielono zgody na

odstępstwo w zakresie sumy pestycydów i pestycydu – chloridazon – desfenyl, metabolitu pestycydu chloridazon;

- ◆ wodociąg zbiorowego zaopatrzenia Orchowiec, gm. Gorzków w woj. lubelskim – zaopatrujący w wodę do spożycia ok. 580 osób (produkcja 80 m³/dobę), dla którego do 21.12.2024 r. udzielono zgody na odstępstwo w zakresie azotanów.

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

3.4. Substancje promieniotwórcze w wodzie przeznaczanej do spożycia przez ludzi

Krajowe uregulowania w zakresie substancji promieniotwórczych transponują przepisy Dyrektywy 2013/51/Euratom⁹ określającej wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych. W Rozporządzeniu przewidziano wstępny monitoring substancji promieniotwórczych oraz kontrolny monitoring substancji promieniotwórczych. Wstępny monitoring substancji promieniotwórczych uwzględniał przeprowadzenie we wszystkich istniejących oraz nowo tworzonych ujęciach wody pomiaru stężenia substancji promieniotwórczych tj. radonu ²²²Rn, izotopów radu: ²²⁶Ra i ²²⁸Ra oraz trytu. Wstępny monitoring substancji promieniotwórczych był pierwszym badaniem poziomu stężenia substancji promieniotwórczych i ewentualnie ich przekroczeń w wodzie przeznaczanej do spożycia przez ludzi. Kontrolny monitoring substancji promieniotwórczych zdefiniowano natomiast jako kolejny pomiar stężenia substancji promieniotwórczych w wodzie poddanej uzdatnianiu mającemu na celu obniżenie wartości parametrycznych substancji promieniotwórczych, wykonywany zgodnie z częstotliwością określoną w załączniku nr 6 do Rozporządzenia. Wyniki pomiarów stężenia substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczanej do spożycia przez ludzi otrzymane w ramach wstępnego monitoringu substancji promieniotwórczych wykazały, iż w Polsce występuje znikome ryzyko dla zdrowia ludzkiego w związku z narażeniem na substancje promieniotwórcze pochodzące z wody przeznaczanej do spożycia przez ludzi.

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

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

⁹ Dyrektywa Rady 2013/51/Euratom z dnia 22 października 2013 r. określająca wymogi dotyczące ochrony zdrowia ludności w odniesieniu do substancji promieniotwórczych w wodzie przeznaczanej do spożycia przez ludzi

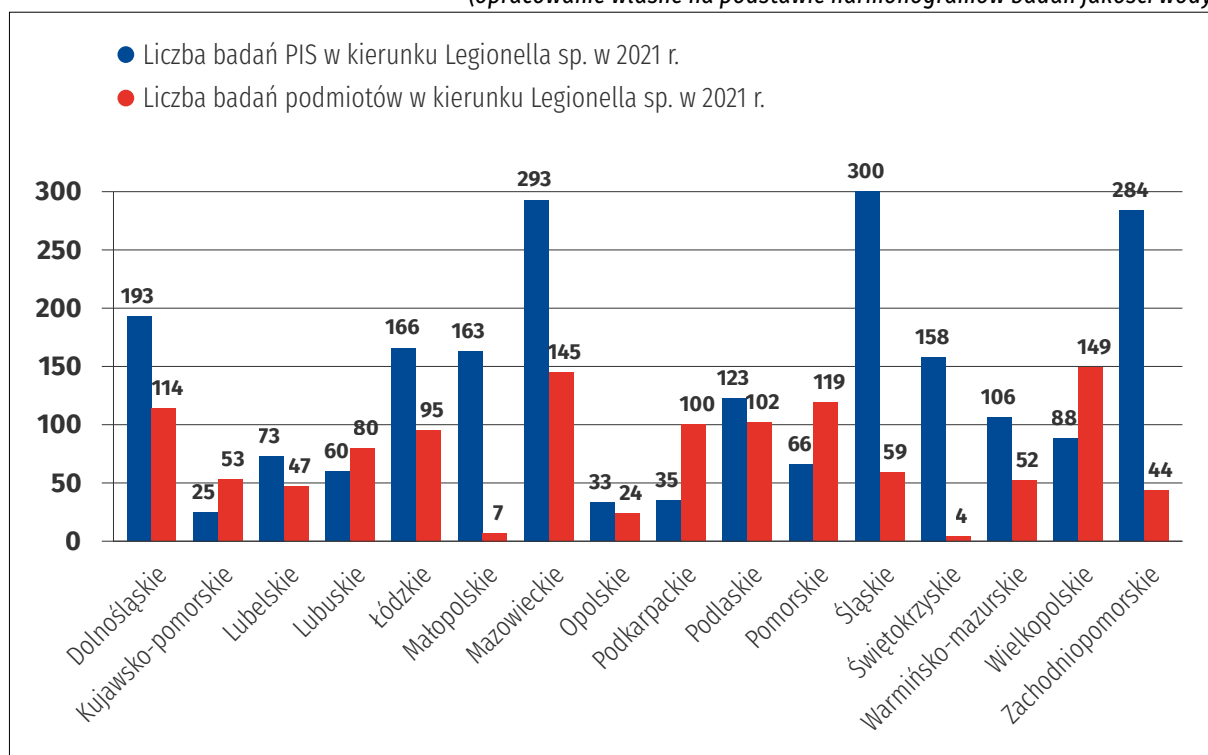
wana instalacja ciepłej wody użytkowej może sprzyjać występowaniu i namnażaniu się bakterii z rodzaju *Legionella*.

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

W 2021 r. wykonano na podstawie zaplanowanych harmonogramów badań ciepłej wody w kierunku oznaczenia bakterii z rodzaju *Legionella* sp. około 3 360 badań, w tym organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonały 2 166 badań, natomiast podmioty zarządzające wykonały 1 194 badania.

Wyk. 68 Liczba badań wykonanych w kierunku *Legionella* sp. dla poszczególnych województw

(opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)

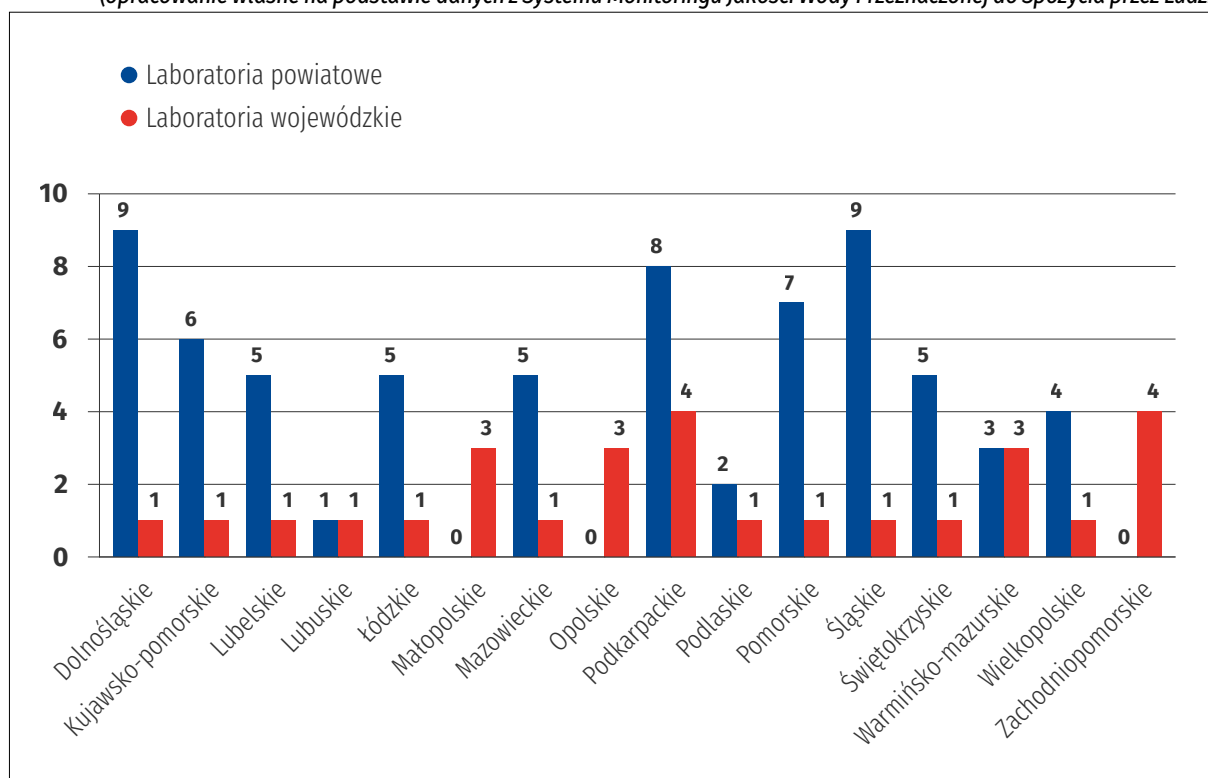




4. Laboratoria wykonujące badania jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi

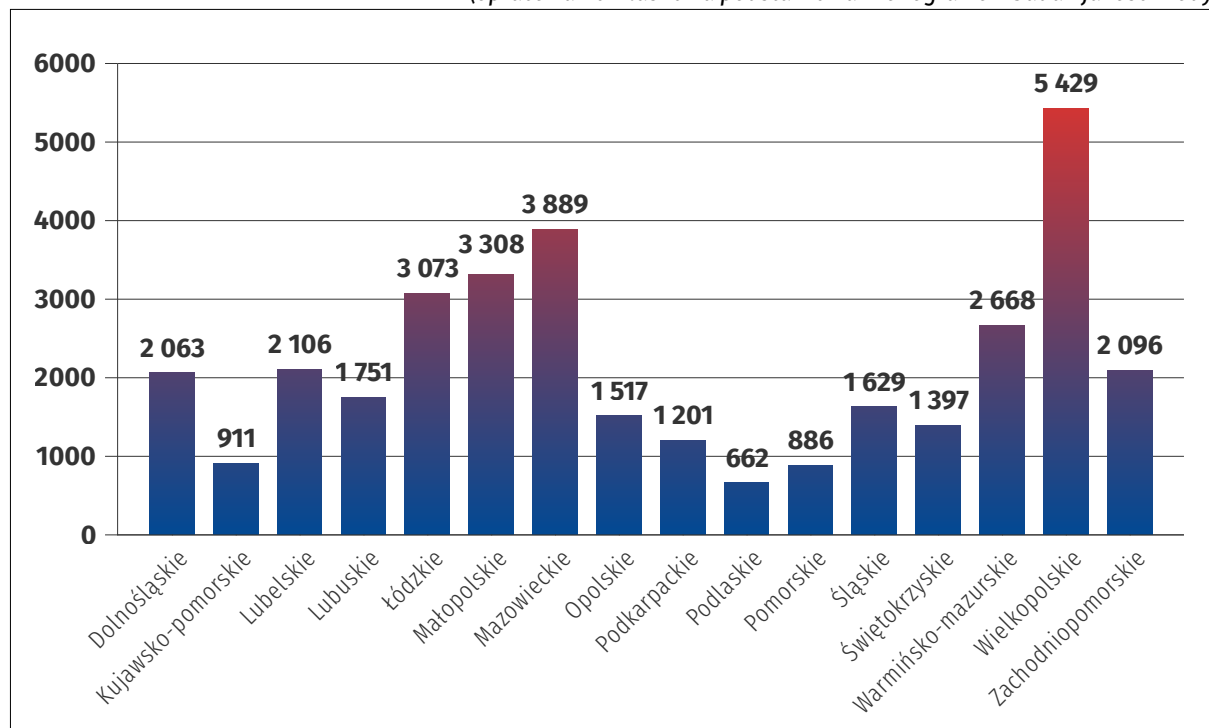
Wszystkie laboratoria wykonujące badania jakości wody w 2021 r. musiały posiadać aktualne zatwierdzenie do badania jakości wody dokonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zatwierdzenie systemu jakości prowadzonych badań jest dokonywane każdego roku przez właściwego państwowego powiatowego lub granicznego inspektora sanitarnego w ramach prowadzenia nadzoru nad laboratoriami wykonującymi badania wody.

Wyk. 69 Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujących badania wody do spożycia
(opracowanie własne na podstawie danych z Systemu Monitoringu Jakości Wody Przeznaczonej do Spożycia przez Ludzi)



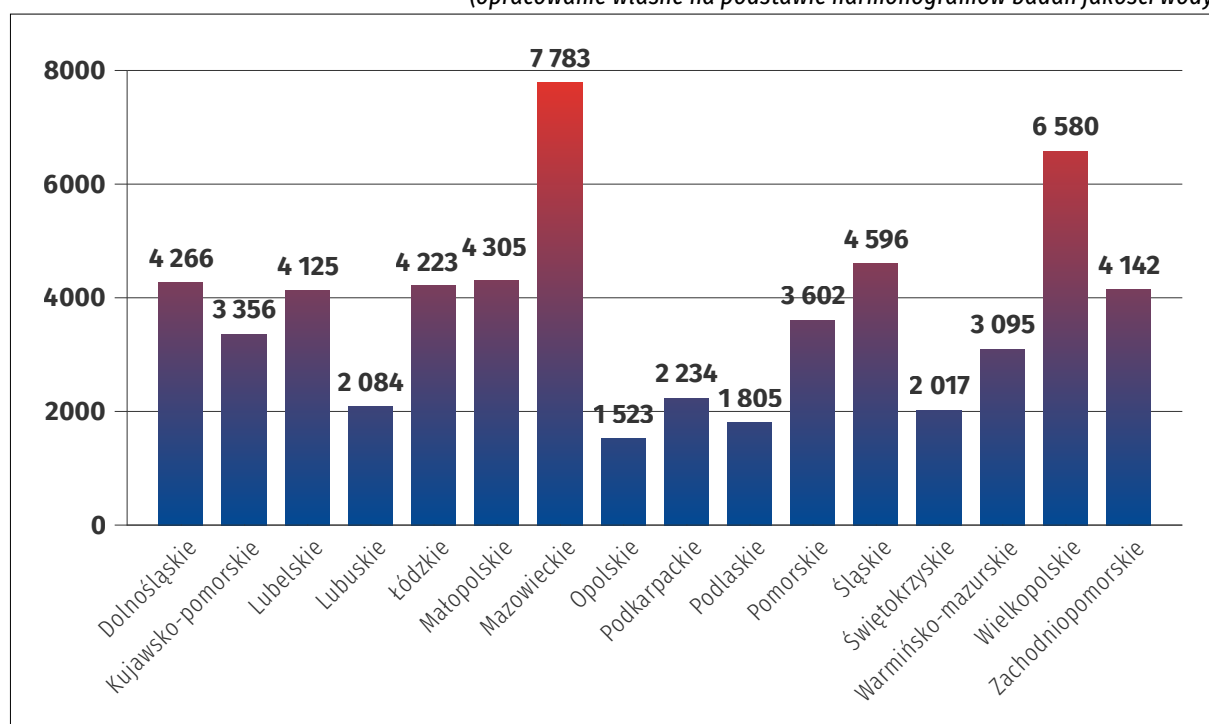
W ramach kontroli przeprowadzonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2021 wykonano około 34 tys. badań wody, czyli o 2 tysiące więcej niż w roku ubiegłym.

Wyk. 70 Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2021 r.
(opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)



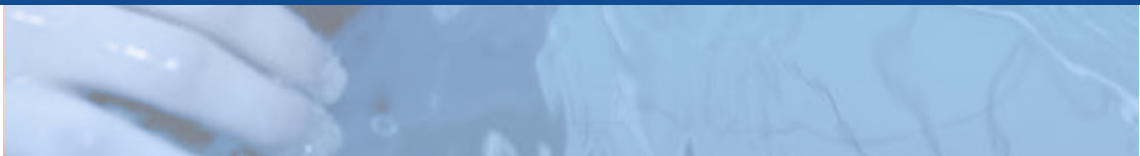
Wodociągi w ramach kontroli wewnętrznej w 2021 r. wykonały 59 736 badań jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Dane o wynikach badań były przekazywane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Wyk. 71 Liczba badań wykonanych w ramach kontroli wewnętrznej wodociągów 2021 r.
(opracowanie własne na podstawie harmonogramów badań jakości wody)





PŁYWALNIE



1. Wstęp

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

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

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

W związku z pandemią SARS-CoV-2 i przepisami rozporządzenia Rady Ministrów *w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii*, korzystanie z m.in. pływalni w 2021 r. było ograniczone. Ograniczenia z korzystania z pływalni nie wynikały z zagrożeń skażenia wody wirusem SARS-CoV-2, ale z możliwą jego transmisją wśród odwiedzających obiekty, związaną przede wszystkim z bezpośrednim kontaktem z dużą liczbą osób przebywającą w obiektach. W związku z ograniczeniami w funkcjonowaniu pływalni, były one częściowo lub w całości zamknięte. W okresach, kiedy były czynne, w obiektach obowiązywały wytyczne dla funkcjonowania pływalni określające zasady wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz dodatkowe – przyjęte dla zapewnienia bezpieczeństwa pracowników, osób korzystających z tego rodzaju obiektów, ze szczególnym uwzględnieniem: ciągów komunikacyjnych, wspólnych przestrzeni. Zalecenia miały na celu minimalizowanie ryzyka szerzenia się infekcji wirusem SARS-CoV-2. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej egzekwowały wywiązywanie się zarządzających

1 Dz.U. z 2022 r. poz. 147

2 Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 195); Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. *o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach* (Dz. U. z 2015 r. poz. 2016 z późn. zm.)

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

pływalniami z obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawnych oraz wydanych zaleceń. Zarządzający pływalniami w trakcie trwania pandemii COVID-19 włączali dodatkowe protokoły sanitarne, dotyczące m.in. wejścia do budynku pływalni, szatni oraz niecek basenowych, celem umożliwienia użytkownikom pływalni zachowania dystansu od innych użytkowników.

2. Wymagania, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach

Rozporządzenie Ministra Zdrowia⁴ reguluje najważniejsze kwestie w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego wody dotyczące:

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

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

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

2.1. Parametry mikrobiologiczne i fizykochemiczne

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

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań, jakim powinna odpowiadać woda na pływalniach (Dz. U. z 2015 r. poz. 2016 z późn. zm.)



może zwiększać ryzyko zdrowotne użytkowników pływalni. Niebezpieczeństwo to wynika z czasu ekspozycji na zagrożenie mikrobiologiczne, zanim zostanie wykryte, dlatego tak istotna jest kontrola jakości wody basenowej oraz właściwe prowadzenie procesów uzdatniania i dezynfekcji wody.

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

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

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

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

2.2. Legionella

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

3. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej

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

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej ze względu na swoje zadania ustawowe, w tym m.in. zapobieganie występowaniu chorób zakaźnych oraz ochronę osób korzystających z pływalni, przed wydaniem zbiorczej oceny rocznej wody na pływalni również wykonywały badania wody z częstotliwością i zakresem ustalonym w harmonogramach pobierania próbek wody. Niemniej jednak, z powodu wprowadzonych w wyniku pandemii SARS-CoV-2 ograniczeń w funkcjonowaniu pływalni, harmonogramy i badania wody były dostosowywane do sytuacji w Polsce.

3.1. Realizacja harmonogramów pobierania próbek wody

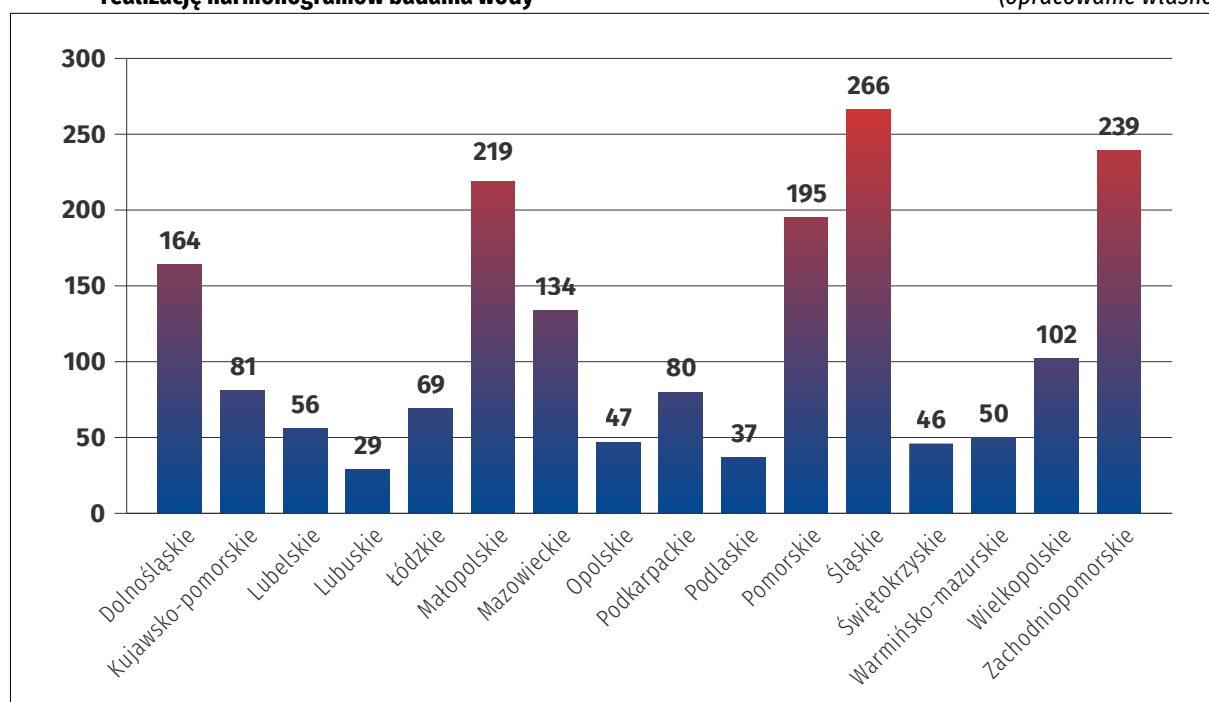
Na podstawie informacji raportowanych przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne w 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody dla 1 814 pływalni.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały 95 166 ocen badań jakości wody na pływalniach. Wydano 89 404 oceny o przydatności wody do kąpieli, co stanowi 93,9% wszystkich wydanych ocen.

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

Wyk. 72 Liczba pływalni, dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody

(opracowanie własne)



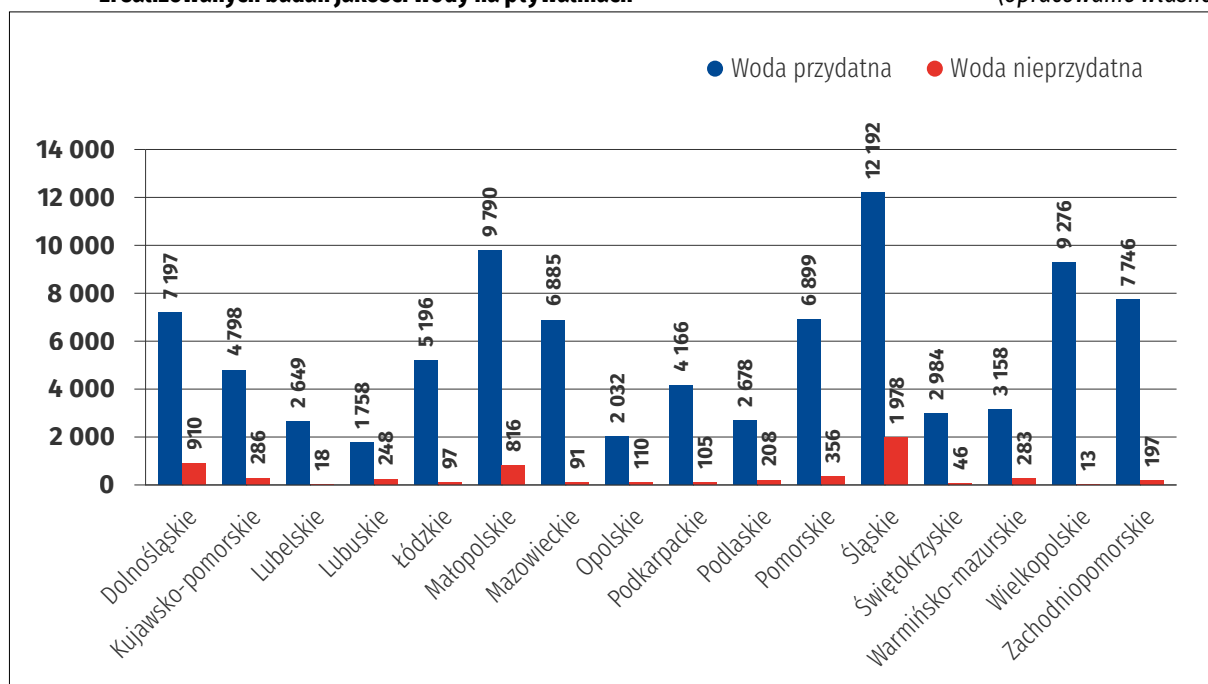
Tab. 23 Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2021 r.

(opracowanie własne)

Województwo	Liczba badań	Ocena wody	
		przydatna	nieprzydatna
dolnośląskie	8 107	7 197	910
kujawsko-pomorskie	5 084	4 798	286
lubelskie	2 667	2 649	18
lubuskie	2 006	1 758	248
łódzkie	5 293	5 196	97
małopolskie	10 606	9 790	816
mazowieckie	6 976	6 885	91
opolskie	2 142	2 032	110
podkarpackie	4 271	4 166	105
podlaskie	2 886	2 678	208
pomorskie	7 255	6 899	356
śląskie	14 170	12 192	1978
świętokrzyskie	3 030	2 984	46
warmińsko-mazurskie	3 441	3 158	283
wielkopolskie	9 289	9 276	13
zachodniopomorskie	7 943	7 746	197
POLSKA	95166	89404	5762

Wyk. 73 Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2021 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach

(opracowanie własne)



3.2. Roczna zbiorcza ocena wody na pływalniach

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

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

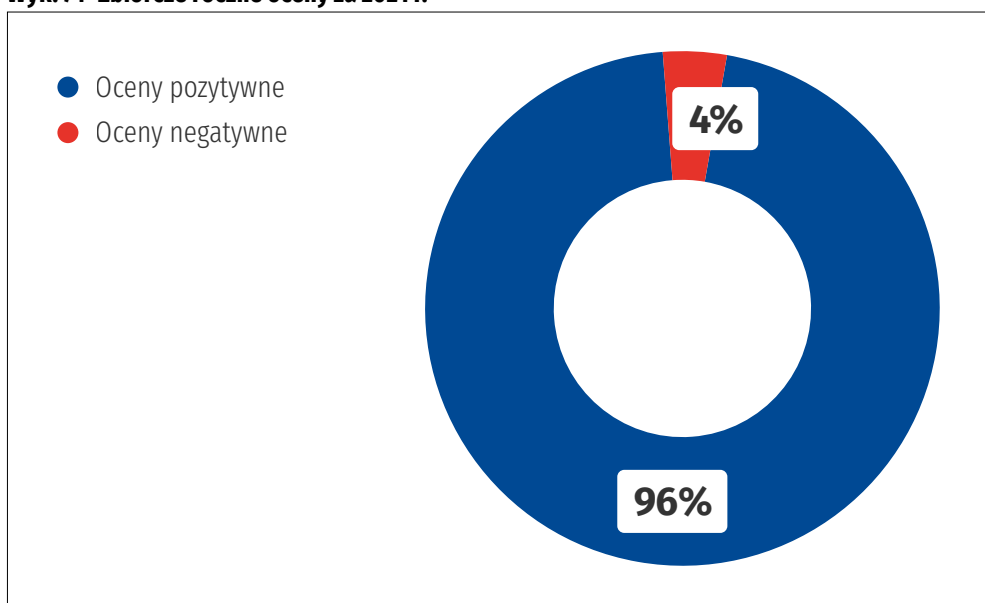
Zgodnie z przepisami krajowymi zbiorcza roczna ocena za poprzedni rok kalendarzowy jest dokonywana do dnia 31 marca kolejnego roku.

Za 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały 1 536 ocen rocznych, w tym 1 478 ocen pozytywnych (tj. woda odpowiadała wymaganiom), 58 ocen negatywnych (tj. woda nie odpowiadała wymaganiom). Oceny pozytywne stanowiły 96% wszystkich wydanych ocen.

Tab. 24 Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen za 2021 r. jakości wody w 2020 r. *(opracowanie własne)*

Wyszczególnienie		Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen	
		odpowiadających wymaganiom	nieodpowiadających wymaganiom
Pływalnie – ogółem		1 478	58
Pływalnie	kryte	1 197	32
	odkryte	198	24
	mieszane (kryto-odkryte)	83	2
w tym parki wodne		82	1

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

Wyk. 74 Zbiorcze roczne oceny za 2021 r.



**KĄPIELISKA I MIEJSCA OKAZJONALNIE
WYKORZYSTYWANE DO KĄPIELI**

1. Wstęp

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

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

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

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

Zgodnie z przepisami prawa krajowego środki zarządzania polegają na:

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

1 Przepisy obowiązujące w 2021 r.: Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. *Prawo wodne* (Dz.U. z 2021 r. poz. 2233 z późn. zm.); *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu okazjonalnie wykorzystywanym do kąpeli* (Dz.U. poz. 255); *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie ewidencji oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli* (Dz. U. poz. 2476); *Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 listopada 2019 r. w sprawie profilu wody w kąpielisku* (Dz. U. z 2019 r. poz. 2206 z późn. zm.).

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

2. Stan sanitarny kąpielisk

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

Bieżącym nadzorem sanitarnym w 2021 r. objęto 657 kąpielisk.

Tab. 25 Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014–2021

(opracowanie własne)

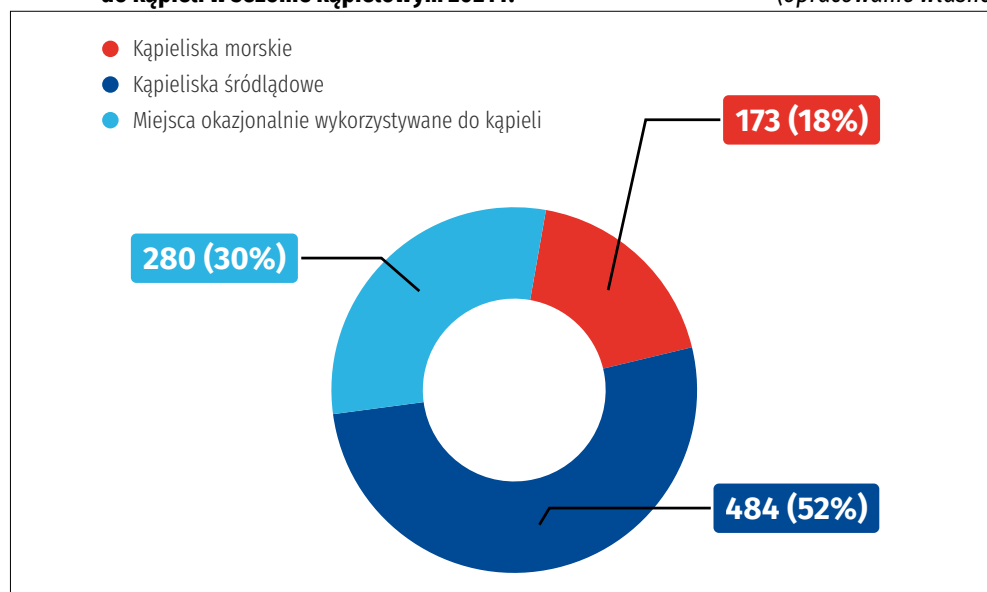
Rodzaj wody	Liczba kąpielisk							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Wody przybrzeżne i przejściowe	84	82	88	97	146	163	166	173
Wody śródlądowe	117	115	113	108	337	443	436	484
Razem	201	197	201	205	483	606	602	657

W 2021 r. najwięcej kąpielisk znajdowało się na obszarze województwa zachodniopomorskiego (131) i pomorskiego (129). Najmniej kąpielisk zlokalizowanych było w województwie podkarpackim (10).

Grupa kąpielisk morskich objętych nadzorem w sezonie kąpielowym 2021 r. liczyła 173 obiekty (stanowi to odpowiednio około 26% ogółem i 100% skontrolowanych kąpielisk w grupie). Znaczenie tych kąpielisk jest duże z uwagi na znaczną liczbę osób korzystających z nich w sezonie letnim.

Wyk. 75 Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych oraz miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli w sezonie kąpielowym 2021 r.

(opracowanie własne)



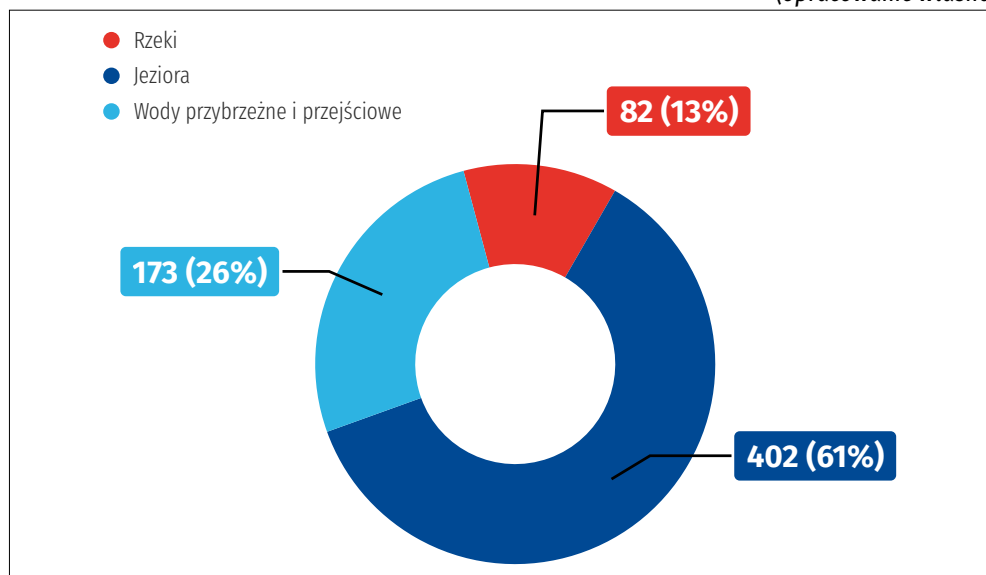
Największa liczba kąpielisk śródlądowych znajdowała się w 2021 r. w województwach wielkopolskim (96) i pomorskim (51).

Tab. 26 Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj (opracowanie własne)

Województwo	Kąpieliska		
	ogółem	śródlądowe	morskie
dolnośląskie	17	17	
kujawsko-pomorskie	39	39	
lubelskie	33	33	
lubuskie	30	30	
łódzkie	21	21	
małopolskie	12	12	
mazowieckie	33	33	
opolskie	13	13	
podkarpackie	10	10	
podlaskie	16	16	
pomorskie	129	51	78
śląskie	20	20	
świętokrzyskie	13	13	
warmińsko-mazurskie	44	44	
wielkopolskie	96	96	
zachodniopomorskie	131	36	95
POLSKA	657	484	173

W 2021 r. spośród 657 czynnych kąpielisk większość była zorganizowana na jeziorach.

Wyk. 76 Liczba kąpielisk z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2021 r. (opracowanie własne)



W 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały w sumie 3 300 ocen, w tym:

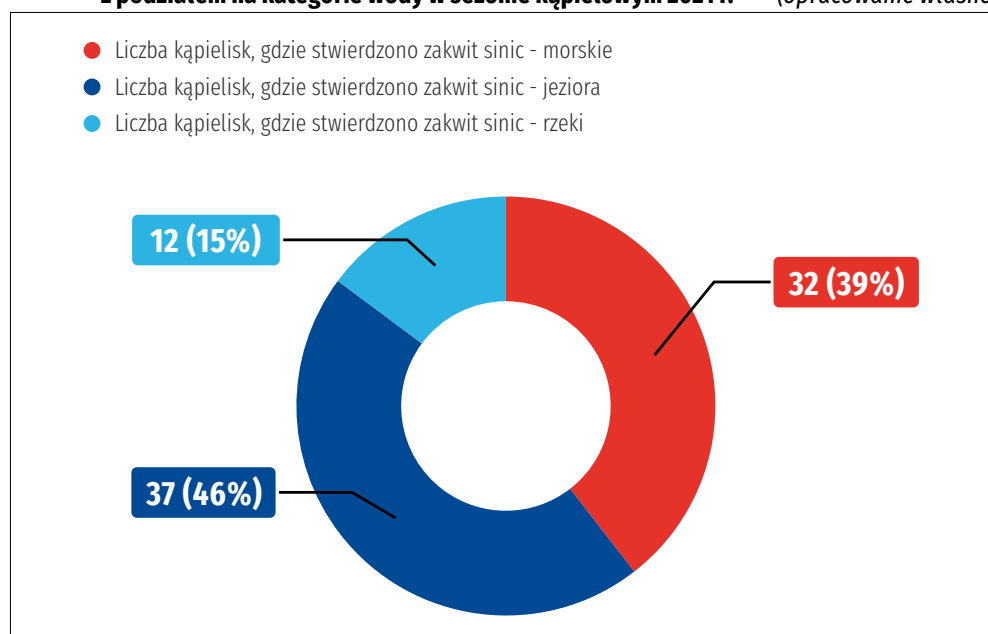
- ◆ 3 069 ocen o przydatności wody do kąpielii dla 657 kąpielisk;
- ◆ 231 ocen o tymczasowym zakazie kąpielii dla 109 kąpielisk – głównie ze względu na wystąpienie nadmiernego zakwitów sinic lub przekroczenia parametrów mikrobiologicznych.

Tab. 27 Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2021 r. (opracowanie własne)

	Liczba ocen bieżących	Liczba kąpielisk, dla których była wydana ocena bieżąca
Wszystkich	3 300	657
Woda przydatna do kąpielii	3 069	657
Tymczasowy zakaz kąpielii – wszystkie	231	109
Tymczasowy zakaz kąpielii – inne:	183	84
w tym zakwit sinic	174	81
Tymczasowy zakaz kąpielii – parametry mikrobiologiczne	43	32
Tymczasowy zakaz kąpielii mikrobiologia i inne wymagania	5	5

Sezon kąpielowy w 2021 r. był również charakterystyczny pod względem liczba wydanych ocen bieżących o tymczasowym zakazie kąpielii ze względu na nadmierny zakwit sinic, co było szczególnie odczuwalne dla turystów wypoczywających nad Morzem Bałtyckim. Do tej sytuacji przyczyniło się wyjątkowo ciepłe lato – wysoka temperatura sprzyja nadmiernemu namnażaniu się sinic, podobnie jak bezwietrzna aura i brak intensywnego mieszania się wody. Czynnikiem sprzyjającym zakwitowi sinic w Morzu Bałtyckim jest obecność znacznych ilości azotu i fosforu.

Wyk. 77 Liczba kąpielisk gdzie stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2021 r. (opracowanie własne)



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

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

3. Stan sanitarny miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii

Zgodnie z ustawą *Prawo wodne*⁵ poza kąpieliskami mogą być również tworzone miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii, które mogą funkcjonować przez okres nie dłuższy niż 30 dni w kalendarzowym. Utworzenie miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii odbywa się za zgodą rady gminy w drodze uchwały (po złożeniu odpowiedniego wniosku przez organizatora takiego miejsca). Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii mają zabezpieczyć wyjątkowe sytuacje, w których występuje konieczność zorganizowania formy rekreacji związanej z kąpielą. Sytuacje te to przypadki, w których nie dało się wcześniej przewidzieć konieczności utworzenia miejsca do kąpielii zgodnie z wymaganiami i procedurą przewidzianą dla kąpielisk. Mogą one być związane z koniecznością np. zorganizowania zawodów, obozu czy też wydarzeń kulturalnych połączonych z wypoczynkiem (kąpielą). Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej prowadzą również nadzór nad miejscami okazjonalnie wykorzystywanymi do kąpielii. Ich liczba w 2021 r. wyniosła 280, jest to o 91 miejsc więcej niż w 2020 r. W sezonie letnim 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały łącznie 580 bieżących ocen jakości wody, w tym 19 ocen o okresowej nieprzydatności wody do kąpielii. 269 miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii spełniało wymagania jakości wody, zaś w przypadku 11 miejsc wystąpiły przypadki czasowego braku spełnienia wymagań – w większości przypadków z powodu nadmiernego zakwitnięcia sinic.

3 Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. *Prawo wodne* (Dz.U. z 2021 r. poz. 2233, z późn. zm.)

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

5 Dz.U. z 2021 r. poz. 2233 z późn. zm.



Tab. 28 Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii wg ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej

(opracowanie własne)

Województwo	Miejsca okazjonalnie wykorzystywane do kąpielii
dolnośląskie	5
kujawsko-pomorskie	16
lubelskie	6
lubuskie	27
łódzkie	7
małopolskie	6
mazowieckie	19
opolskie	1
podkarpackie	11
podlaskie	6
pomorskie	63
śląskie	9
świętokrzyskie	25
warmińsko-mazurskie	41
wielkopolskie	19
zachodniopomorskie	19
POLSKA	280

W sezonie kąpielowym w 2021 r. na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego zamieszczony był wykaz wszystkich miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpielii nadzorowanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

4. Terminy otwarcia kąpielisk

Zgodnie z ustawą *Prawo wodne*⁶ sezon kąpielowy obejmuje okres między 1 czerwca a 30 września. W sezonie kąpielowym w 2021 r. średni czas otwarcia kąpieliska wynosił 67 dni, najdłuższy 121 dni, a najkrótszy 7 dni.

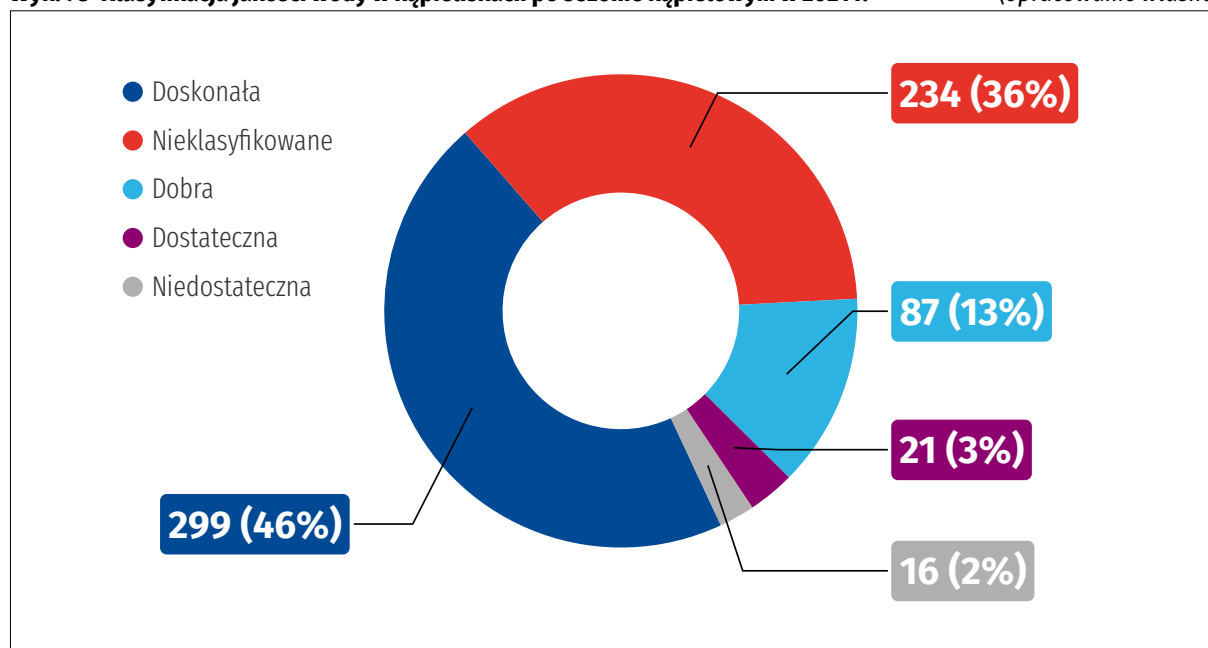
Indywidualnie dla każdego kąpieliska decyzję o jego otwarciu i zamknięciu w ramach czasowych określonych prawem praktycznie podejmuje organizator kąpieliska. Sezon kąpielowy jest określany i zatwierdzany przez radę gminy w uchwale, dodatkowo informacje te można znaleźć w internetowym serwisie kąpieliskowym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

⁶ Dz.U. z 2021 r. poz. 2233 z późn. zm.

5. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach

Po zakończeniu sezonu kąpielowego w 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły klasyfikację jakości wody dla kąpielisk, które posiadały pełen zestaw danych, tj. minimum 16 próbek wody lub 12 próbek wody dla kąpielisk, których sezon kąpielowy trwa krócej niż 8 tygodni – przebadanych na przestrzeni 4 lub mniej sezonów kąpielowych. Kąpieliska, które mogą być poddane klasyfikacji, to takie, które spełniają ten warunek. Kąpieliska sklasyfikowane otrzymują status: doskonałe, dobre, dostateczne lub niedostateczne. Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach przeprowadzana jest na podstawie wyników badań parametrów mikrobiologicznych, tj. *Escherichia coli* i enterokoki. Klasyfikacja kąpieliska jest dokonywana zgodnie z przepisami rozporządzenia⁷ i mogła zostać wykonana w 2021 r. dla 423 kąpielisk – z uwagi na dostępność pełnych zestawów danych o jakości wody, niezbędnych do przyporządkowania kąpielisk do poszczególnych klas jakości wody. 234 kąpieliska nie zostały sklasyfikowane przede wszystkim z uwagi na to, iż są to obiekty nowo zidentyfikowane jako kąpieliska i nie posiadają jeszcze pełnego zestawu danych.

Wyk. 78 Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2021 r. (opracowanie własne)



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

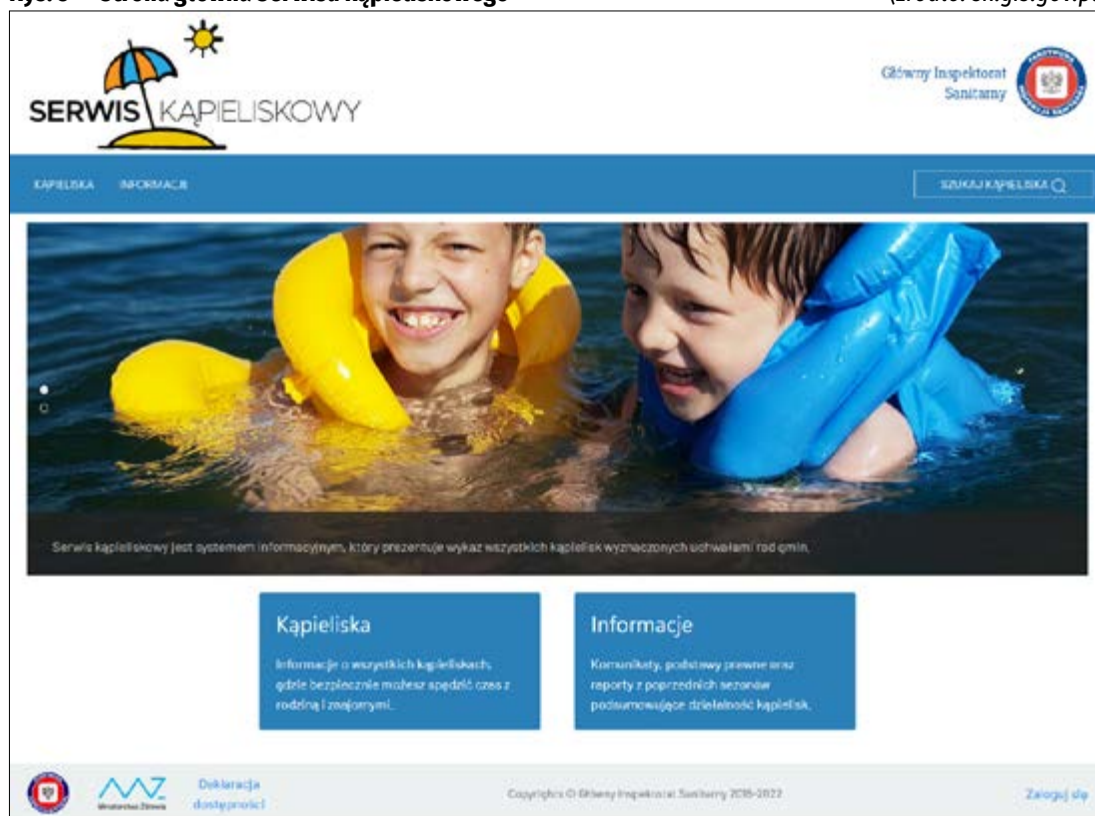
6. Serwis kąpieliskowy

Serwis kąpieliskowy zgodnie z art. 347 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2017 r. *Prawo wodne*⁸ to serwis internetowy, w którym prezentowane są dane o kąpieliskach⁹ w Polsce, wraz z informacjami o jakości wody w kąpieliskach. Celem *Serwisu kąpieliskowego* jest natychmiastowe prezentowanie aktualnych informacji o jakości wody w kąpieliskach podczas trwania sezonu kąpielowego, tak aby minimalizować ryzyko zdrowotne osób kąpiących się.

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

Rys. 3 Strona główna Serwisu kąpieliskowego

(źródło: sk.gis.gov.pl)



Serwis kąpieliskowy w sezonie kąpielowym 2021 był na bieżąco aktualizowany w terminie od 1 czerwca do 30 września, zgodnie z ustawowym okresem trwania sezonu kąpielowego. Administratorami *Serwisu kąpie-*

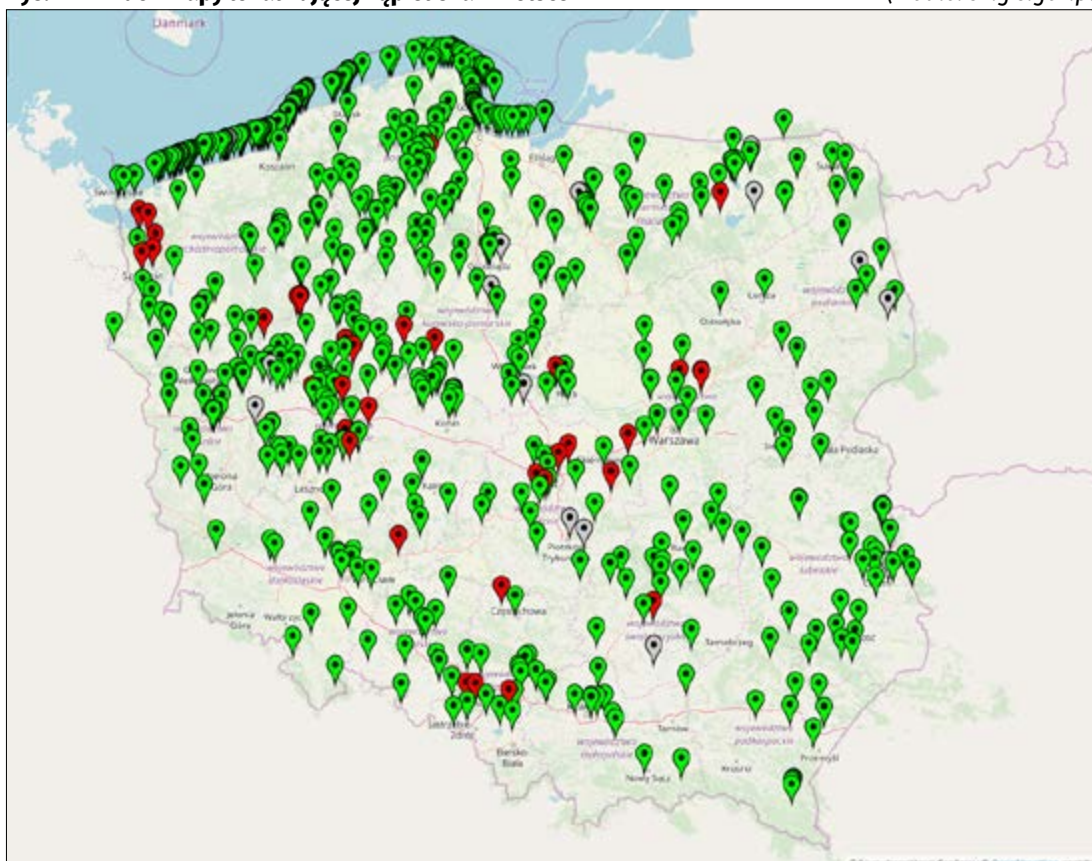
⁸ Dz. U. z 2021 r., poz. 2233 z późn. zm.

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

liskowego są: Główny Inspektorat Sanitarny, wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz organizatorzy kąpielisk. Dla każdego kąpieliska na podstawie sprawozdania z badania jakości wody właściwy państwowy powiatowy lub państwowy graniczny inspektor sanitarny dokonywał bieżącej oceny jakości, w celu określenia jej przydatności do kąpeli. Informacje o bieżącej ocenie jakości wody były niezwłocznie zamieszczane na stronie *Serwisu kąpieliskowego*.

Rys. 4 Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce

(źródło: sk.gis.gov.pl)



Serwis kąpieliskowy zawierał informacje dotyczące kąpielisk, a w szczególności:

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

Rys. 5 Widok wykazu kąpielisk

(źródło: sk.gis.gov.pl)

Bobolin Wschód					
Akwen Morze Bałtyckie	Adres Bobolin powiat sławieński, woj. zachodniopomorskie	Sezon kąpielowy 25/05/2022 - 31/08/2022	Godziny otwarcia 10:00 - 18:00	Jakość wody Woda przydatna do kąpiel Wynik badania z dnia 11/08/2022	
Klasyfikacja 2021 - Jakość doskonała					
Bobolin Zachód					
Akwen Morze Bałtyckie	Adres Bobolin powiat sławieński, woj. zachodniopomorskie	Sezon kąpielowy 25/05/2022 - 31/08/2022	Godziny otwarcia 10:00 - 18:00	Jakość wody Woda przydatna do kąpiel Wynik badania z dnia 11/08/2022	
Klasyfikacja 2021 - Jakość doskonała					
Boiko					
Akwen Zbiornik Boiko	Adres Opole powiat Opole, woj. opolskie	Sezon kąpielowy 24/06/2022 - 4/09/2022	Godziny otwarcia 10:00 - 19:00	Jakość wody Woda przydatna do kąpiel Wynik badania z dnia 11/08/2022	Klasyfikacja 2021 - Jakość doskonała
Borków					
Akwen Zbiornik wodny "Borków"	Adres Borków powiat kielecki, woj. świętokrzyskie	Sezon kąpielowy 2/03/2022 - 28/08/2022	Godziny otwarcia 11:00 - 19:00	Jakość wody Woda nieprzydatna do kąpiel ze względu na limit wymagania Wynik badania z dnia 09/08/2022	Klasyfikacja 2021 - Niez klasyfikowane
Borówno Wielkie					
Akwen Jezioro Borówno Wielkie	Adres Skarszewy powiat starogardzki, woj. pomorskie	Sezon kąpielowy 1/03/2022 - 31/08/2022	Godziny otwarcia 11:00 - 18:00	Jakość wody Woda przydatna do kąpiel Wynik badania z dnia 09/08/2022	
Klasyfikacja 2021 - Nieklasyfikowane					
Borzechowskie Wielkie przy Ośrodku Wypoczynkowym „Jeziornik” w Borzechowie					
Akwen Jezioro Borzechowskie Wielkie	Adres Borzechowo powiat starogardzki, woj. pomorskie	Sezon kąpielowy 1/03/2022 - 31/08/2022	Godziny otwarcia 10:00 - 18:00	Jakość wody Woda przydatna do kąpiel Wynik badania z dnia 09/08/2022	
Klasyfikacja 2021 - Jakość doskonała					

Rys. 6 Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska

(źródło: sk.gis.gov.pl)

Infrastruktura		
Błękitna flaga	Wyznaczona strefa w wodzie	Strefa na plaży do rekreacji i sportu
Dostępne dla osób niepełnosprawnych	Kosze na śmieci	Toaleta
Przebieralnie	Ratownik	Miejsce do kąpiel dla dzieci
Zakaz wprowadzania zwierząt domowych	Do wglądu regulamin kąpieliska	Tablica informacyjna

Rys. 7 Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska

(źródło: sk.gis.gov.pl)

Dębina

Adres
Dębina, Dębina
woj. pomorskie, pow. słupski


Adres
Morze Bałtyckie

Drugość linii brzegowej
100m

Sezon kąpielowy
09/07/2022 - 31/08/2022

Godziny otwarcia
10:00 - 18:00

MAPA NA LISTĘ KĄPIELISK



Waża przyletno do kąpielni

Balazowy: 03/06/2022

Następny badanie: 23/08/2022

[Pokaż oceny wody w kąpielisku](#)


Profil

Nowe Kąpielisko morskie - zlokalizowane na otwartym akwenie Morza Bałtyckiego. Kąpielisko wyposażone jest w toalety, kosze na śmieci. Plaża raz dziennie na terenie kąpieliska jest sprzątnięta. Ponadto kąpielisko paroladne jest w formach ochrony przyrody: Obszar Chronionego Krajobrazu „Pas podrzeża na wschód od Ustki”, NATURA 2000, Przybrzeżne wody Bałtyku oraz Kifły Poddybskie. Nie stawiane są żadne ograniczenia jak również zakazu kąpiel. Na bieżąco organizator monitoruje i bada jakość wody. Użytkownicy kąpieliska o wynikach badań informowani są niezwłocznie. Nad bezpieczeństwem osób korzystających z kąpieliska czuwa wykwalifikowany zespół ratowników.

[Przejdź do strony z profilem wody](#)

[Pobierz profil wody w kąpielisku](#)

Klasyfikacja

 2021 Jakość doskonała	2020 Rekwalifikowane	2019 Nowe kąpielisko	2018 Nowe kąpielisko
---	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Infrastruktura

Warunki

Data ostatniego pomiaru: 24/08/2022

Temperatura powietrza: 21°C

Temperatura wody: 17°C

Prędkość wiatru: 2 m/s

Flaga: Biały

* Dane wprowadzane przez organa zarobku.

Organizator

Urząd Gminy Ustka
ul. Dębina 24, 78-200 Ustka
o.zuopnik@ustka.u.gov.pl
59 815 24 00, 59 815 24 22

Stacja nadzorująca

PSSE w Słupsku
ul. Piotra Skargi 8, 78-200 Słupsk
psse.slupsk@pis.gov.pl
(59) 843-12-91

Deklaracja dostępności

Copyright © Główny Inspektorat Sanitarny 2008-2022

[Zaloguj się](#)



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

W 2021 r. *Serwis kąpieliskowy* jak co roku cieszył się popularnością (liczba aktywnych użytkowników w bieżącym sezonie przekroczyła pięćset tysięcy odwiedzających). Najwięcej użytkowników w czasie trwania sezonu kąpielowego przypadło na dzień 30 czerwca 2021 r. (19 560) oraz 18 lipca 2021 r. (13 118).

Dużym zainteresowaniem cieszyły się również materiały informacyjne pt. *Przyczyny występowania i zagrożenia wynikające z obecności potencjalnie toksycznych cyjanobakterii (sinic) w wodzie*.

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

7. Działania edukacyjne w obszarze kąpielisk

W ramach podejmowanych działań Główny Inspektorat Sanitarny po sporządzeniu raportu o jakości wody w kąpieliskach za rok 2021 (analogicznie jak w roku poprzednim) przekazał Państwowemu Gospodarstwu Wodnemu Wody Polskie oraz Głównemu Inspektorowi Ochrony Środowiska zestawienie kąpielisk, w których odnotowano pogorszenie klasyfikacji jakości wody, z prośbą o podjęcie działań na rzecz poprawy stanu ochrony wód przed zanieczyszczeniami.

W ramach działań edukacyjnych Główny Inspektor Sanitarny dokonał analizy funkcjonujących w sezonie kąpielowym miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli, w kontekście przepisów krajowych, pod kątem ich ewentualnego przekwalifikowania na kąpieliska. Wystosował w związku z tym pismo do organizatorów miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli o rozważenie złożenia do właściwej miejscowo gminy wniosku o umieszczenie w wykazie kąpielisk zarządzanego obiektu w sezonie kąpielowym 2022 r.

Ponadto Główny Inspektor Sanitarny wystosował pismo do poszczególnych urzędów miast i gmin, które wyznaczyły uchwałą rady gminy kąpieliska na sezon kąpielowy 2021 r., wskazując, jak niezwykle istotne pozostaje utrzymanie uzgodnionych kąpielisk w kolejnych sezonach kąpielowych.



ZAPOBIEGAWCZY NADZÓR SANITARNY

1. Zapobiegawczy nadzór sanitarny

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

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

1.1. Cele sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

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

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

1.2. Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach zapobiegawczego nadzoru sanitarnego

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

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

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

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

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

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



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

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

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

W roku 2021 w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zajmowały stanowiska dotyczące:

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

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

Strategiczne oceny oddziaływania na środowisko

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

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

Ocena oddziaływania przedsięwzięcia mogącego znacząco oddziaływać na środowisko

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Główny Inspektor Sanitarny w 2021 r. nadał uprawnienia rzeczoznawcy do spraw sanitarnohigienicznych 7 osobom (w 2020 r. – 7 osobom, w 2019 r. – 7 osobom, w 2018 r. – 11 osobom, w 2017 r. – 7 osobom, a w 2016 – 8 osobom).

W roku 2021 na terenie całego kraju zarejestrowanych było 361 rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych, w tym aktywnie działających 284 rzeczoznawców (w 2020 r. 395 zarejestrowanych, w tym aktywnie działających 283, w 2019 r. 389 zarejestrowanych, w tym aktywnie działających 292).

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

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

Stanowiska w zakresie odstępstw od przepisów dotyczyły m.in. obniżenia wysokości pomieszczeń, zagłębienia poniżej poziomu terenu oraz oświetlenia wyłącznie światłem sztucznym pomieszczeń przeznaczo-

nych na pobyt ludzi. Odnosiły się również do zastosowania recyrkulacji powietrza w budynkach działalności leczniczej, usytuowania wyrzutni powietrza instalacji wentylacyjnych i klimatyzacyjnych, a także odległości lokalizowania zbiorników na nieczystości ciekłe, miejsc na kontenery na odpady stałe od okien i drzwi budynków z pomieszczeniami na pobyt ludzi, od granicy z sąsiednią działką czy od magazynów spożywczych.

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

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały również:

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

Zapobiegawczy nadzór sanitarny – dane liczbowe

W 2021 r. w ramach sprawowania zapobiegawczego nadzoru sanitarnego Państwowa Inspekcja Sanitarna zajęła ogółem 108 675 stanowisk, w tym 933 negatywnych, co stanowi 0,86%.

W ramach powyższych działań dokonano: 26 997 uzgodnień dokumentacji projektowej inwestycji pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych, w tym przez:

- ◆ organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej – 5 346 uzgodnień dokumentacji projektowej,
- ◆ rzeczoznawców do spraw sanitarnohigienicznych – 21 651 uzgodnień dokumentacji projektowej.

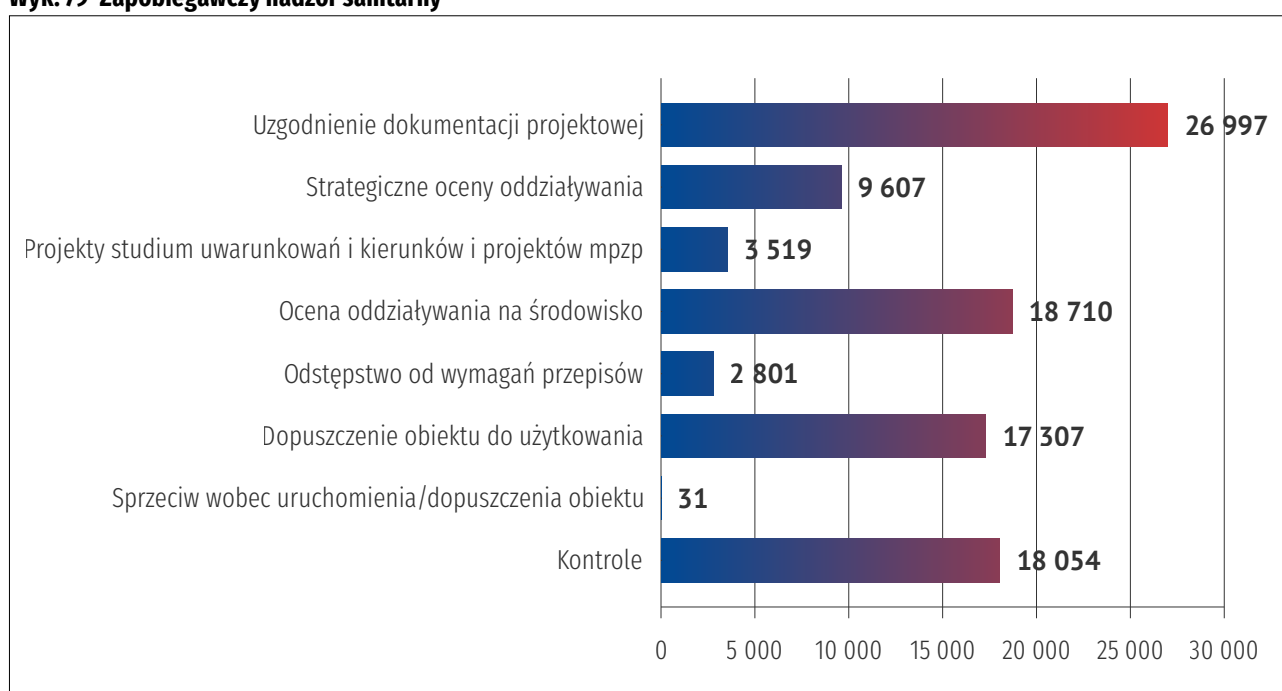
Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej odpowiednio dokonały, zajęły lub wydały:

- ◆ 9 607 uzgodnień i opinii w ramach strategicznej oceny oddziaływania na środowisko,
- ◆ 3 519 opinii dotyczących projektów studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gminy oraz projektów miejscowych planów zagospodarowania przestrzennego gminy

- ◆ 18 710 opinii w ramach oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko,
- ◆ 2 801 stanowisk dotyczących zastosowania rozwiązań innych niż określone w obowiązujących przepisach prawnych, w tym w zakresie warunków technicznych,
- ◆ 17 307 stanowisk w ramach uczestniczenia w dopuszczeniu do użytkowania obiektu budowlanego i statku żeglugi śródlądowej do eksploatacji pod względem wymagań sanitarnych,
- ◆ 31 sprzeciwów wobec uruchomienia wybudowanego, przebudowywanego zakładu pracy lub innego obiektu budowlanego, w tym wobec dopuszczenia do użytkowania.

W związku ze sprawowaniem zapobiegawczego nadzoru sanitarnego w 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonały 18 054 kontroli (wizytacji) obiektów i terenów.

Wyk. 79 Zapobiegawczy nadzór sanitarny



1.3. Podsumowanie

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

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



**STAN SANITARNY OBIEKTÓW
UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ**

1. Informacje ogólne

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

W 2021 r. skontrolowano ogółem 43 673 obiekty użyteczności publicznej, co stanowiło 27,7% spośród 157 725 ujętych w ewidencji, m.in.:

- ◆ salony fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu, odnowy biologicznej – skontrolowano 16 972 spośród 67 713 ujętych w ewidencji, co stanowiło 25,1%,
- ◆ obiekty hotelarskie, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe i inne, w których świadczone są usługi hotelarskie – skontrolowano 6743 spośród 21 957 ujętych w ewidencji, co stanowiło 30,7%,
- ◆ ustępy, skontrolowano 1 222 ustępy publiczne (szalety publiczne) i 590 ustępów ogólnodostępnych w obiektach użyteczności publicznej spośród 3614 ujętych w ewidencji, co stanowiło 50,1%,
- ◆ domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych oraz inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej – skontrolowano 1 217 spośród 3 236 ujętych w ewidencji, co stanowiło 37,6%,
- ◆ dworce autobusowe, kolejowe, porty lotnicze i morskie, przystanie żeglugi morskiej i śródlądowej, stacje metra, przystanie jednostek pływających rekreacyjnych i sportowych – skontrolowano 568 spośród 1 459 ujętych w ewidencji, co stanowiło 38,9%,
- ◆ przejścia graniczne: drogowe, lotnicze, morskie, kolejowe, rzeczne – skontrolowano 34 spośród 50 ujętych w ewidencji, co stanowiło 68%,
- ◆ tereny rekreacyjne – skontrolowano 3 803 spośród 11 604, co stanowiło 32,8%,
- ◆ cmentarze i domy pogrzebowe – skontrolowano 2 522, spośród 10 519, co stanowiło 24%,
- ◆ inne obiekty i urządzenia użyteczności publicznej, m.in. apteki, kina, hale sportowe, targowiska, zakłady pralnicze – skontrolowano 8 438 spośród 35 385, co stanowiło 23,8%.

2. Stan sanitarny wybranych obiektów

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

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

- ◆ ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*¹,
- ◆ rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. *w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy*²,
- ◆ rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. *w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie*³.

Pomimo braku obowiązku prawnego dotyczącego uzyskania opinii sanitarnej odnośnie rozpoczęcia takich działalności, zaleca się wystąpienie z wnioskiem o wydanie opinii na podstawie art. 3 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*⁴ do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego ze względu na lokalizację usług. Niezależnie od powyższego, stanowisko organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej może być wymagane przepisami ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawa budowlanego*⁵ w przypadku konieczności uzyskania pozwolenia na użytkowanie obiektu budowlanego (art. 56) celem świadczenia tego rodzaju usług.

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

W 2021 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej ujęto:

- ◆ 30 947 zakładów fryzjerskich,
- ◆ 21 818 zakładów kosmetycznych,

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

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

3 Dz. U. z 2019 r. poz. 1065, z późn. zm.

4 Dz. U. z 2021 r. poz. 195, z późn. zm.

5 Dz. U. z 2021 r. poz. 2351, z późn. zm.



- ◆ 1 190 zakładów tatuażu,
- ◆ 5 295 zakładów odnowy biologicznej,
- ◆ 8 463 innych zakładów, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z ww. usług.

W porównaniu z rokiem 2020, liczba podmiotów oferujących takie usługi zmniejszyła się o 4 462.

Tab. 29 Liczba zakładów

Wyszczególnienie	Liczba urządzeń i obiektów				
	według ewidencji na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Zakłady fryzjerskie	30947	7272	37	114	23
Zakłady kosmetyczne	21818	5829	23	62	9
Zakłady tatuażu	1190	379	3	4	2
Zakłady odnowy biologicznej	5295	1588	7	3	6
Inne zakłady, w których są świadczone łącznie więcej niż jedna z usług fryzjerskie, kosmetyczne, odnowy biologicznej, tatuażu	8463	1904	5	34	2
Ogółem	67713	16972	75	217	42

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

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

Ogólną statystykę kontroli solariów w latach 2018-2021 przedstawia poniższa tabela.

⁶ Dz. U. z 2017 r. poz. 2111

⁷ Dz. U. z 2018 r. poz. 275

Tab. 30 Kontrole solarium w latach 2018-2021

Dane za rok	Liczba kontroli (w tym sprawdzających)	Liczba obiektów skontrolowanych	Liczba zaleceń w formie pouczenia na podstawie art.8 ust. 1 pkt 1-4 ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium - Dz.U. z 2017 r. poz. 2111	Liczba kar na podstawie art. 8 ustawy z dnia 15 września 2017 r. o ochronie zdrowia przed następstwami korzystania z solarium - Dz.U. z 2017 r. poz. 2111	Ogólna kwota mandatów (PLN)
2018	3 171	3 085	62	10	12 700
2019	2 846	2 799	26	12	18 000
2020	990	985	4	2	2 000
2021	1 269	1 234	3	7	8 000

Zakres kontroli w 2021 r. rozszerzono o obszar świadczenia usług w warunkach stanu epidemii wywołanego zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. W podmiotach prowadzących usługi przeprowadzano w głównej mierze kontrole dotyczące sprawdzania realizacji obowiązków zapobiegania rozprzestrzeniania się COVID-19, zawartych w rozporządzeniu Rady Ministrów *w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii*.

Kontrole miały na celu również prowadzenie działań edukacyjnych, w trakcie których informowano o konieczności stosowania się do opracowanych przez Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii oraz Głównego Inspektora Sanitarnego wytycznych dla branż w stanie epidemii SARS-CoV-2 w Polsce. Podczas kontroli instruowano przedsiębiorców lub osoby zarządzające pod nieobecność właściciela w obiekcie o zasadach bezpiecznej pracy w reżimie sanitarnym, tj. m.in.:

- ◆ umieszczania w strefie wejścia/wyjścia pojemników z płynem do dezynfekcji rąk dla klientów,
- ◆ stosowania obowiązku zakrywania ust i nosa podczas pracy przez pracowników oraz jednorazowych rękawiczek,
- ◆ wyposażania w niezbędną ilość środków do dezynfekcji,
- ◆ zachowania odległości lub odgradzenia od siebie za pomocą przegrody np. typu pleksi stanowisk pracy, tak aby ograniczyć bezpośredni kontakt klientów,
- ◆ rozmieszczenia na terenie zakładów plakatów informacyjnych dla klientów o obowiązku zakrywania ust i nosa, instrukcji prawidłowego mycia i dezynfekcji rąk,
- ◆ przestrzegania obowiązku zapewnienia, aby w miejscu, w którym prowadzona jest działalność, przebywała wyłącznie obsługa oraz obsługiwani klienci, a w przypadku gdy klient wymagał opieki, również jego opiekun,

- ◆ systematycznego wietrzenia i zwiększenia częstotliwości mycia i dezynfekcji wszystkich powierzchni użytkowych i sprzętu oraz o niekorzystaniu przez klientów i pracowników z telefonów komórkowych podczas przebywania na stanowiskach pracy,
- ◆ prawidłowego przechowywania odzieży wierzchniej klientów i pracowników.

2.2. Obiekty hotelarskie – hotele, motele, pensjonaty, kempingi, domy wycieczkowe, schroniska młodzieżowe, kempingi, pola biwakowe i inne obiekty, w których świadczone są usługi hotelarskie

W 2021 r. skontrolowano 6 743 obiektów hotelarskich spośród zewidencjonowanych 21 957 obiektów tego typu. W 77 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan sanitarny pod względem higieniczno-sanitarnych i technicznym, w 60 przypadkach – niezadawalający stan sanitarny pod względem higieniczno-sanitarnym oraz w 113 – niezadawalający stan sanitarny pod względem technicznym.



Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach nadzoru nad obiektami hotelarskimi kontroluje:

- ◆ jakość wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi,
- ◆ zaopatrzenie w bieżącą wodę ciepłą i zimną,
- ◆ gospodarkę ściekami i odpadami,
- ◆ postępowanie z brudną i czystą bielizną oraz pościelą,
- ◆ procedury utrzymania czystości, środki czystości i dezynfekcyjne,
- ◆ warunki eksploatacji instalacji wentylacyjnej i klimatyzacji,
- ◆ stan sanitarno-higieniczny, techniczny oraz infrastrukturę terenów przeznaczonych pod kempingi, pola namiotowe i wokół budynków.

2.3. Domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę, noclegownie i domy dla bezdomnych, inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej

W 2021 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się 3 236 takich obiektów, z czego skontrolowano 1 217 obiektów.

Zakres kontroli obejmował m.in. stan higieniczny, stan sanitarno-techniczny, postępowanie z odpadami, w tym medycznymi w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, postępowanie z bielizną, przestrzeganie zakazu palenia tytoniu.

Stwierdzono następujące uchybienia:

- ◆ 35 przypadków niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym,
- ◆ 14 przypadków niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem higieniczno-sanitarnym,
- ◆ 46 przypadków niezadawalającego stanu sanitarnego pod względem technicznym.

Wśród kontrolowanych obiektów pomocy społecznej znalazły się obiekty o różnych profilach działalności:

- ◆ domy pomocy społecznej stanowiące placówki zapewniające całodobową opiekę z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności,
- ◆ inne jednostki organizacyjne pomocy społecznej stanowiące placówki w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, takie jak: ośrodki dla cudzoziemców, domy dziennego pobytu, ośrodki wsparcia, w tym ośrodki wsparcia tworzone na podstawie przepisów o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, środowiskowe domy samopomocy, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży itp.,
- ◆ placówki zapewniające całodobową opiekę, tj. placówki, które zapewniają opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, prowadzone w ramach działalności gospodarczej,
- ◆ noclegownie i domy dla bezdomnych wraz z pomieszczeniami pomocniczymi niezbędnymi do prawidłowego funkcjonowania i udzielania pomocy.

2.4. Dworce autobusowe, dworce i stacje kolejowe, stacje metra i środki transportu

Skontrolowano 451 dworców i stacji (autobusowe, kolejowe, metra) na 1257 znajdujących się w ewidencji, w 3 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym, w 1 przypadku pod względem higieniczno-sanitarnym, natomiast w 9 przypadkach wyłącznie pod względem technicznym.

W 2021 r. skontrolowano ogółem również 4928 środków transportu, w tym:

- ◆ 1 712 autobusów komunikacji publicznej,
- ◆ 156 autobusów turystycznych,
- ◆ 124 tramwaje i trolejbusy, wagony w metrze czy szybkiej kolei miejskiej,
- ◆ 143 wagony w pociągach dalekobieżnych i podmiejskich,
- ◆ 428 statków morskich,
- ◆ 95 statków i promów pasażerskich morskich i żeglugi śródlądowej,
- ◆ 45 samolotów pasażerskich,
- ◆ 218 samochodów do przewozu chorych,
- ◆ 1741 samochodów do przewozu zwłok i szczątków ludzkich,
- ◆ 96 samochodów do przewozu bielizny,
- ◆ 170 innych środków transportu.



W 52 przypadkach skontrolowanych środków transportu stwierdzono niezadowalający stan pod względem higieniczno-sanitarnym i technicznym, w 23 przypadkach – pod względem tylko higieniczno-sanitarnym, a w 21 przypadkach pod względem tylko technicznym.

2.5. Tereny rekreacyjne

Tereny rekreacyjne stanowią place zabaw dla dzieci, piaskownice, ogródki jordanowskie, parki, ogrody botaniczne i zoologiczne. Na 11 604 obiektów znajdujących się w ewidencji, skontrolowano 3 803. W 8 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 23 – niezadowalający stan higieniczno-sanitarny oraz w 23 przypadkach – niezadowalający stan techniczny. Kontrole terenów ogólnodostępnych na obszarach miejskich i wiejskich wykazały, że są one oświetlone, odpowiednio oznakowane i sprzątane na bieżąco, wyposażone w dostateczną ilość koszy na odpady.

Jednym z istotnych elementów kontroli są place zabaw i piaskownice. Stan sanitarno-techniczny urządzeń do zabaw był dobry, place w większości były ogrodzone i oznakowane, piaskownice zabezpieczone przed dostępem zwierząt. Zwracano również uwagę na częstotliwość wymiany piasku w piaskownicach.

2.6. Cmentarze i domy pogrzebowe

Spośród 10 519 obiektów zewidencjonowanych skontrolowano 2 522. W 24 przypadkach stwierdzono niezadowalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 9 – niezadowalający stan higieniczno-sanitarny i w 30 przypadkach – niezadowalający stan techniczny.

Ocenie poddawano bieżący stan sanitarny cmentarza oraz warunki przeprowadzania ekshumacji.

Skontrolowano domy pogrzebowe, w tym m.in. pomieszczenia do ubierania i przechowywania zwłok, chłodnie, pomieszczenia socjalne, higieniczno-sanitarne, sposób postępowania ze zwłokami.

W związku z epidemią szczególnej ocenie poddawano procedury postępowania ze zwłokami osób zmarłych na COVID-19 oraz środki ochrony indywidualnej osób mających kontakt ze zwłokami, przestrzeganie wytycznych i przepisów w zakresie przestrzegania reżimu sanitarnego.

2.7. Zakłady karne i areszty śledcze

W 2021 r. w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 192 zakłady karne i areszty śledcze, z czego w 85 przeprowadzono kontrolę. Wyniki kontroli wykazały 3 przypadki niezadowalającego stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego oraz 3 przypadki niezadowalającego stanu technicznego, a także w 1 przypadku stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny.

2.8. Inne obiekty użyteczności publicznej

Przedmiotowa grupa obiektów obejmuje inne niż wyżej wymienione obiekty użyteczności publicznej, w tym obiekty i urządzenia użyteczności publicznej, m.in apteki, kina, hale sportowe, targowiska, zakłady pralnicze. W przypadku tego typu obiektów zachowanie właściwego stanu sanitarnego jest niezbędne z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego osób z nich korzystających, a także przebywających w ich sąsiedztwie.

Spośród 35 385 zewidencjonowanych obiektów skontrolowano 8 438. W 80 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, w 58 – niezadawalający stan higieniczno-sanitarny oraz w 95 przypadkach niezadawalający stan techniczny.

2.9. Systematyczna i skuteczna egzekucja przestrzegania przepisów ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w miejscach użyteczności publicznej

Jednym z priorytetów działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest zabezpieczenie prawa osób niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego oraz pary z papierosów elektronicznych, dlatego kluczowe znaczenie mają działania, których celem jest spadek ilości osób narażonych na bierne palenie w miejscach użyteczności publicznej. Dostępne badania wskazują jednoznacznie, że nie ma bezpiecznego poziomu narażenia na dym tytoniowy. Każdy obywatel ma konstytucyjne prawo do ochrony swojego zdro-



wia, a narażenie na bierne palenie, szczególnie w przestrzeni publicznej, zdecydowanie to prawo narusza. Dlatego istotne jest, aby w obiektach objętych przepisami ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. *o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* (Dz.U. z 2021 r. poz. 276 z późn. zm.) przeprowadzać cykliczne kontrole sprawdzające przestrzeganie tych przepisów oraz, w razie wykrycia nieprawidłowości, skutecznie egzekwować prawo.

W 2021 r. przeprowadzono łącznie 137 671 kontroli, w trakcie których sprawdzano przestrzeganie zakazu palenia tytoniu (83 251 kontroli w 2020 r.). Zaangażowanie pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dodatkowe działania mające na celu przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 przełożyło się na spadek liczby dokonanych kontroli w porównaniu do sytuacji sprzed epidemii (262 173 kontrole w 2019 r.).

Z wykonanych kontroli wynika, że przepisy ustawy *o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* dotyczące zakazu palenia wyrobów tytoniowych w 2021 r. były stosowane w 99,98% skontrolowanych obiektów użyteczności publicznej. Natomiast w 0,02% skontrolowanych obiektów stwierdzono nieprzestrzeganie przepisów ustawy. Najliczniejszą grupą obiektów, w których nie były przestrzegane przepisy ustawy, były lokale gastronomiczno-rozrywkowe oraz zakłady pracy. Ustawa była przestrzegana w 100% w przydatku obiektów sportowych, obiektów służących kulturze i wypoczynku, pomocy społecznej oraz placówkach oświatowych. Skontrolowano 14 261 przedsiębiorstw podmiotów leczniczych, 20 681 jednostek organizacyjnych systemu oświaty, 90 uczelni wyższych, 1 402 jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, 37 509 zakładów pracy, 10 417 obiektów kultury i wypoczynku, 20 259 lokali gastronomiczno-rozrywkowych, 1 636 pomieszczeń obiektów sportowych, 3 105 obiektów służących obsłudze podróżnych oraz 28 311 innych pomieszczeń użytku publicznego.

Jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2021 r. wystawiły łącznie 22 mandaty, na łączną kwotę 4 550 PLN za łamanie zakazu palenia papierosów tradycyjnych oraz za nieumieszczenie znaku zakazu palenia w miejscach objętych zakazem.

3. Podsumowanie

W związku z trwającą na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej epidemią zmniejszeniu uległa w porównaniu do lat ubiegłych liczba kontroli planowych.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonywały dodatkowe zadania związane z przeciwdziałaniem rozprzestrzenianiu się zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

W związku z obostrzeniami dla obiektów użyteczności publicznej, w tym handlowych, hotelowych, domów pomocy społecznej, dokonywano kontroli, samodzielnie lub przy współudziale policji, w zakresie przestrzegania przepisów wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów *w sprawie ustanowienia określonych ogra-*

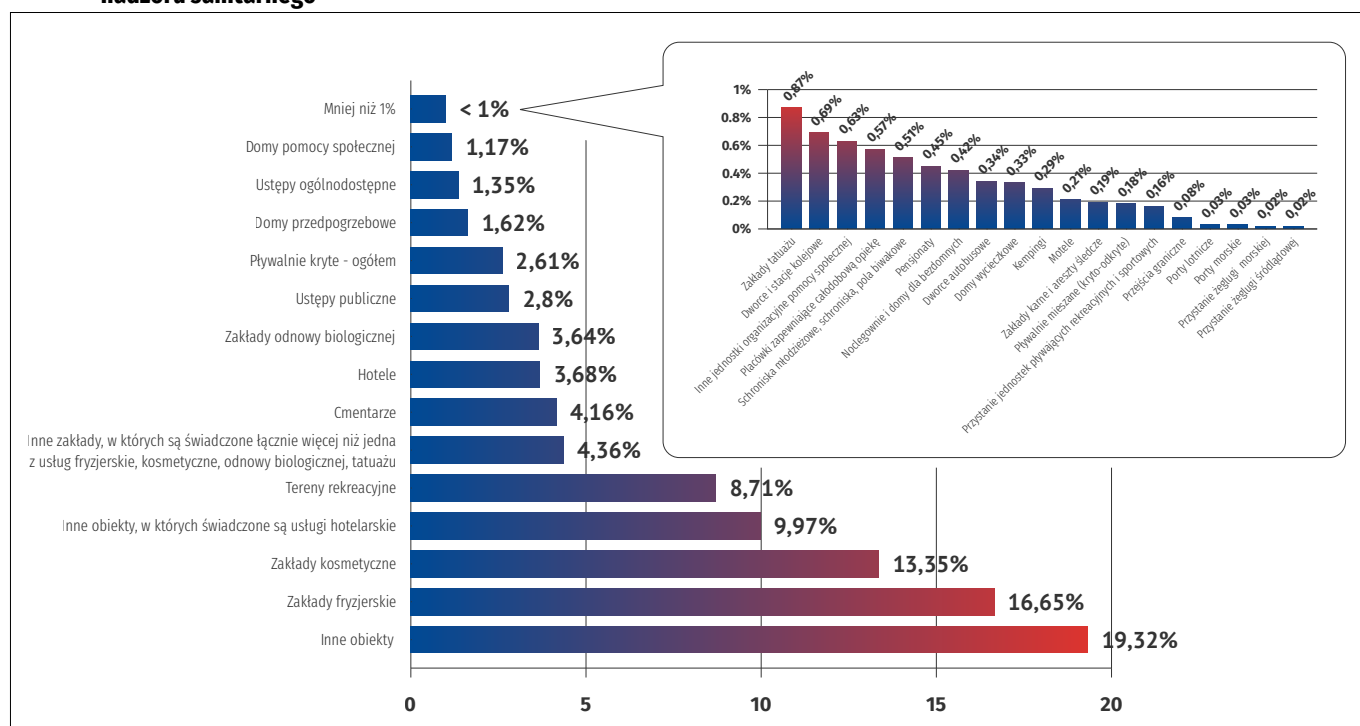
niczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii dot. m.in. obowiązku zastraniania ust i nosa, dostępności środków do dezynfekcji rąk.

Współpracowano z organami samorządowymi w zakresie podejmowania działań mających na celu zachowanie reżimu sanitarnego, w szczególności w miejscach w przestrzeni publicznej, na przystankach komunikacyjnych, w parkach, centrach handlowych, ciągach komunikacyjnych, na placach, w budynkach użyteczności publicznej itp.

Tab. 31 Dane porównawcze wyników kontroli w latach 2017-2021

liczba obiektów użyteczności publicznej	Rok 2017	Rok 2018	Rok 2019	Rok 2020	Rok 2021
wg ewidencji stan na 31 XII	142 939	153 186	144 172	171 410	157 725
skontrolowanych	79 067 55%	79 651 52%	70 422 49%	37 531 21,9%	43 673 27,69%
z nieodpowiednim stanem sanitarno-higienicznym i technicznym	377 0,5%	381 0,5%	485 0,7%	179 0,5%	354 0,22%
z nieodpowiednim stanem sanitarno-higienicznym	377 0,5%	381 0,5%	485 0,7%	179 0,5%	354 0,22%
z nieodpowiednim stanem wyłącznie pod względem technicznym	600 0,8%	687 0,9%	769 1,1%	276 0,7%	425 0,27%

Wyk. 80 Rozkład procentowy kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej obiektów użyteczności publicznej w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego





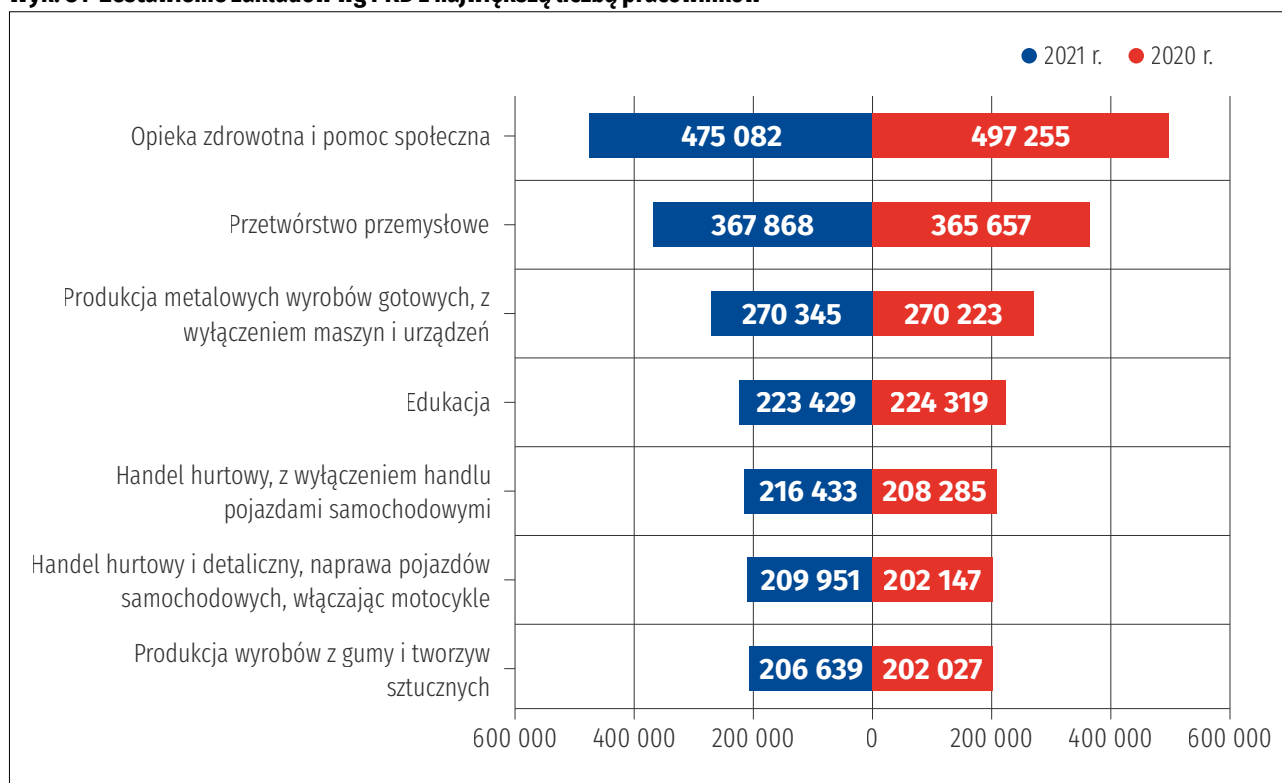
**NADZÓR NAD WARUNKAMI
SANITARNO-HIGIENICZNYMI
ŚRODOWISKA PRACY**

1. Działalność kontrolna w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego

Główne kierunki działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie prowadzonego nadzoru sanitarnego w celu poprawy warunków pracy i ochrony zdrowia pracowników przed negatywnym oddziaływaniem szkodliwych i uciążliwych czynników występujących na stanowiskach pracy określone były w *Wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego do planowania i działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2021 r.* Bieżący nadzór sanitarny sprawowany przez pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej obejmował w 2021 r. (mimo zintensyfikowanych działań Inspekcji Sanitarnej mających na celu zapobieganie zakażeniom oraz rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 na terytorium kraju) kontrole dotyczące przestrzegania przepisów m.in. z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy, wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich u zatrudnionych pracowników, występowania substancji chemicznych i ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, występowania szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy, a także oceny ryzyka zawodowego.

Pion higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2021 r. obejmował ewidencją **142 369** zakładów pracy (**140 543** w roku 2020), zatrudniających ogółem **5 115 742** pracowników (w 2020 r. – **5 014 305**), z czego największą liczbę zatrudnionych stanowili pracownicy wg klasyfikacji działalności, którą przedstawia następujący wykres:

Wyk. 81 Zestawienie zakładów wg PKD z największą liczbą pracowników



W 2021 r. pracownicy pionu Higieny Pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili **31 033** kontroli w **25 212** zakładach, zatrudniających łącznie **1 502 324** pracowników. Nadzorem objętych zostało **18%** zewidencjonowanych podmiotów.

Przekroczenia normatywów higienicznych czynników szkodliwych dla zdrowia stwierdzono łącznie w **2 594** zakładach pracy, co stanowiło 10% ogółu skontrolowanych zakładów pracy. Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i najwyższych dopuszczalnych natężeń (NDN) odnotowane w 2021 r., tak jak w roku ubiegłym, dotyczyły głównie branż o następującym profilu produkcji:

- ◆ PKD 16 – produkcja wyrobów z drewna oraz z korka, z wyłączeniem mebli; produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania – przekroczenia zostały stwierdzone w **1,8%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2020 r. – 1,5%);
- ◆ PKD 25 – produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń – przekroczenia zostały stwierdzone w **1,4%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2020 r. – 1,3%);
- ◆ PKD 10 – produkcja artykułów spożywczych – przekroczenia zostały stwierdzone w **1,1%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2020 r. – 1,1%);
- ◆ PKD 31 – produkcja mebli – przekroczenia zostały stwierdzone w **0,7%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2020 r. – 0,6%);
- ◆ PKD 22 – produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych – przekroczenia zostały stwierdzone w **0,6%** skontrolowanych zakładów pracy (w 2020 r. – 0,6%);

Ogółem w warunkach przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń (NDS) i natężeń (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia w 2021 r. zatrudnionych było **202 617** pracowników.

Najpowszechniej występującym czynnikiem szkodliwym w nadzorowanych zakładach pracy, podobnie jak i w latach ubiegłych, był ponadnormatywny hałas, którego przekroczenie stwierdzono w **3 629** zakładach objętych kontrolami. Łączna liczba zakładów narażonych na oddziaływanie hałasu stanowiła **14,4%** ogółu skontrolowanych zakładów w różnych gałęziach gospodarki.

W wyniku przeprowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną postępowań administracyjnych i egzekucyjnych dotyczących warunków higieniczno-sanitarnych oraz realizacji zadań wynikających z bieżącego nadzoru, ogółem wydano **6 907 decyzji**, w tym **aż 3 563** decyzji dotyczących poprawy warunków pracy oraz **2 decyzje** unieruchamiające stanowisko pracy. Nakazy decyzji w liczbie **15 743** dotyczyły m.in.:

- ◆ badań i pomiarów czynników szkodliwych – **5 038** nakazów (w 2020 r. – 3 942);
- ◆ oceny ryzyka zawodowego – **2 052** nakazy (w 2020 r. – 1 509);
- ◆ substancji chemicznych i ich mieszanin – **1 378** nakazów (w 2020 r. – 1 383);
- ◆ obniżenia normatywów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia – **913** nakazów (w 2020 r. – 921);



- ◆ czynników biologicznych w środowisku pracy – **986** nakazów (w 2020 r. – 355);
- ◆ substancji, mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy – **1 601** nakazów (w 2020 r. – 521);

Liczba wydanych postanowień o nałożeniu grzywnien celem przymuszenia do wykonywanych decyzji w roku 2021 wyniosła **146**. W drodze mandatu karnego nałożono **354 grzywny** na łączną kwotę: **46 100 PLN**.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowanego nadzoru nad warunkami pracy szczególny nacisk kładzie na występujące w środowisku pracy czynniki o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. Ze względu na charakter skutków zdrowotnych temat ten jest realizowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną w sposób ciągły.

W 2021 r. przeprowadzono **4 243** kontrole w **3 893** obiektach; liczba pracowników narażonych na czynniki o działaniu rakotwórczym lub mutagennym ogółem wyniosła **83 874**, w tym **20 704** kobiety i **62 921** mężczyzn. Wydano **724** decyzji w zakresie nadzoru nad czynnikami o działaniu rakotwórczym/mutagennym.

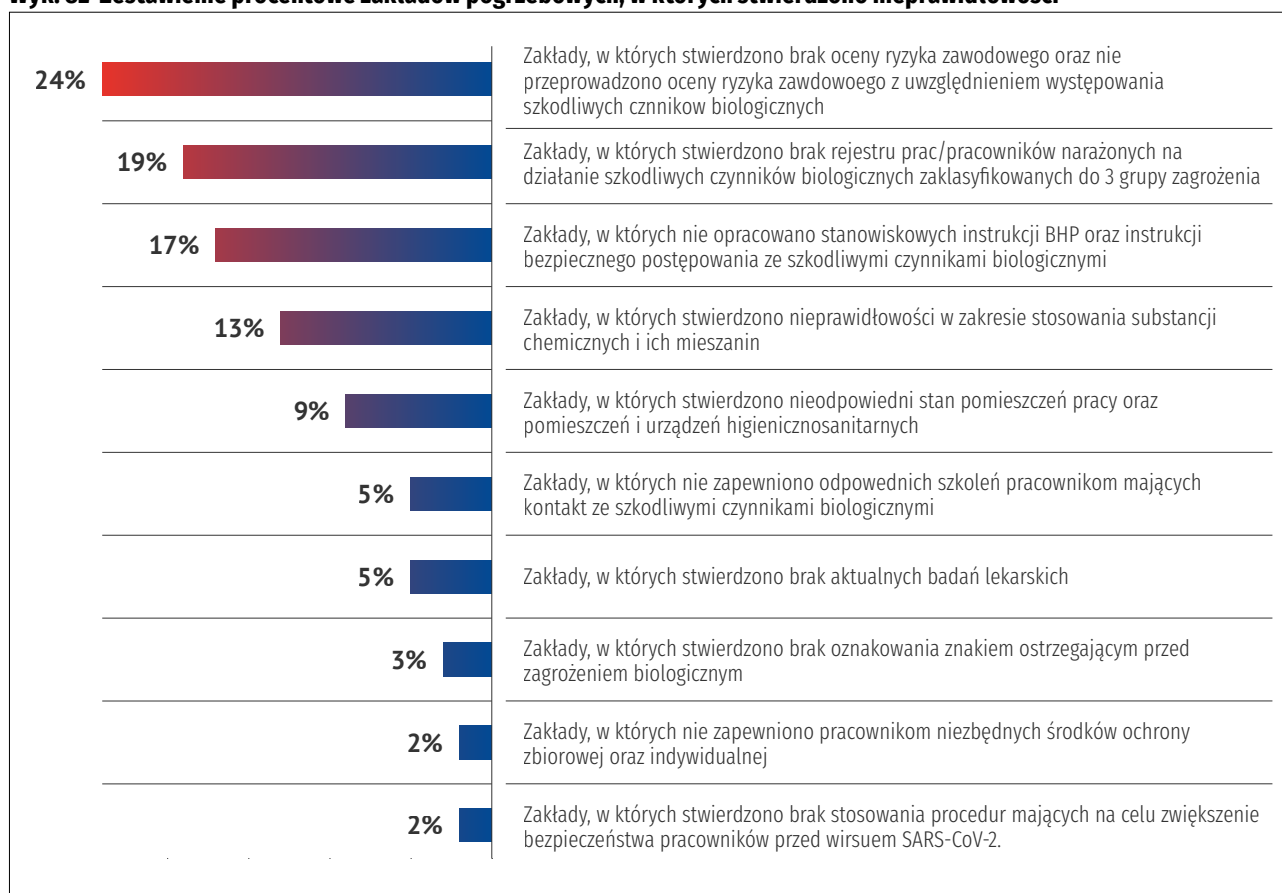
2. Ocena warunków pracy i narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach pogrzebowych

W roku 2021 pion higieny pracy wspólnie z pionem higieny komunalnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej realizował temat związany z nadzorem nad stanem higieniczno-sanitarnym w zakładach pogrzebowych oraz warunkami pracy i oceny narażenia zawodowego pracowników zatrudnionych w zakładach pogrzebowych. Temat realizowany jest również w 2022 r. W zakresie pionu higieny pracy sprawdzono warunki pracy, wypełnianie przez pracodawców ogólnych wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz obowiązków wynikających z zatrudniania pracowników w warunkach narażenia na szkodliwe czynniki w środowisku pracy, w tym na szkodliwe czynniki biologiczne. Łącznie skontrolowano **1 474** podmiotów zatrudniających ogółem **6 987** pracowników. Przeprowadzono **1 852** kontroli, w tym **149** kontroli sprawdzających i interwencyjnych.

Ogółem w **391** zakładach stwierdzono nieprawidłowości. Zestawienie procentowe zakładów pracy, w których stwierdzono nieprawidłowości w zakresie pionu higieny pracy, przedstawia wykres nr 2. W wyniku prowadzonych postępowań administracyjno-egzekucyjnych, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydano **303** decyzje administracyjne, zawierające **1 486** nakazów.

Kolejna grupa pracowników będąca pod szczególnym nadzorem pionu higieny pracy to stanowiska pracy, na których występuje narażenie na szkodliwe czynniki biologiczne w środowisku pracy. W 2021 r. skontrolowanych zostało **6 945** zakładów pracy, a liczba pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne wynosiła ogółem **288 496**. Wydano **łącznie 590** decyzji administracyjnych. Liczba zakładów pracy, w których stwierdzono następujące uchybienia:

Wyk. 82 Zestawienie procentowe zakładów pogrzebowych, w których stwierdzono nieprawidłowości



- ◆ brak rejestru pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 – **297 zakładów**;
- ◆ brak oceny ryzyka zawodowego pracowników narażonych na szkodliwe czynniki biologiczne – **450 zakładów**;
- ◆ brak rejestru pracowników pracujących w narażeniu na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 – **296 zakładów**;
- ◆ brak stosownych procedur i instrukcji – **148 zakładów**;
- ◆ brak szkoleń pracowników – **101 zakładów**.

3. Ocena warunków pracy podczas zabezpieczania/usuwania wyrobów zawierających azbest – na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2021 r.

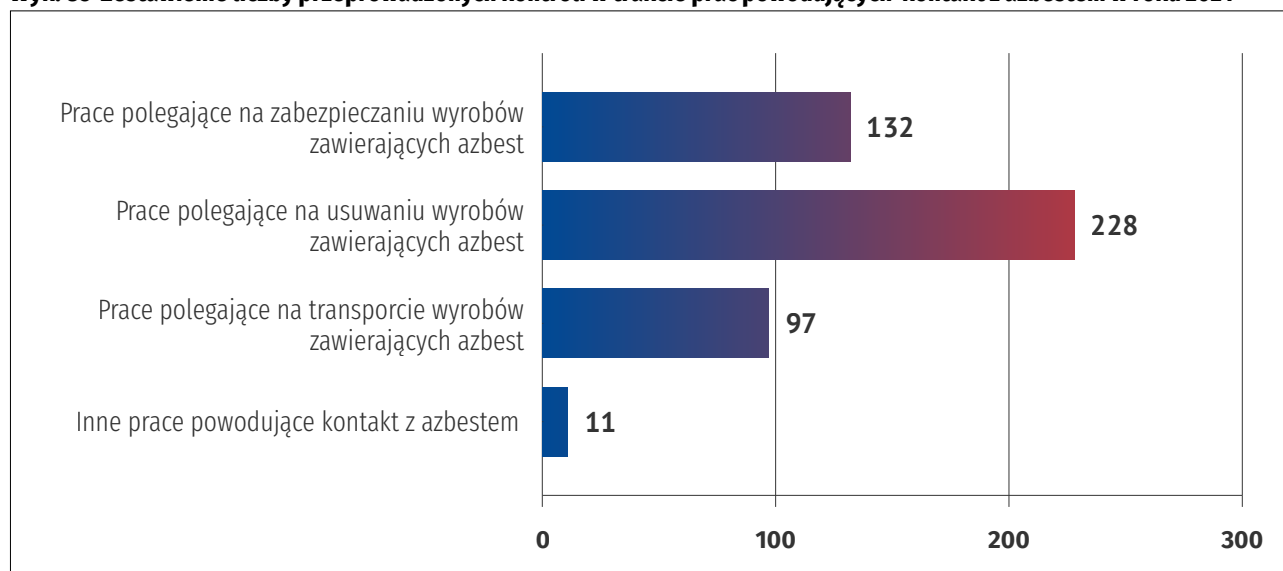
W ramach realizacji programu wieloletniego pn. „Program oczyszczania Kraju z Azbestu na lata 2009-2032” w 2021 r., jak i w latach ubiegłych, upoważnieni przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili czynności kontrolne w zakładach zajmujących się usuwaniem bądź transportem wyrobów/odpadów zawierających azbest.

Prace polegające na usuwaniu lub zabezpieczeniu wyrobów zawierających azbest mogą być wykonywane wyłącznie przez wykonawców posiadających odpowiednie wyposażenie techniczne do prowadzenia takich prac oraz zatrudniających pracowników przeszkolonych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy usuwaniu i wymianie materiałów zawierających azbest. Przy wykonywaniu prac w narażeniu na azbest fundamentalne znaczenie dla bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników ma właściwe stosowanie odpowiednich środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego. Wykonawcy prac powinni posiadać zezwolenie na prowadzenie działalności, w wyniku której powstają odpady niebezpieczne, a przed przystąpieniem do demontażu wyrobów zawierających azbest zarówno właściciel, jak i wykonawca prac powinni poinformować o pracach właściwe organy administracji państwowej.

W 2021 r. ewidencją pionu higieny pracy objętych zostało **416** firm zajmujących się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest. Pracownicy pionu higieny pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili w 2021 r. na terenie całego kraju **114** kontroli w siedzibach firm zajmujących się usuwaniem, zabezpieczaniem lub transportem wyrobów zawierających azbest. Przeprowadzono też **261** kontroli podczas prowadzonych prac powodujących kontakt z azbestem, dotyczących m.in.:

- ◆ prac polegających na usuwaniu wyrobów zawierających azbest – **228** kontroli;
- ◆ prac polegających na zabezpieczaniu wyrobów zawierających azbest – **132** kontrole;
- ◆ prac polegających na transporcie wyrobów zawierających azbest – **97** kontroli;
- ◆ podczas innych prac powodujących kontakt z azbestem – **11** kontroli.

Wyk. 83 Zestawienie liczby przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w roku 2021



Wśród wyrobów zawierających azbest, które podlegały zabezpieczeniu lub usunięciu, były m.in.: pokrycia dachowe budynków mieszkalnych i gospodarczych, płyty elewacyjne, podkłady izolacji elektrycznej, materiały izolacyjne i konstrukcyjne budynków, izolacje cieplne rurociągów, izolacje ognioodporne, rury wodociągowe, rury ciepłownicze.

Działania kontrolne obejmowały przede wszystkim aspekty bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników zatrudnionych przy rozbiórkach. Ponadto podczas kontroli oceniano m.in.:

- ◆ posiadanie odpowiednich zezwoleń, decyzji, zatwierdzenia programu gospodarowania odpadami niebezpiecznymi;
- ◆ prawidłowość środków zapobiegawczych podejmowanych przez pracodawców celem zminimalizowania ryzyka utraty zdrowia pracowników w związku z narażeniem na azbest;
- ◆ poziom znajomości przepisów regulujących bezpieczne zasady usuwania bądź unieszkodliwiania odpadów zawierających azbest;
- ◆ jakość dokonanej oceny ryzyka zawodowego i jego udokumentowanie;
- ◆ sposób przestrzegania procedur dotyczących bezpiecznego postępowania z wyrobami zawierającymi azbest;
- ◆ prowadzenie rejestrów wynikających z przepisów regulujących zagadnienia czynników rakotwórczych obecnych w środowisku pracy;
- ◆ aspekt profilaktycznej opieki medycznej nad pracownikami;
- ◆ zagadnienie wykonywania badań środowiskowych na stanowiskach pracy;
- ◆ zabezpieczenie terenu podczas wykonywania prac rozbiórkowych.

Najczęściej stwierdzane uchybienia sanitarnohigieniczne dotyczyły braku: aktualnych orzeczeń lekarskich, rejestru prac i rejestru pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, oceny ryzyka zawodowego, przekazania do właściwego PWIS informacji o substancjach chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym, a także braku wyposażenia pracowników w odpowiednią odzież i obuwie robocze, przeszkolenia pracowników i osób kierujących lub nadzorujących w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem, planu usuwania wyrobów zawierających azbest.

W przypadkach, w których stwierdzono nieprawidłowości, zostało wszczęte postępowanie administracyjne. W 2021 r. wydano łącznie **12** decyzji administracyjnych, które obejmowały w sumie **37** nakazów.

4. Choroby zawodowe

W 2021 r. postępowania administracyjne w sprawie chorób zawodowych prowadzone były na podstawie przepisów określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w *sprawie chorób zawodowych* (t.j.Dz. U. z 2013 r., poz.1367 ze zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w *sprawie dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób* (t.j.Dz. U. z 2013 r., poz. 1379 ze zm.).

Do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2021 r. wpłynęło łącznie **5 020** podejrzeń o chorobę zawodową (w 2020 r. – **5 230**). W wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających i administracyjnych organy

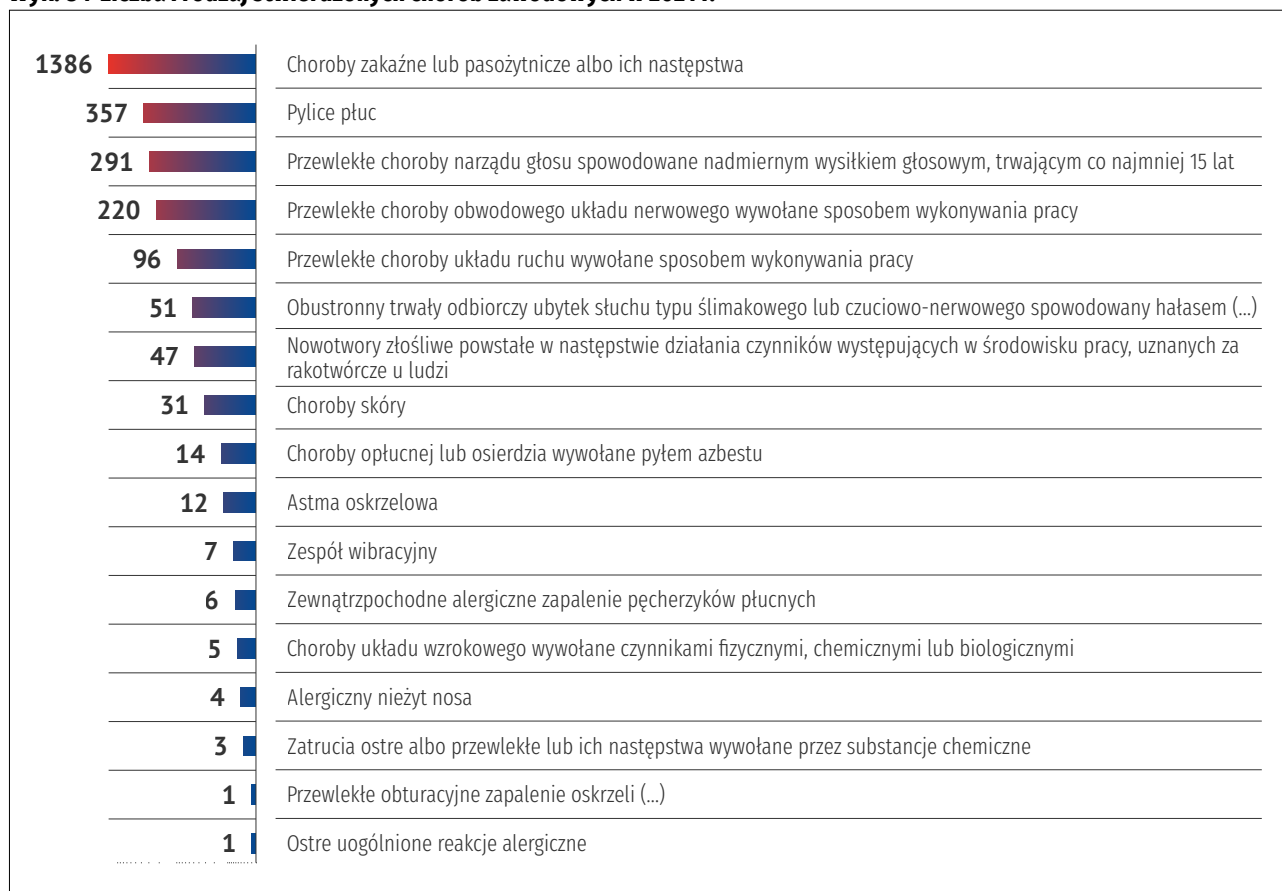


Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały **2 593** decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej oraz **1 633** decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

Łącznie w 2021 r. po uprawomocnieniu decyzji stwierdzono **2 532** chorób zawodowych (w 2020 r. – **1 861**), z czego w województwach: mazowieckim – **469**, małopolskim – **467**, śląskim – **407**. Najmniejszą liczbę chorób zawodowych stwierdzono w województwach: opolskim – **10**, podkarpackim – **50**, pomorskim – **56** przypadków.

W roku 2021 r. dominowały: choroby zakaźne lub pasożytnicze – **1 386** przypadków (porównując w 2020 r. – **504** przypadków), następnie pylica płuc – **357** przypadków (w 2020 r. – **484** przypadków). Na trzecim miejscu pod względem ilościowym rozpoznano schorzenia spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym – **291** przypadki (w 2020 r. – **291** przypadki). Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy w liczbie **220** przypadków klasyfikują się na miejscu czwartym (w 2020 r. – **232** przypadków). Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy znalazły się na piątym miejscu i wystąpiły w liczbie **96** (w 2020 r. – **109**) przypadków. W grupie: choroby zakaźne lub pasożytnicze dominowały choroby wywołane wirusem SARS-CoV-2 – **996** przypadków, dla porównania w 2020 r. dominowała borelioza w liczbie **411** przypadków.

Wyk. 84 Liczba i rodzaj stwierdzonych chorób zawodowych w 2021 r.



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

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

W ramach działalności laboratoryjnej w 2021 r. pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili **85 355** oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych (porównując w 2020 r. – **78 163** oznaczenia), dokonując przy tym kontroli i oceny **27 741** stanowisk pracy (porównując w 2020 r. oceniono **27 272** stanowiska pracy).

Tab. 32 Liczba wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych / uciążliwych w roku 2021

Czynniki szkodliwe i uciążliwe	Liczba wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych / uciążliwych
Substancje chemiczne	16 632
Biologiczne	461
Mikroklimat gorący	258
Mikroklimat zimny	113
Mikroklimat umiarkowany	303
Hałas	49 686
Drgania	7 613
Oświetlenie	10 060

6. Podsumowanie

Mimo sytuacji epidemiologicznej kraju pion higieny pracy realizował w 2021 r. działania kontrolne, których celem była poprawa warunków pracy oraz zwiększenie poziomu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników.

Pracownicy pionu higieny pracy przeprowadzili **31 033** kontrole w **25 212** zakładach pracy, zatrudniających łącznie **1 502 324** pracowników.

Podczas czynności kontrolnych pracownicy pionu higieny pracy zwracali także szczególną uwagę na przestrzeganie przez pracodawcę obowiązujących obostrzeń sanitarnych – dezynfekcja, dystans, osłona ust i nosa.



HIGIENA RADIACYJNA

Działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie higieny radiacyjnej, zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 1985 r. o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej*, są realizowane przez szesnastu Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych.

Oddziały higieny radiacyjnej, realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego, prowadzą nadzór nad warunkami pracy i ochroną zdrowia pracowników w podmiotach stosujących źródła promieniowania jonizującego w celach medycznych oraz w podmiotach stosujących źródła promieniowania niejonizującego elektromagnetycznego. Ponadto realizują zadania polegające na ochronie populacji przed promieniowaniem jonizującym, elektromagnetycznym i skażeniami promieniotwórczymi o poziomach wyższych niż dopuszczalne.

1. Zgody i zezwolenia

Państwo Wojewódzcy Inspektorzy Sanitarni w ramach sprawowania nadzoru wydają zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych (art. 33q ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*), oraz wydają zezwolenia na uruchamianie i stosowanie aparatów rentgenowskich do celów rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej lub radioterapii schorzeń nienowotworowych oraz zezwolenia na uruchamianie pracowni stosujących takie aparaty (art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*). Główny Inspektor Sanitarny wydaje zgody na udzielanie świadczeń medycznych zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (art. 33p ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*).

Tab. 33 Zgody i zezwolenia w latach 2020-2021

Zgody i zezwolenia		2020	2021
Zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym:		662	760
Wydawane przez Państwowych Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych	z zakresu rentgenodiagnostyki	575	683
	z zakresu radiologii zabiegowej	66	57
	diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych	8	10
Wydawane przez Głównego Inspektora Sanitarnego	z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych	13	10
Zezwolenia na uruchamianie lub stosowanie aparatów rentgenowskich		2 247	2 772
Zezwolenia na uruchamianie pracowni rentgenowskich		1 407	1 485

2. Nadzór i kontrola w zakresie przestrzegania warunków ochrony radiologicznej

W zakresie działań obejmujących ochronę radiologiczną pacjentów i optymalizację badań oraz zabiegów Państwowa Inspekcja Sanitarna w szczególności sprawuje nadzór nad aparatami rentgenowskimi do celów medycznych.

Tab. 34 Nadzór nad jednostkami prowadzącymi działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego

Jednostki prowadzące działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego	19 317
w pracowniach rentgenowskich	15 526
w jednostkach organizacyjnych bez pracowni	3 666
w ambulansach	125
Osoby wykonujące procedury z wykorzystaniem promieniowania jonizującego w ww. jednostkach podlegające kontroli dawek indywidualnych	46 871
w pracowniach rentgenowskich	36 381
w jednostkach organizacyjnych bez pracowni	10 323
w ambulansach	167

W związku z działalnością kontrolną prowadzoną przez Państwową Inspekcję Sanitarną w zakresie higieny radiacyjnej w 2021 r. przeprowadzono 2915 kontroli w jednostkach prowadzących działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.

Państwowa Inspekcja Sanitarna, w ramach sprawowanej kontroli, weryfikuje stan ochrony radiologicznej poprzez m.in. wykonywanie testów specjalistycznych urządzeń radiologicznych celem potwierdzenia sprawności technicznej aparatury rentgenowskiej. W 2021 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna wykonała 487 testów jakości aparatów rentgenowskich.

Ponadto Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach kontroli dokonuje pomiarów dozymetrycznych, tj. pomiarów mocy dawki skutecznej za osłonami stałymi. Łącznie w 2021 r. wykonano 1 693 pomiarów przy aparatach rentgenowskich.

3. Nadawanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej

Zgodnie z ustawą z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej sprawującego wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz.1908) w 2021 r. Główny Inspektor Sanitarny wyznaczył miejsce i termin 15 egzaminów dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej.

Tab. 35 Nadawanie uprawnień

	2019		2020*		2021*	
	typ R	typ S	typ R	typ S	typ R	typ S
Uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych	542	235	232	52	111	25
Łącznie	777		284		136	

* Zgodnie z art. 15zzzzn pkt 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 i innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 z późn. zm.) uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej, o których mowa w art. 7 ust. 3 lub 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe – których ważność upływa w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemiologicznego albo stanu epidemii, albo w okresie 30 dni następujących po ich odwołaniu, zachowują ważność przez okres kolejnych 18 miesięcy od upływu ich ważności.

W 2021 r. Główny Inspektor Sanitarny dokonał wpisu 19 jednostek uprawnionych do prowadzenia szkoleń dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej do nowego rejestru. Główny Inspektor Sanitarny weryfikuje wnioski o wpis do nowego rejestru poprzez sprawdzenie spełnienia wymagań ustawowych przez jednostki ubiegające się o wpisanie do rejestru jednostek uprawnionych do prowadzenia szkoleń dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień IOR w zakresie: dysponowania odpowiednią kadrą dydaktyczną, posiadania obiektów, urządzeń i wyposażenia umożliwiających prowadzenie szkoleń, posiadania szczegółowych programów szkoleń, a następnie wydaje zaświadczenia o wpisie jednostki do rejestru.

4. Podnoszenie kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej

Na podstawie informacji przekazanych przez podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta (na podstawie art. 33n ust. 9 pkt 8 ustawy *Prawo atomowe*) w 2021 r. szkolenie w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, kończące się wewnętrznym egzaminem i uzyskaniem certyfikatu potwierdzającego ukończenie tego szkolenia oraz zdaniem egzaminu, ukończyło 3 574 osób.

Tab. 36 Liczba osób przeszkolonych w zakresie ochrony radiologicznej wg specjalności

Specjalności	LR	LMN	LRZ	LIX	LST	FT-1	FT-2	FT-3	PMN	LRT	łącznie
	189	31	346	176	1 732	985	25	27	43	20	3 574

Specjalności: LR – lekarze radiolodzy; LMN – lekarze wykonujący procedury z zakresu medycyny nuklearnej LRZ – lekarze wykonujący procedury z zakresu radiologii zabiegowej lub nadzorujący wykonywanie takich procedur; LIX – lekarze wykonujący inne medyczne procedury radiologiczne z wykorzystaniem promieniowania jonizującego lub nadzorujący wykonywanie takich procedur; LST – lekarze dentyści wykonujący medyczne procedury radiologiczne lub nadzorujący wykonywanie takich procedur, FT – fizycy medyczni, technicy elektroradiologii oraz inny personel medyczny wykonujący procedury radiologiczne – FT-1 rentgenodiagnostyki i radiologii zabiegowej, FT-2 radioterapii, FT-3 medycyny nuklearnej; PMN – pielęgniarki uczestniczące w procedurach z zakresu medycyny nuklearnej; LRT – lekarze wykonujący procedury z zakresu radioterapii.

W 2021 r. Główny Inspektor Sanitarny dokonał wpisu do rejestru 2 nowych podmiotów uprawnionych do prowadzenia szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej, o których mowa w art. 33n ust. 3 pkt 1 ustawy *Prawo atomowe*. Główny Inspektor Sanitarny weryfikuje wnioski o wpis do rejestru poprzez sprawdzenie spełnienia wymagań ustawowych przez podmioty ubiegające się o wpisanie do rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia szkoleń w zakresie: dysponowania odpowiednią kadrą dydaktyczną, posiadania obiektów, urządzeń i wyposażenia umożliwiających prowadzenie szkoleń, posiadania jednolitego systemu oceny wykładów, kadry dydaktycznej i organizacji szkoleń i egzaminów, a następnie wydaje zaświadczenia o wpisie podmiotu do rejestru.

5. Ochrona przed polem elektromagnetycznym w środowisku pracy

W obszarze dotyczącym ochrony przed polem elektromagnetycznym w środowisku pracy nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej objęte były źródła pola elektromagnetycznego wykorzystywane w ochronie zdrowia, energetyce, przemyśle, radiokomunikacji i łączności oraz w nauce.



Tab. 37 Ochrona przed polem elektromagnetycznym w środowisku pracy

Urządzenia i instalacje	Według ewidencji	Skontrolowano
Ochrona zdrowia	10 638	1 198
Energetyka	91	149
Przemysł	5 019	638
Radiokomunikacja i łączność	7 875	381
Nauka	234	33
Inna	28	3

W roku 2021 przeprowadzono 409 kontroli w podmiotach stosujących źródła pola elektromagnetycznego, z czego 324 kontrole odbyły się w zakładach ochrony zdrowia.

Liczba osób zatrudnionych przy urządzeniach będących źródłem pól elektromagnetycznych w 2021 r. wynosiła 92 745 z czego m.in. w ochronie zdrowia – 62 999.

6. Pomiary skażeń promieniotwórczych

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach urzędowej kontroli oraz monitoringu żywności wykonuje pomiary skażeń elementów środowiska. Pomiary radionuklidów zawartych w próbkach wody powierzchniowej, wody do picia, mleka, produktów żywnościowych, a także pasz, Wojewódzkie Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne wykonują na podstawie własnych harmonogramów opracowanych zgodnie z wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego w uzgodnieniu z Prezesem Państwowej Agencji Atomistyki. Pomiary zawartości radionuklidów w żywności, wodzie i paszach wykonuje się dwiema metodami: spektrometrii promieniowania i radiochemii.

Tab. 38 Liczba wykonanych pomiarów w 2021 r.

Badanie Cs-137		Badanie Sr-90
Metoda radiochemiczna	Metoda spektrometryczna	
355	1 070	30



7. Kwestie legislacyjne

Główny Inspektor Sanitarny w 2021 r. na podstawie upoważnienia Ministra Zdrowia opracował oraz procedował:

- ◆ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej sprawującego wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia (Dz. U. poz. 1908),
- ◆ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2021 r. w sprawie informacji zawartych w Krajowej Bazie Urzędzeń Radiologicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1959).
- ◆ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych (Dz.U. poz.1725),
- ◆ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (Dz. U. poz.1890).

8. Radon

8.1. Identyfikacja terenów, na których poziom średniorocznego stężenia radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekroczyć dopuszczalny poziom odniesienia

Główny Inspektor Sanitarny, zgodnie z art. 23f ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* opracował projekt *Krajowego planu działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy*. Ze względu na wielowątkowość i interdyscyplinarny charakter *Krajowego planu działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy* (m.in. zagadnienia z obszaru pomiarów i kontroli stężenia radonu, prawa pracy, narażenia zawodowego, przepisów budowlanych) projekt został wypracowany we współpracy z powołanym na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego przez Ministra Zdrowia Zespołem do spraw krajowego działania w przypadku narażenia na radon, w skład którego weszli przedstawiciele administracji rządowej oraz nauki (instytutów badawczych, uczelni wyższych).

12 lutego 2021 r. w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” zostało opublikowane obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia *Krajowego planu działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy*.

Główny Inspektor Sanitarny upowszechnił informacje o opublikowaniu *Krajowego planu działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy.*

Główny Inspektor Sanitarny, w ramach prowadzonych działań mających na celu identyfikację terenów, na których poziom średniorocznego stężenia promieniotwórczego radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekroczyć dopuszczalny poziom odniesienia, tj. 300 Bq/m³, w 2021 r. kontynuował realizację pomiarów średniorocznego stężenia radonu w pomieszczeniach znajdujących się na parterze budynku m.in. w budynkach użyteczności publicznej, tj. m.in. szkoła, przedszkole, żłobek, oraz budynkach zamieszkania zbiorowego, tj. m.in. dom dziecka, dom pomocy społecznej, internat, dom studencki. W 2021 r. Wykonawca przekazał do Głównego Inspektoratu Sanitarnego 12 428 pomiarów średniorocznego stężenia radonu, wykonanych w 4 186 budynkach na terenie powiatów województwa: dolnośląskiego, śląskiego, opolskiego, małopolskiego, podkarpackiego, łódzkiego, świętokrzyskiego, lubelskiego, mazowieckiego, wielkopolskiego.

8.2. Działania informacyjno-edukacyjne

Główny Inspektorat Sanitarny gromadzi i analizuje wyniki pomiarów średniorocznego stężenia radonu w budynkach oraz sukcesywnie przekazuje wyniki pomiarów do podmiotów, w budynkach których zostały one wykonane.

W przypadku gdy wynik wskazuje na przekroczenie średniorocznego stężenia radonu powyżej 300 Bq/m³, Główny Inspektorat Sanitarny wysyła indywidualne pisma do podmiotu wskazując na możliwość:

1. zapoznania się z informacjami dotyczącymi radonu, jego występowania na wybranych obszarach Rzeczypospolitej Polskiej, uwarunkowań występowania radonu w budynkach mieszkalnych czy zakładach pracy, możliwych sposobach zmniejszenia stężenia radonu w budynkach, zamieszczonych w *Krajowym planie działania w przypadku długotrwałych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz miejscach pracy* oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Głównego Inspektoratu Sanitarnego;
2. uzyskania porady / informacji od pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej odnośnie zagadnień związanych z narażeniem na radon zagrożeń dla zdrowia, znaczenia przeprowadzania pomiarów radonu czy dostępnych środków technicznych służących ograniczeniu występujących stężeń radonu w budynku – w każdej z 334 stacji sanitarno-epidemiologicznej została wyznaczona co najmniej jedna osoba do udzielania ww. porad /informacji.

Główny Inspektorat Sanitarny sukcesywnie przekazywał raporty z wynikami pomiarów średniorocznego stężenia radonu przeprowadzonych w 2020 r. do podmiotów, w których wykonano pomiary. W 2021 r. wysłano ok. 350 imiennych listów do podmiotów, u których w wyniku przeprowadzonych pomiarów średnioroczne-

go stężenia radonu w budynku, stwierdzono przekroczenie poziomu odniesienia tj. 300 Bq/m^3 wraz z wynikami pomiarów oraz informacją o *Krajowym planie działania w przypadku narażenia na radon* i możliwości udziału w szkoleniach on-line na temat zagadnień związanych z narażeniem na radon w budynkach, lokalach i pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi. W 2021 r. wysłano do ok. 2500 podmiotów, w których budynkach wykonano pomiary średniorocznego stężenia radonu, informacje o *Krajowym planie działania w przypadku narażenia na radon* wraz z wynikami pomiarów.

Główny Inspektor Sanitarny opracował i opublikował w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu pod adresem: <https://www.gov.pl/web/gis/radon2> materiały informacyjno-edukacyjne zawierające najważniejsze aspekty z zakresu zagadnień związanych z radonem skierowanych do pracodawców i pracowników, ogółu społeczeństwa.

W 2021 r. na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera z siedzibą w Łodzi przeprowadził 19 szkoleń on-line nt. zagadnień związanych z narażeniem na radon w budynkach, lokalach, pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi.

Szkolenie on-line o radonie uwzględniło w szczególności regulacje prawne dotyczące aspektów związanych z narażeniem na radon, krótkie informacje dotyczące radonu, informacje dotyczące celu i znaczenia przeprowadzania pomiarów, zagrożenia dla zdrowia (dla osób palących i niepalących), znaczenia przepro-



wadzenia pomiarów radonu czy dostępnych środków technicznych służących ograniczeniu występujących stężeń radonu. W szkoleniach uczestniczyły 1 264 osoby, w tym m.in. przedstawiciele podmiotów, u których w wyniku przeprowadzonych pomiarów średniorocznego stężenia radonu w budynku stwierdzono przekroczenie poziomu odniesienia tj. 300 Bq/m³, oraz przedstawiciele podmiotów znajdujących się na terenach wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2020 r. w sprawie terenów, na których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekraczać poziom odniesienia (Dz. U. z 2020 r. poz. 1139).

Główny Inspektor Sanitarny na stronie internetowej pod linkiem: <https://www.gov.pl/web/gis/radon--podstawowe-informacje> opublikował film edukacyjny o radonie przedstawiający treści, które zostały przekazane uczestnikom szkoleń on-line, zrealizowanych w 2021 r. przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera z Łodzi na zlecenie Głównego Inspektora Sanitarnego, tj: krótka charakterystyka radonu, obowiązujące regulacje prawne, pomiar stężenia radonu, wpływ radonu na zdrowie, działania zabezpieczające.

8.3. Ocena krajowego planu radonowego w zakresie jego kompletności i aktualności

15 grudnia 2021 r. odbyło się posiedzenie Zespołu do spraw krajowego planu działania w przypadku narażenia na radon, którego celem było dokonanie przez Zespół oceny ogłoszonego przez Ministra Zdrowia 12 lutego 2021 r. *Krajowego planu działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy* w zakresie jego kompletności (czy plan obejmuje wymagane obszary działalności) i aktualności (czy nie wymaga wprowadzenia zmian).

Zespół do spraw krajowego planu działania w przypadku narażenia na radon po dokonaniu oceny *Krajowego planu działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy* uchwalił, że dokument nie wymaga zmian.

8.4. Weryfikacja krajowych planów radonowych przez Komisję Europejską – projekt EU-RAP

Główny Inspektor Sanitarny uczestniczył w weryfikacji krajowych planów radonowych przez Komisję Europejską. W ramach prowadzonego przez Komisję Europejską przeglądu krajowych planów radonowych uzupełniono ankietę dotyczącą organów odpowiedzialnych za realizację Krajowego planu radonowego, dokonano analizy projektu dokumentu: *Review and evaluation of national radon action plans established in EU Member States according to the requirements in Council Directive 2013/59/Euratom –the BSS Directive – focusing on the practical implementation of the actions defined in these action plans.*

W 2021 r. odbyły się również 2 spotkania z Przedstawicielami Komisji Europejskiej, tj. Zespołem EU-RAP, mające na celu niezależny przegląd i ocenę krajowych planów działania na rzecz radonu w państwach członkowskich UE i Wielkiej Brytanii, ze szczególnym uwzględnieniem praktycznej realizacji działań określonych w krajowych planach radonowych. Kolejne spotkanie Zespołu EU-RAP zostało zaplanowane na wrzesień 2022 r.



**HIGIENA PROCESÓW NAUCZANIA,
WYCHOWANIA ORAZ WYPOCZYNKU
I REKREACJI DZIECI I MŁODZIEŻY W ROKU 2021**

Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawuje nadzór sanitarny nad placówkami dla dzieci i młodzieży przeznaczonymi zarówno na pobyt dzienny, jak i całodobowy, dla których warunki i zasady funkcjonowania określają następujące akty prawne:

- ◆ ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. *o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3*, w odniesieniu do żłobków i klubów dziecięcych,
- ◆ ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. *Prawo oświatowe*, w odniesieniu do przedszkoli, innych form wychowania przedszkolnego, szkół,
- ◆ ustawa z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*, w odniesieniu m. in. do miejsc wypoczynku dzieci i młodzieży,
- ◆ ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*, w odniesieniu do uczelni oraz szkół wyższych,
- ◆ ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. *o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*, w odniesieniu do m.in. placówek wsparcia dziennego, pogotowia opiekuńczo-wychowawczego, domów dziecka.

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie bieżącego nadzoru sanitarnego należy kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczących:

1. higieny pomieszczeń i wymagań w stosunku do sprzętu używanego w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, szkołach wyższych oraz ośrodkach wypoczynku,
2. higieny procesów nauczania.

1. Nadzór nad warunkami sanitarnymi w placówkach dla dzieci i młodzieży

W roku 2021 w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się ogółem **47 496 placówek** opieki, wychowania, nauki oraz wypoczynku i rekreacji. Katalog placówek objętych nadzorem obejmował:

- ◆ żłobki, kluby dziecięce,
- ◆ przedszkola, inne formy wychowania przedszkolnego,
- ◆ szkoły wszystkich typów, w tym szkoły wyższe,
- ◆ placówki kształcenia ustawicznego: warsztaty szkolne, centra szkolenia zawodowego,
- ◆ placówki wsparcia dziennego,
- ◆ placówki wychowania pozaszkolnego, np. młodzieżowe domy kultury i pałace młodzieży, międzyszkolne ośrodki sportowe, ogniska pracy pozaszkolnej, ogrody jordanowskie, pozaszkolne placówki specjalistyczne,
- ◆ placówki z pobytem całodobowym, np. domy studenckie, bursy i internaty, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, specjalne ośrodki wychowawcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze, domy pomocy społecznej,

- ◆ placówki rekreacyjne, np. domy wczasów dziecięcych, „zielone/białe szkoły”, schroniska młodzieżowe.

W 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły **22 878** kontroli sanitarnych w **15 983** placówkach, z których korzystało łącznie **2 363 913** dzieci i młodzieży. Niektóre obiekty skontrolowano więcej niż 1 raz w roku.

Tab. 39 Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2019–2021

Rok sprawozdawczy	Liczba placówek będących w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej	Liczba przeprowadzonych kontroli	Liczba skontrolowanych placówek
2019	44 494	40 256	28 117
2020	46 254	14 981	9 273
2021	47 496	22 878	15 983

2. Stan sanitarny budynków lub ich części, w których funkcjonują placówki opieki, wychowania i nauczania dla dzieci i młodzieży

W 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach przeprowadzonych czynności kontrolnych w placówkach nauczania i wychowania dzieci i młodzieży stwierdziły nieprawidłowości natury sanitarnej ogółem: w **621** placówkach, które stanowiły **3,9%** spośród **15 983** skontrolowanych obiektów, wykazując uchybienia w następujących trzech zakresach:

1. sanitarno-higienicznym i technicznym, występujących jednocześnie – w **1,6%** skontrolowanych placówek,
2. wyłącznie sanitarno-higienicznym – w **0,8%** skontrolowanych placówek,
3. wyłącznie technicznym – **1,5%** skontrolowanych placówek.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku ujawnienia nieprawidłowości w trakcie kontroli podejmowały następujące działania zmierzające do wyeliminowania wykazanych uchybień natury sanitarnej:

- ◆ w odniesieniu do uchybień wymagających nakładu sił i środków (np. remont, wymiana urządzeń) nakładano obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w drodze decyzji administracyjnej;
- ◆ egzekwowano wykonanie obowiązku poprzez kontrole sprawdzające, a w sytuacji niewykonania decyzji wdrażano postępowanie egzekucyjne w administracji;
- ◆ w odniesieniu do uchybień, które można było usunąć na bieżąco lub małym nakładem środków w krótkim czasie, odnotowywano w protokole warunki i termin usunięcia nieprawidłowości, a tam gdzie przepisy prawa to przewidują, nakładano grzywnę w drodze mandatu.

3. Zaplecze sanitarne placówek dla dzieci i młodzieży oraz warunki do utrzymania higieny osobistej

Zapewnienie w placówkach prawidłowych warunków higienicznosanitarnych zaplecza sanitarnego i jego wyposażenia jest jednym z elementów profilaktyki. Bieżąca czystość, dobry stan techniczny powierzchni, instalacji, wentylacja, podłączenie do instalacji wodociągowej i kanalizacyjnej, wyposażenie w wystarczającą liczbę urządzeń sanitarnych w odniesieniu do liczby osób korzystających oraz zapewnienie środków higieny osobistej składają się na podstawowe standardy higieniczne.

Spośród **14 946** obiektów skontrolowanych w 2021 r. pod kątem gospodarki wodno-ściekowej:

- ◆ **14 567 (97,5%)** placówek było podłączonych do wodociągu miejskiego/ gminnego;
- ◆ **387** placówek korzystało z własnego ujęcia wody, co stanowiło **2,6%** skontrolowanych obiektów;
- ◆ **12 701** obiektów było podłączonych do sieci kanalizacyjnej centralnej (miejskiej/gminnej), co stanowi **ok. 85%** placówek skontrolowanych;
- ◆ w **2 252** obiektach stwierdzono brak podłączenia do sieci kanalizacyjnej (**15%** skontrolowanych obiektów), z czego:
 - ✦ **1 758 (78%)** placówki posiadały zbiorniki bezodpływowe (szamba),
 - ✦ **495 (22%)** placówki – własne oczyszczalnie ścieków;



- ◆ w **432** obiektach nie zapewniono zgodnego z przepisami standardu dostępności do urządzeń sanitarnych (zbyt wielu uczniów w obiekcie w odniesieniu do liczby urządzeń sanitarnych), **co stanowi 2,9% skontrolowanych obiektów;**
- ◆ **7** placówek spośród wszystkich skontrolowanych korzystało z ustępów zewnętrznych (**0,04%** skontrolowanych).

W **97,7%** skontrolowanych obiektów, tj. w **14 608** placówkach, nie stwierdzono uchybień w zakresie warunków do utrzymania higieny osobistej. Stwierdzono natomiast następujące uchybienia:

- ◆ **18** placówek wykazało brak bieżącej ciepłej wody,
- ◆ **10** placówek wykazało brak wyposażenia w środki higieny osobistej (np. brak papieru toaletowego, mydła w płynie w dozownikach, ręczników papierowych do suszenia rąk) wraz z dostępem do ciepłej bieżącej wody, stwarzając należyte pod względem higienicznym i zdrowotnym warunki do utrzymania higieny osobistej uczniów,
- ◆ **223** obiektów wykazywało niewłaściwy stan techniczny pomieszczeń i urządzeń,
- ◆ **53** placówek wykazało zaniedbania dotyczące czystości i porządku.

W związku z uchybieniami dotyczącymi niezapewnienia właściwego stanu sanitarno-higienicznego toalet, w tym sprawności technicznej armatury oraz wyposażenia w środki higieniczne, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w roku 2021 wydały **291** decyzji administracyjnych.

4. Higiena procesu nauczania

Jednym z zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest bieżąca kontrola w zakresie zapewnienia prawidłowych warunków i odpowiedniej organizacji pracy ucznia w celu jego ochrony przed niekorzystnymi warunkami pobytu w placówce. W celu zintensyfikowania sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego w szkołach organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej podejmują również działania o charakterze prewencyjnym. Nadzór organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej ukierunkowany na ochronę ucznia przed niekorzystnymi warunkami pobytu w placówce obejmuje m.in.:

- ◆ działania prozdrowotne m.in. w zakresie profilaktyki wad postawy czy wad wzroku,
- ◆ monitoring w zakresie właściwej organizacji procesu nauczania, np. higieniczna ocena rozkładu zajęć lekcyjnych, odpoczynków w czasie trwania przerw międzylekcyjnych,
- ◆ promowanie dobrych praktyk, np. w odniesieniu do zapewnienia w placówce dostępu do wody przeznaczonej do spożycia.

W 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadziły ocenę obciążenia uczniów ciężarem tornistrów szkolnych. Właściwie dobrany tornister korzystnie wpływa na kształtowanie prawidłowej postawy ciała u dzieci i młodzieży. Zgodnie z zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego, opierającymi się na wynikach badań WHO, waga tornistra nie powinna przekraczać od 10 do 15% masy ciała ucznia. Dodatkowo ciężar powinien być rozłożony równomiernie, a uczeń powinien nosić tornister na obu ramionach. W 2021 r. ważenie tornistrów szkolnych przeprowadzono w **78** szkołach podstawowych, w **473** oddziałach. W badaniu brało udział **7 069** uczniów. Pomiary wykazały, że zbyt ciężkie plecaki nosiło **797** uczniów, co stanowi **ok. 11%** wszystkich poddanych ocenie.

Zbyt duże obciążenie uczniów ciężarem tornistrów/plecaków szkolnych może powodować nasilenie bólu pleców, sprzyjać kształtowaniu nieprawidłowej statyki ciała i w efekcie prowadzić do skrzywienia kręgosłupa. W trosce o stan zdrowia uczniów został wprowadzony prawny obowiązek zapewnienia uczniom miejsca na pozostawienie w placówkach podręczników i przyborów szkolnych. Spośród **9264** skontrolowanych szkół tylko **150** nie zapewniło uczniom miejsca na podręczniki i przybory szkolne, co stanowi **1,6%** skontrolowanych placówek.

Ponadto organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w 2021 r. oceniły dostosowanie mebli do warunków antropometrycznych uczniów i przedszkolaków w **2 927** placówkach (**145 547 stanowisk uczniów**), co stanowi ponad **31%** skontrolowanych placówek. Nieprawidłowości w powyższym zakresie wykazano jedynie w **75** placówkach (**2,5%** skontrolowanych).

Istotnym elementem mającym wpływ na higienę procesu nauczania jest również właściwa organizacja i przebieg procesu nauczania, w tym tygodniowy rozkład zajęć lekcyjnych.

W 2021 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna dokonała oceny rozkładów zajęć lekcyjnych pod względem higienicznym w **3 903** szkołach, co stanowi **blisko 50%** skontrolowanych placówek. Podczas czynności kontrolnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej zwracały szczególną uwagę na stałą porę rozpoczynania zajęć lekcyjnych, z nie większą od 1 godziny różnicą czasu rozpoczynania zajęć w poszczególnych dniach tygodnia, jak również różnicę liczby godzin lekcyjnych w kolejnych dniach tygodnia – nie większa od 1 godziny. Niezgodność rozkładu zajęć lekcyjnych z zasadami higieny wykazano w **229** szkołach (**5,7%** szkół skontrolowanych).

Dodatkowo, w trakcie przeprowadzanych czynności kontrolnych organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej monitorowały kwestię związaną z odpoczynkiem ucznia w czasie trwania przerw międzylekcyjnych w aspekcie m.in. zapewnienia odpowiedniego (wystarczającego) czasu na odpoczynek lub zjedzenie posiłku, jak również możliwości spędzenia przerw na świeżym powietrzu.

Spośród **7 829** placówek skontrolowanych w tym obszarze jedynie **39** z nich zapewnia przerwy krótsze niż 10 minut (**0,5%** skontrolowanych). W przeważającej większości, w placówkach zapewnione są:



- ◆ przerwy 10 min, z co najmniej jedną przerwą 15-20 minutową (**3 419** szkół)
- ◆ przerwy krótsze niż 10 min, ale z co najmniej jedną przerwą 15-20 minutową (**1 691** szkół).

Dodatkowo **ponad 60%** skontrolowanych szkół umożliwia uczniom spędzanie przerw na świeżym powietrzu, natomiast w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb uczniów, dyrektorzy placówek umożliwiają uczniom skorzystanie z dystrybutorów wody przeznaczonej do spożycia (źródętka/poidętka) – **ok. 22%** skontrolowanych szkół.

5. Warunki do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego

W ramach nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pobytu dzieci i młodzieży w szkołach kontrolami objęto również warunki sanitarno-higieniczne prowadzenia zajęć wychowania fizycznego. Ocenie poddano m.in. posiadaną przez placówkę infrastrukturę sportową oraz stan sanitarno-techniczny zaplecza sportowego.

Na podstawie kontroli przeprowadzonych w 2021 r. w **6 500** szkołach wykazano, że z pełnej infrastruktury sportowej, tj. szkolnego zespołu sportowego wraz z boiskiem, w skład którego wchodzi jedna lub dwie sale sporto-



we oraz pomieszczenia pomocnicze, tj. przebieralnie, natryskownie, ustępy, przechowalnie sprzętu sportowego, gabinet wychowania fizycznego – pokój nauczycieli, mogli korzystać uczniowie **2 843 szkół**, co stanowi **blisko 44%** wszystkich skontrolowanych placówek. Zespoły sportowe bez boiska posiadało natomiast **239** placówek.

W **305** skontrolowanych szkołach odnotowano, że pomimo posiadania infrastruktury sportowej, zajęcia wychowania fizycznego prowadzono również na korytarzach. Całkowity brak zaplecza sportowego stwierdzono w przypadku **301** placówek, co stanowi **4,6%** placówek skontrolowanych. Podczas kontroli oceniano również stopień korzystania przez uczniów z natrysków po zajęciach sportowych – w **2 704** szkołach uczniowie mieli możliwość korzystania z natrysków po każdych zajęciach sportowych, natomiast nieczynne natryski (nieudostępnione do użytku dla uczniów) posiadało **525** szkół.

6. Warunki sanitarne zorganizowanych form wypoczynku dzieci i młodzieży

W 2021 r. w elektronicznej bazie wypoczynku Ministerstwa Edukacji Narodowej zarejestrowano **29 955** turnusów zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży. W ramach wypoczynku dzieci i młodzieży podejmowano działania profilaktyczne i prewencyjne zmierzające do zapewnienia bezpiecznego wypoczynku.

Warunki sanitarno-higieniczne skontrolowano podczas **8 350** turnusów, z których skorzystały łącznie **341 623** osoby, z czego **536** kontroli miało charakter interwencyjny – **61** spośród zgłoszonych interwencji okazało się uzasadnionych. W **278** przypadkach kontrole wykazały uchybienia w zakresie warunków sanitarno-higienicznych wypoczynku. W **130** przypadkach stwierdzono brak aktualnej dokumentacji zdrowotnej personelu. W **7** przypadkach podjęto decyzję o zamknięciu całości lub części obiektu, w którym odbywał się wypoczynek dzieci i młodzieży (w 2020 r. były 2 takie przypadki).

Zarówno wypoczynek zimowy, jak i letni dzieci i młodzieży odbywał się w oparciu o Wytyczne przeciwepidemiczne:

1. Wytyczne MEiN, MZ i GIS dla organizatorów wypoczynku zimowego dzieci i młodzieży w roku szkolnym 2021/2022,
2. Wytyczne GIS, MZ i MEN dla organizatorów wypoczynku letniego dzieci i młodzieży w 2021 r.

W ramach sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego nad warunkami wypoczynku dzieci i młodzieży, poza obszarami ujętymi w formularzach kontrolnych dotyczących wypoczynku, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej weryfikowały również:

- ◆ stosowanie zleceń przeciwepidemicznych ujętych w ww. *Wytycznych*,
- ◆ przestrzeganie zasad obowiązujących w okresie epidemii,
- ◆ podejmowanie działań zapobiegających rozprzestrzenianiu się zakażeń wirusem SARS-CoV-2,
- ◆ zapewnienie środków ochrony indywidualnej dla pracowników i uczestników wypoczynku.



7. **Żłobki i kluby dziecięce**

W roku 2021 pod bieżącym nadzorem Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowało się **5 248** żłobków i klubów dziecięcych, w tym skontrolowano **1 946** placówek, co stanowi **37%** ogółu ujętych w ewidencji, a liczba wszystkich przeprowadzonych kontroli wyniosła **2 372** (niektóre obiekty kontrolowano więcej niż 1 raz w roku). Łącznie nieprawidłowości wykazano jedynie w **40** placówkach (w 22 przypadkach dotyczyły złego stanu higieniczno-sanitarnego).

8. **Nadzór nad placówkami z pobytem całodobowym**

Do katalogu placówek z pobytem całodobowym zaliczamy m.in. domy studenckie, bursy i internaty, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, domy pomocy społecznej oraz wiele innych obiektów. Ogółem w 2021 r. skontrolowano tych obiektów 455, co stanowi 27,1% spośród ujętych w ewidencji. Blisko 98% skontrolowanych obiektów posiadało właściwy stan techniczny mebli i sprzętu, ok. 95% z nich posiadało właściwy stan pomieszczeń higienicznosanitarnych, natomiast właściwy stan aneksów kuchennych wykazano w 97% skontrolowanych obiektach.

9. Podsumowanie

W roku 2021 w znacznej większości skontrolowanych placówek zapewniono bezpieczne i higieniczne warunki pobytu dzieci i młodzieży. Placówki edukacyjne funkcjonowały w oparciu o wewnętrzne regulaminy przeciwepidemiczne opracowane lub aktualizowane stosownie do obowiązujących przepisów prawa, jak również *Wytycznych MEN, MZ i GIS dla szkół podstawowych i ponadpodstawowych*. Powyższe miało na celu podejmowanie działań zapobiegawczych w zakresie zwiększenia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczniów.

Ponadto na mocy obowiązujących przepisów prawa, w przypadku wystąpienia zakażenia SARS-CoV-2 lub zachorowania na COVID-19 wśród uczniów lub pracowników placówki systemu oświaty bądź z uwagi na lokalną sytuację epidemiologiczną na danym obszarze, dyrektor placówki za zgodą organu prowadzącego i po uzyskaniu pozytywnej opinii właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego mógł zawiesić zajęcia na czas oznaczony. W tym celu ustalono szybką ścieżkę kontaktu telefonicznego, bez pośrednictwa osób trzecich, pomiędzy dyrektorami placówek systemu oświaty a Państwowymi Powiatowymi Inspektorami Sanitarnymi, mającą na celu odbycie konsultacji lub uzyskanie zgody na zawieszenie zajęć. Z uwagi na konieczność natychmiastowego działania niejednokrotnie opinie dotyczące zawieszenia zajęć wydawane były ustnie, a następnie w możliwie najszybszym czasie w formie pisemnej. W roku 2021 organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały **134 851** opinii ogółem, w tym **ponad 99%** pozytywnych i **163** opinii negatywnych.

Pomimo trwającego w roku 2021 stanu epidemii utrzymanie placówek nauczania i wychowania w prawidłowym stanie sanitarnym stanowiło jedno z zadań priorytetowych. Stan nadzorowanych obiektów oraz panujące w nich warunki higieniczne ulegają poprawie, co ma wpływ na stan bezpieczeństwa sanitarnego placówek oświatowych i opiekuńczo-wychowawczych.

W roku 2021 w zdecydowanej większości zimowych i letnich turnusów wypoczynkowych organizatorzy zapewнили uczestnikom wypoczynku bezpieczne i higieniczne warunki pobytu. Opracowano regulaminy oraz wdrożono procedury zawierające zasady bezpieczeństwa oraz podejmowano stosowne wzmożone działania profilaktyczne w celu zapewnienia bezpieczeństwa oraz prawidłowego przebiegu wypoczynku dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem problematyki SARS-CoV-2.



STAN SANITARNY PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

- Warunki higieniczno-sanitarne, jakie powinien spełniać sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne
- Odpady medyczne - postępowanie w miejscu wytworzenia

1. Informacje ogólne

Rok 2021 ze względu na stan epidemii był rokiem szczególnym. Działalność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej skupiona była na realizacji działań w zakresie zwalczania chorób zakaźnych, a kontrole podmiotów wykonujących działalność leczniczą zostały zrealizowane w mniejszym zakresie.

W 2021 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawowała nadzór nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinny spełniać pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w ok. 84 tys. (84 529) podmiotów leczniczych.

Celem prowadzonych działań była ochrona zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Na ocenę warunków higieniczno-sanitarnych placówek wpływały:

- ◆ stwierdzony stan techniczny pomieszczeń i urządzeń,
- ◆ warunki zaopatrzenia w bieżącą wodę ciepłą i zimną obejmujące stan instalacji i urządzeń wodociągowych wewnątrz budynków,
- ◆ sposób prowadzenia gospodarki odpadami medycznymi, postępowanie z brudną i czystą bielizną,
- ◆ postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w miejscach stacjonarnego i całodobowego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Stan higieniczno-sanitarny placówek działalności leczniczej był kontrolowany pod kątem zgodności z wymaganiami przepisów:

- ◆ ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*¹ i przepisów wykonawczych do tej ustawy² i ³,
- ◆ ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. *o odpadach*⁴ i wydanego na jej podstawie (art. 33 ust. 2 ustawy) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. *w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi*, – w kontekście przepisów
- ◆ ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*⁵, ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – *Kodeks pracy*⁶, i przepisów wykonawczych do ustawy⁷,

1 Dz.U. z 2022 r. poz. 633

2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2022 r. poz. 402)

3 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. *w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta* (Dz.U. z 2012 r. poz. 420)

4 Dz.U. z 2022 r. poz. 699

5 Dz.U. z 2021 r. poz. 2069

6 Dz.U. z 2020r. poz. 1320, z późn. zm.

7 m.in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. *w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki* (Dz.U. 2005 Nr 81, poz. 716, z późn. zm.)

- ◆ ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – *Prawo budowlane*⁸ i przepisów wykonawczych do ustawy⁹,
- ◆ ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o *zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków*¹⁰ i przepisów wykonawczych do ustawy¹¹.

2. Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze

Oceny stanu higieniczno-sanitarnego dokonywano na podstawie kontroli pomieszczeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

1. przez podmioty wykonujące działalność leczniczą:
 - ✦ udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych: szpitale (szpitale ogólne, specjalistyczne, jednodniowe, uzdrowiskowe) i inne niż szpitale (np. zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, sanatoria, hospicja i inne),
 - ✦ udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych: przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice, zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne, zakłady rehabilitacji leczniczej i inne, w tym uzdrowiskowe;
2. w ramach działalności leczniczej wykonywanej przez praktykę zawodową:
 - ✦ indywidualne praktyki lekarskie, w tym indywidualne praktyki lekarzy dentystów,
 - ✦ indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, w tym indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentystów,
 - ✦ grupowe praktyki lekarskie, w tym grupowe praktyki lekarzy dentystów,
 - ✦ indywidualne praktyki pielęgniarek,
 - ✦ indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek,
 - ✦ grupowe praktyki pielęgniarek.

2.1. Działalność lecznicza realizowana przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

W 2021 r. w ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej znajdowały się 33 292 obiekty działalności leczniczej realizowanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

8 Dz.U. z 2021 r. poz. 2351

9 rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. z 2019 r. poz. 1065, z późn. zm.)

10 Dz.U. z 2020 r. poz. 2028, z późn. zm.

11 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz.U. z 2017 r. poz. 2294, z późn. zm.)



Ogółem skontrolowano 8 797 obiektów, co stanowi 26,42% ujętych w ewidencji placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W 221 placówkach stwierdzono zły stan higieniczno-sanitarny i techniczny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, tj. 2,51% spośród skontrolowanych obiektów.

W 117 przypadkach (1,33% skontrolowanych obiektów) odnotowano nieprawidłowości tylko higieniczno-sanitarne. W 201 obiektach (2,28% skontrolowanych obiektów) stwierdzono niezadawalający stan techniczny.

Tab. 40 Liczba skontrolowanych placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

Działalność lecznicza wykonywana przez podmioty lecznicze	ogółem skontrolowanych	ze stwierdzonym złym stanem		
		higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
Szpitalne ogółem	728	84	30	85
w tym szpitale jednodniowe	83	2	0	0
w tym szpitale uzdrowiskowe	21	3	0	3
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	132	3	3	8
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	64	1	1	1
Zakłady rehabilitacji leczniczej	46	1	2	3
Sanatoria	92	6	0	4
Hospicja	42	1	1	0
Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	103	2	0	1
Przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria z izbą chorych, lecznice	6409	98	68	83
Zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne	270	5	3	4
Zakłady rehabilitacji leczniczej	326	6	6	3
Inne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ogółem	585	14	3	9
w tym uzdrowiskowe	6	0	0	0

2.2. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Szpitale

W 2021 r. ogółem skontrolowano 728 szpitali na 1 164 ujętych w ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W 84 obiektach skontrolowanych stwierdzono uchybienia:

- ◆ w 84 przypadkach (co stanowi 11,54% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego i technicznego łącznie,
- ◆ w 30 przypadkach (co stanowi 4,12% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego,
- ◆ w 85 przypadkach (co stanowi 11,68% skontrolowanych szpitali) w zakresie stanu technicznego.

Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

W 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej skontrolowały następujące obiekty udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, innych niż świadczenia szpitalne:

- ◆ 132 zakłady opiekuńczo-lecznicze na 305 ujętych w ewidencji, co stanowi 43,28% objętych nadzorem,
- ◆ 64 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze na 175 ujętych w ewidencji, co stanowi 36,57% objętych nadzorem,
- ◆ 46 zakładów rehabilitacji leczniczej na 97 ujętych w ewidencji, co stanowi 47,42% objętych nadzorem,
- ◆ 92 sanatoria na 215 ujęte w ewidencji, co stanowi 42,79% objętych nadzorem,
- ◆ 42 hospicja na 114 ujętych w ewidencji, co stanowi 36,84% objętych nadzorem,
- ◆ 103 inne podmioty oferujące usługi lecznicze na 297 ujętych w ewidencji, co stanowi 34,68% objętych nadzorem, m.in. świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego itp.

Na negatywną ocenę placówek lecznictwa zamkniętego miały wpływ następujące nieprawidłowości:

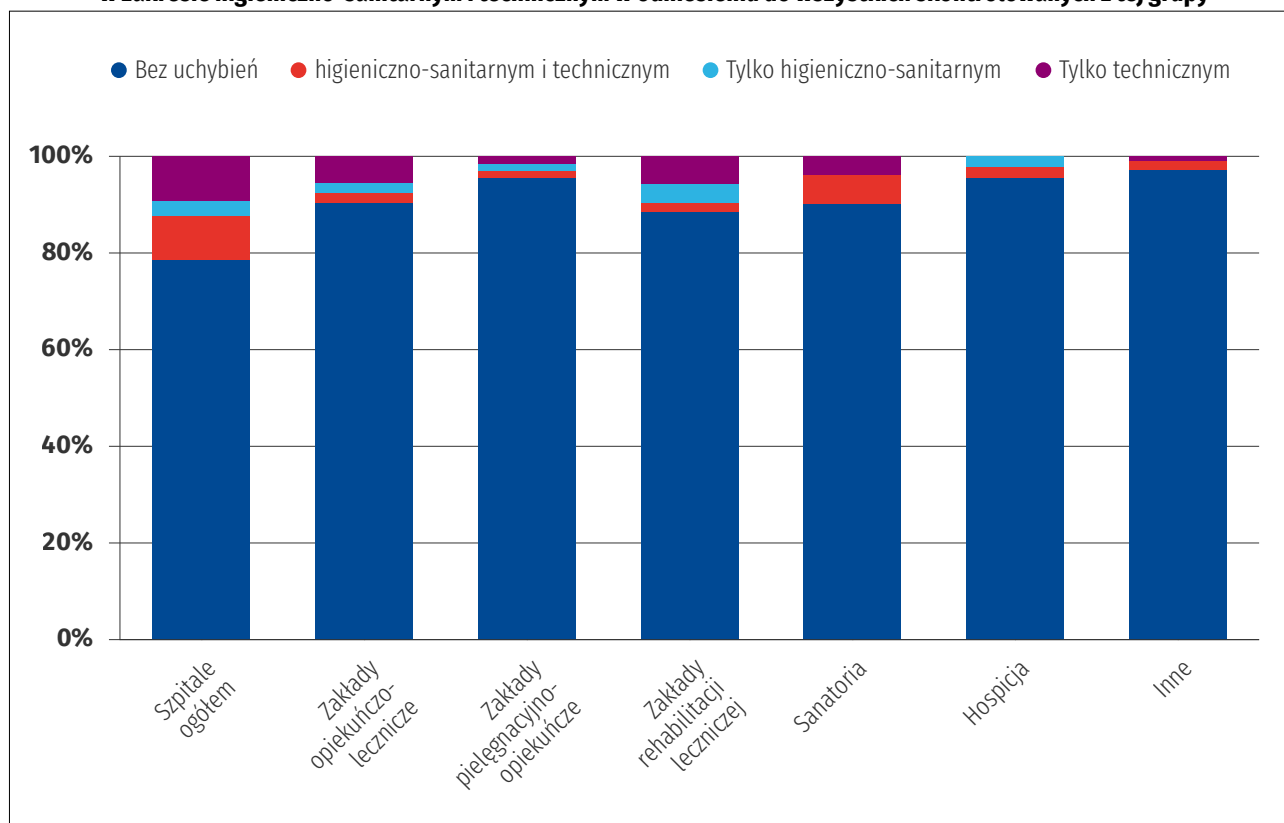
- ◆ brak wyodrębnionych lub prawidłowo wyposażonych izolatek w oddziałach dziecięcych, oddziałach anesteziologii i intensywnej terapii oraz w oddziałach leczenia gruźlicy;
- ◆ brak odpowiedniej wentylacji nawiewno-wywiewnej lub klimatyzacji;
- ◆ brak wydzielonych gabinetów diagnostyczno-zabiegowych, punktów pielęgniarских oraz pokoi przygotowawczych pielęgniarских;
- ◆ brak wydzielonych lub odpowiednio wyposażonych pomieszczeń higieniczno-sanitarnych w oddziałach, w tym pomieszczeń dostosowanych dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich;
- ◆ brak prawidłowo zorganizowanych brudowników i pomieszczeń porządkowych;

- ◆ brak opracowanych lub wdrożonych procedur sanitarno-epidemiologicznych w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych;
- ◆ niewłaściwe postępowanie z amalgamatem dentystycznym;
- ◆ nieprawidłowe postępowanie z narzędziami chirurgicznymi po użyciu (niewłaściwa dekontaminacja narzędzi, brak lub niepełna dokumentacja kontroli procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji);
- ◆ nieprawidłowe przechowywanie sterylnego sprzętu medycznego;
- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny ścian, sufitów, podłóg, powierzchni stolarki drzwiowej, wyposażenia oraz armatury sanitarnej, co utrudniało lub uniemożliwiało przeprowadzenie prawidłowej dekontaminacji powierzchni;
- ◆ nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi.

Postępowanie z bielizną szpitalną w obiektach stacjonarnej opieki zdrowotnej regulują opracowane i wdrożone procedury szpitalne uwzględniające warunki lokalowe oraz zapisy umów zawartych z pralniami zewnętrznymi piorącymi bieliznę szpitalną i zapewniającymi transport bielizny czystej i brudnej. Większość szpitali przekazuje bieliznę do pralni, zapewniających właściwe monitorowanie technologicznego procesu prania i skutecznej dezynfekcji.

Pranie bielizny i pościeli z obiektów lecznictwa zamkniętego zlecane jest głównie podmiotom zewnętrznym.

Wyk. 85 Odsetek obiektów udzielających stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze stwierdzonymi uchybieniami w zakresie higieniczno-sanitarnym i technicznym w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych z tej grupy



2.3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej, badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym, w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.

Spośród 30 939 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w formie ambulatoryjnego udzielania świadczeń zdrowotnych skontrolowano 7 590, tj. 24,53% ogółu.

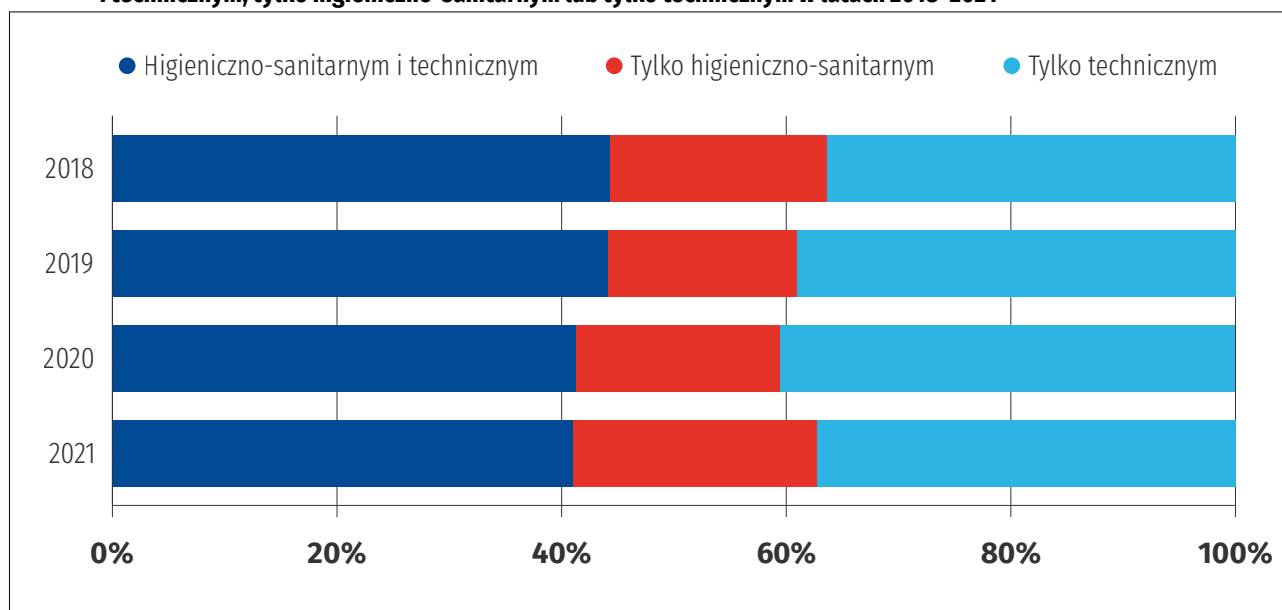
- ◆ W 123 przypadkach stwierdzono niezadawalający stan higieniczno-sanitarny i techniczny, co stanowi 1,62% skontrolowanych placówek.
- ◆ W 80 przypadkach odnotowano niezadawalający stan higieniczno-sanitarny, co stanowi 1,05% skontrolowanych placówek.
- ◆ W 99 przypadkach odnotowano niezadawalający stan techniczny, co stanowi 1,30% skontrolowanych obiektów.

Odsetek skontrolowanych placówek ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych obiektów z tej grupy ujętych w ewidencji utrzymywał się na zbliżonym niskim poziomie.

Tab. 41 Tabela danych porównawczych wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2018–2021

obiekty ogółem	wg ewidencji stan na 31 XII	skontrolowanych			
		ogółem	ze stwierdzonym złym stanem		
			higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
2018	34 096	20 725	586	255	481
	100%	61%	2,83%	1,23%	2,32%
2019	30 793	17 814	475	180	420
	100%	58%	2,67%	1,01%	2,36%
2020	35 431	4 433	113	50	111
	100%	12,5%	2,55%	1,13%	2,50%
2021	33 292	8 797	221	117	201
	100%	26,42%	2,51%	1,33%	2,28%

Wyk. 86 Procentowy udział obiektów działalności leczniczej ze stwierdzonym złym stanem higieniczno-sanitarnym i technicznym, tylko higieniczno-sanitarnym lub tylko technicznym w latach 2018–2021



2.4. Działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową

Indywidualne praktyki lekarskie/pielęgniarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie/pielęgniarskie i grupowe praktyki lekarskie/pielęgniarskie

Spośród 51 237 placówek udzielających świadczeń zdrowotnych w formie praktyki zawodowej skontrolowano ogółem 4 407, tj. 8,60% (w 2020 r. – 5,19%, w 2019 r. – 32%, w 2018 r. – 34%) objętych nadzorem:

- ◆ w 25 przypadkach (0,57% skontrolowanych ogółem) stwierdzono zły stan sanitarno-higieniczny i techniczny,
- ◆ w 41 przypadkach niezadawalający stan sanitarno-techniczny (0,93% skontrolowanych ogółem),
- ◆ w 20 przypadkach zły stan techniczny (0,45% skontrolowanych ogółem).

Najczęściej występowały nieprawidłowości w zakresie postępowania z odpadami medycznymi oraz dotyczące:

- ◆ niewłaściwego stanu sanitarno-technicznego ścian i sufitów w pomieszczeniach do przechowywania odpadów medycznych;
- ◆ braku w pomieszczeniu na magazynowanie odpadów medycznych drzwi wejściowych bez progu, o odpowiedniej szerokości i wysokości gwarantującej swobodny dostęp;

- ◆ braku przy pomieszczeniu magazynowania odpadów medycznych umywalki z bieżącą ciepłą i zimną wodą, wyposażonej w dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku, zainstalowanej w sposób umożliwiający co najmniej umycie rąk bezpośrednio po wyjściu z pomieszczenia;
- ◆ niezabezpieczenia wejścia do pomieszczenia magazynowania odpadów medycznych przed dostępem osób nieupoważnionych oraz dostępem owadów, gryzoni i innych zwierząt.

Tab. 42 Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową

działalność lecznicza wykonywana przez praktykę zawodową	ogółem skontrolowanych	ze stwierdzonym złym stanem		
		higieniczno-sanitarnym i technicznym	tylko higieniczno-sanitarnym	tylko technicznym
indywidualne praktyki lekarskie ogółem	2 018	10	24	10
w tym indywidualne praktyki lekarzy dentyków	1 764	8	24	10
indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie ogółem	1 816	13	13	8
w tym indywidualne specjalistyczne praktyki lekarzy dentyków	859	5	6	5
grupowe praktyki lekarskie ogółem	132	0	0	1
w tym grupowe praktyki lekarzy dentyków	95	0	0	0
indywidualne praktyki pielęgniarek	131	0	0	0
indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek	37	1	0	0
grupowe praktyki pielęgniarek	65	0	1	0
Inne (mieszane)	208	1	3	1

3. Postępowanie z odpadami medycznymi

W 2021 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna, realizując zadania z zakresu zdrowia publicznego, sprawowała nadzór nad postępowaniem z odpadami medycznymi.

Odpady medyczne to odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny.

Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości w postępowaniu z odpadami medycznymi dotyczyły głównie placówek udzielających świadczeń zdrowotnych w formie praktyk zawodowych.

Najczęściej występowały nieprawidłowości takie jak:

- ◆ brak właściwego oznakowania pojemników oraz worków na odpady medyczne,
- ◆ brak prowadzonego rejestru odczytu temperatur w urządzeniach chłodniczych,
- ◆ brak aktualizacji procedury postępowania z odpadami medycznymi,
- ◆ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny pomieszczeń do przechowywania odpadów medycznych.



W celu wprowadzenia najwyższych standardów sanitarnych i zasad bezpieczeństwa przy unieszkodliwianiu odpadów medycznych oraz mogącym pojawić się w związku z epidemią COVID-19 problemie wzrostu ilości wytwarzanych odpadów medycznych o właściwościach zakaźnych w 2021 r. obowiązywały dodatkowe szczególne regulacje:

- ◆ w ustawie *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* z dnia 2 marca 2020 r.¹²,
- ◆ w Wytycznych dla wojewodów dotyczących stosowania art. 11 i ustawy z dnia 2 marca 2020 r. *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* z dnia 2 marca 2020 r.

4. Podsumowanie

Ogółem w 2021 r. skontrolowano 13 204, to jest 15,62% placówek udzielających świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze oraz przez praktykę zawodową wykonujące działalność leczniczą spośród wszystkich 84 529 placówek ujętych w ewidencji. W 625 placówkach stwierdzono zły stan sanitarny, co stanowi 4,73%.

Na podstawie wyników kontroli podejmowano stosowne działania wyjaśniające i egzekwujące.

W 2021 r. zadania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej zostały skierowane na podejmowane na bieżąco działania przeciwepidemiczne, w tym także w zakresie stosowanych procedur dotyczących reżimu sanitarnego mającego na celu eliminację zagrożenia epidemiologicznego oraz ryzyka rozwoju epidemii.

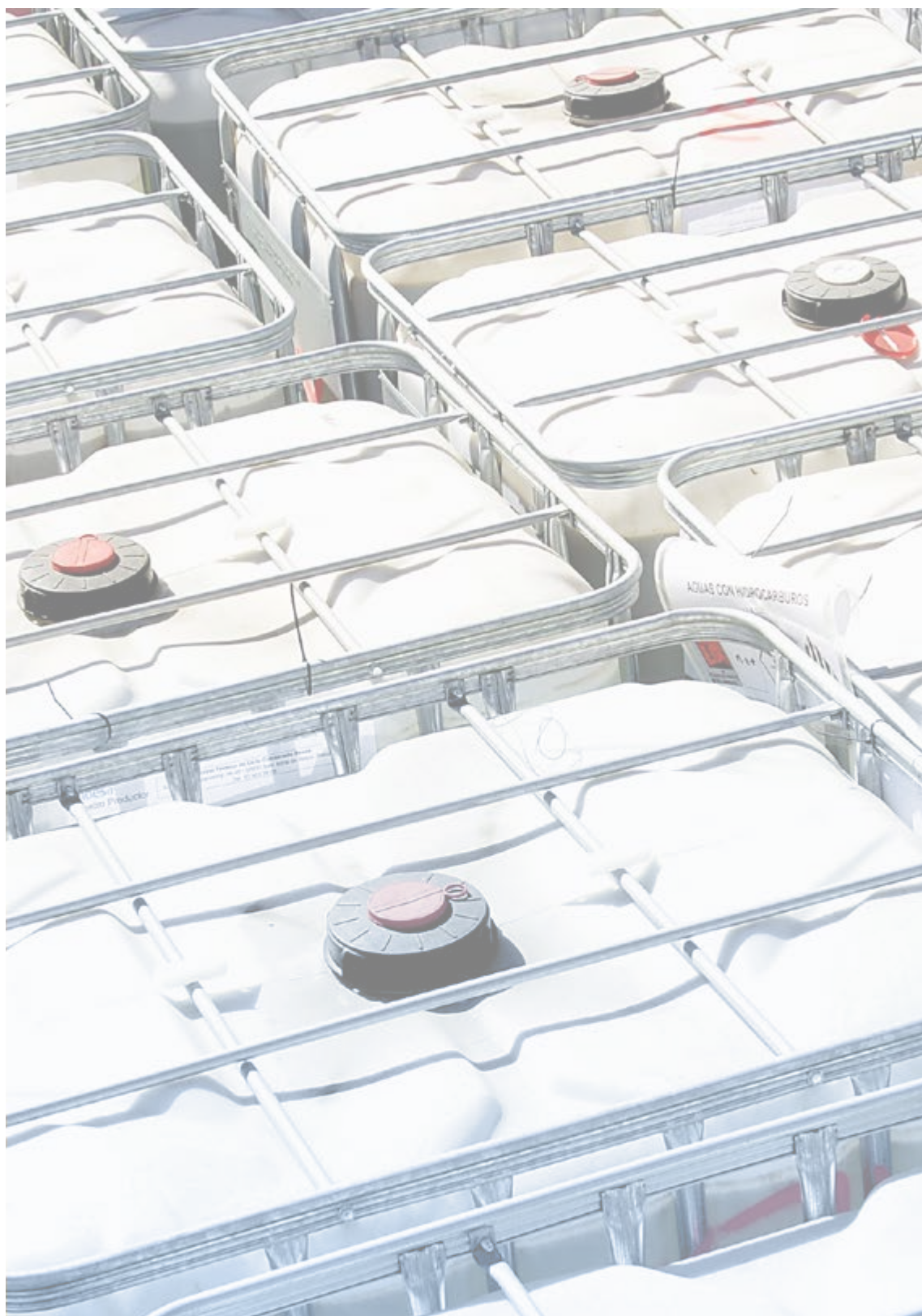
Wspierano szpitale przeprowadzające reorganizację związaną z koniecznością dostosowania swoich struktur do wymagań przeciwepidemicznych wynikających ze specyfiki zakażenia SARS-CoV-2. Udzielano zespołom kontroli zakażeń szpitalnych oraz innym przedstawicielom podmiotów leczniczych konsultacji w zakresie dostosowania pomieszczeń do udzielania w nich świadczeń oraz warunków bhp w zakresie środków ochrony osobistej adekwatnych do zagrożenia zdrowotnych dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19.

¹² Dz.U. z 2021 r. poz. 2095

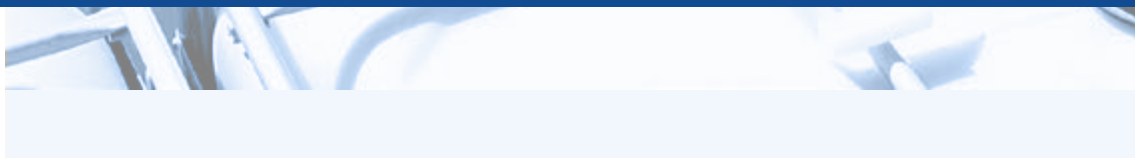
5. Wnioski

- ◆ ocena stanu sanitarnego w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych w roku 2021 ze względu na specyficzne warunki wynikające z pandemii COVID-19 jest niewspółmierna do lat wcześniejszych,
- ◆ nastąpiła zmiana priorytetów działania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zwiększono zaangażowanie w zadania związane z przeciwdziałaniem epidemii,
- ◆ wspierano szpitale przeprowadzające reorganizację związaną z koniecznością dostosowania swoich struktur do wymagań przeciwepidemicznych wynikających ze specyfiki zakażenia SARS-CoV-2,
- ◆ wzmożonej ocenie poddano procedury: dekontaminacji powierzchni i sprzętu medycznego, gospodarki odpadami medycznymi, postępowania z bielizną brudną i czystą, postępowania ze zwłokami osób zmarłych w podmiotach leczniczych.





**DZIAŁALNOŚĆ KONTROLNA W RAMACH
BIEŻĄCEGO NADZORU SANITARNEGO
W OBSZARZE CHEMIKALIÓW**



1. Produkty biobójcze

Produkty biobójcze stanowią substancję lub mieszaninę, składającą się z jednej lub kilku substancji czynnych, której przeznaczeniem jest niszczenie, odstraszenie, unieszkodliwianie organizmów szkodliwych, zapobieganie ich działaniu lub zwalczanie ich w jakikolwiek sposób inny niż działanie czysto fizyczne lub mechaniczne. Substancja czynna oznacza substancję działającą na organizmy szkodliwe lub przeciwko nim lub mikroorganizm działający na organizmy szkodliwe lub przeciwko nim.

Nadzór nad przestrzeganiem przepisów w zakresie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych, wprowadzania do obrotu wyrobów poddanych działaniu produktów biobójczych i substancji czynnych przeznaczonych do stosowania w produktach biobójczych w działalności zawodowej, sprawowany jest zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi tj.:

- ◆ ustawą z dnia 9 października 2015 r. *o produktach biobójczych*,
- ◆ rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 528/2012 z dnia 22 maja 2012 r. *w sprawie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych*.

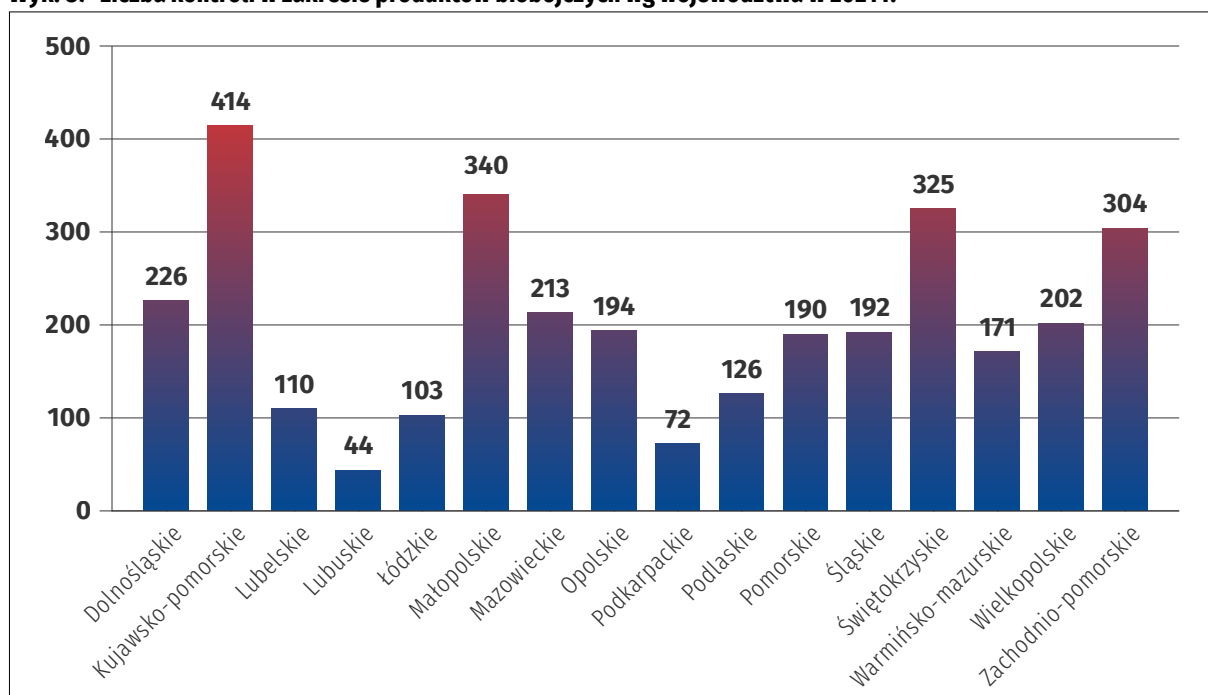
Zadania kontrolne obejmowały m.in. sprawdzenie:

- ◆ posiadania i ważności stosownego pozwolenia na wprowadzanie do obrotu produktu biobójczego, wydane-go przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych,
- ◆ dostępności karty charakterystyki produktu biobójczego, sporządzonej na zasadach określonych w rozporządzeniu (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady (REACH),
- ◆ obecności i statusu prawnego substancji czynnej,
- ◆ zawartości substancji nie będących substancjami czynnymi, ale wymagających rejestracji (jako składniki mieszanin w rozumieniu rozporządzenia REACH),
- ◆ zgodności przeznaczenia i rodzaju produktu biobójczego z danymi figurującymi w pozwoleniu na obrót,
- ◆ stosowania produktów biobójczych w działalności zawodowej,
- ◆ prawidłowości oznakowania opakowania produktu biobójczego,
- ◆ statusu prawnego substancji czynnych zawartych w produktach biobójczych w ramach programu przeglądu prowadzonego przez Europejską Agencję Chemikaliów (ECHA).

Zgodnie z wykazem prowadzonym na podstawie ewidencji, w 2021 r. zarejestrowanych było **586** podmiotów wprowadzających do obrotu produktu biobójcze, oraz **7 921** podmiotów udostępniających produkty biobójcze na rynku.

W 2021 r. w ramach nadzoru nad produktami biobójczymi zostało przeprowadzonych **3 226** kontroli, w tym skontrolowano **412** wprowadzających do obrotu produkty biobójcze i **2 814** udostępniających produkty biobójcze na rynku.

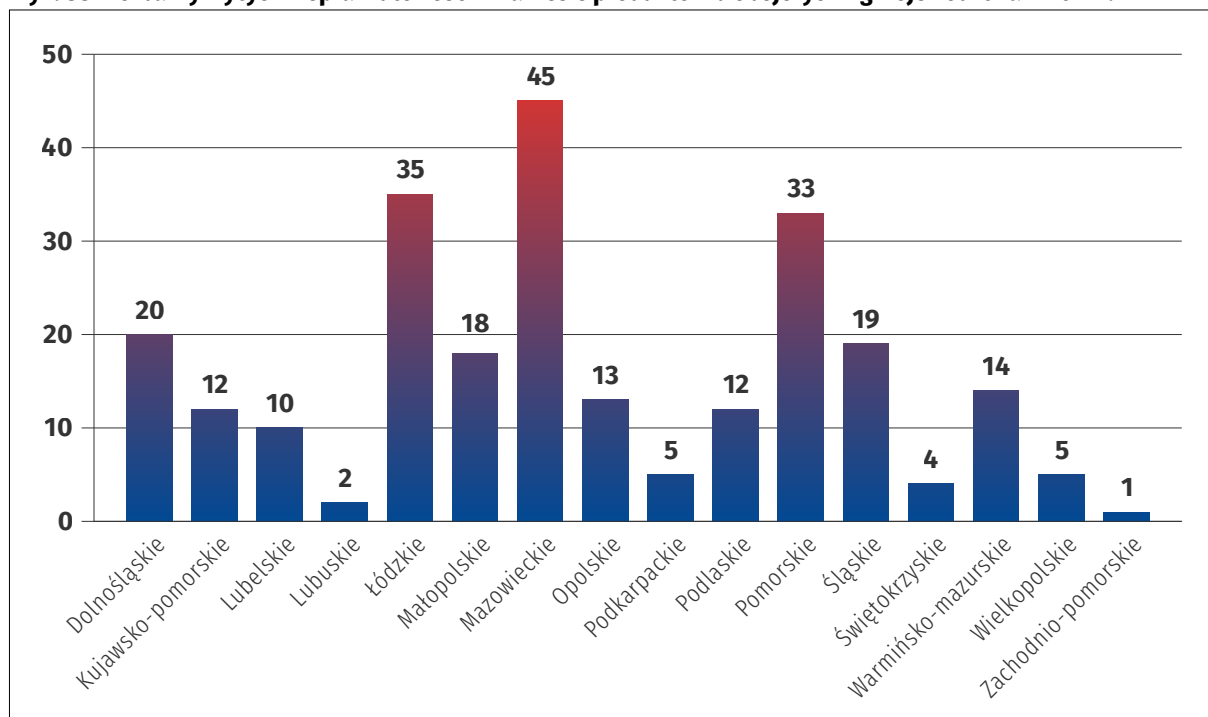
Wyk. 87 Liczba kontroli w zakresie produktów biobójczych wg województwa w 2021 r.



Podczas przeprowadzonych kontroli zostały wykryte **248** nieprawidłowości, obejmowało one m.in.:

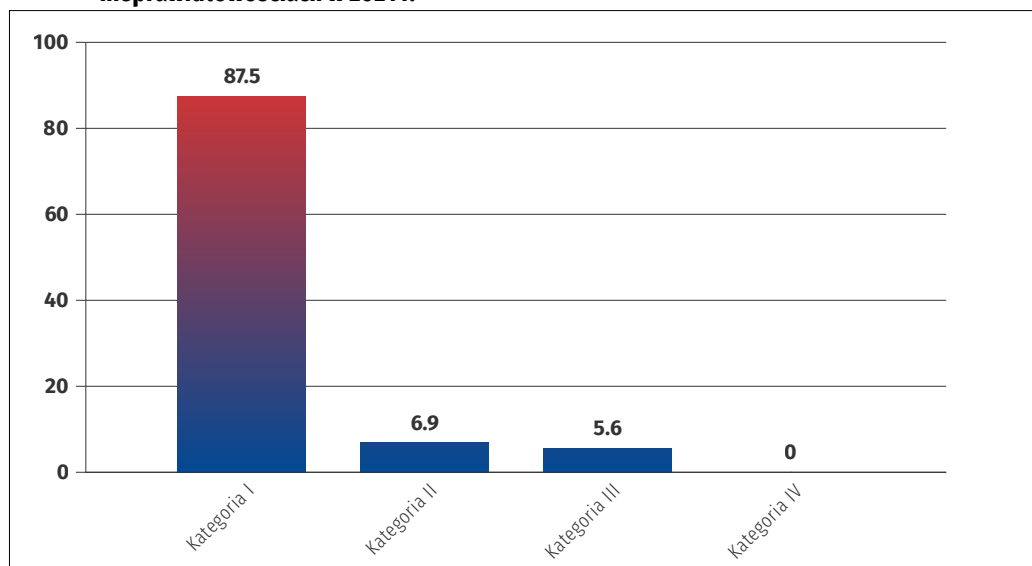
- ◆ wprowadzanie produktów biobójczych bez wymaganego pozwolenia – **128**,
- ◆ wprowadzanie produktów biobójczych bez wymaganego opakowania lub niewłaściwie oznakowanych – **48**,
- ◆ nieprawidłowości związane z kartą charakterystyki produktu biobójczego – **54**.

Wyk. 88 Liczba wykrytych nieprawidłowości w zakresie produktów biobójczych wg województwa w 2021 r.



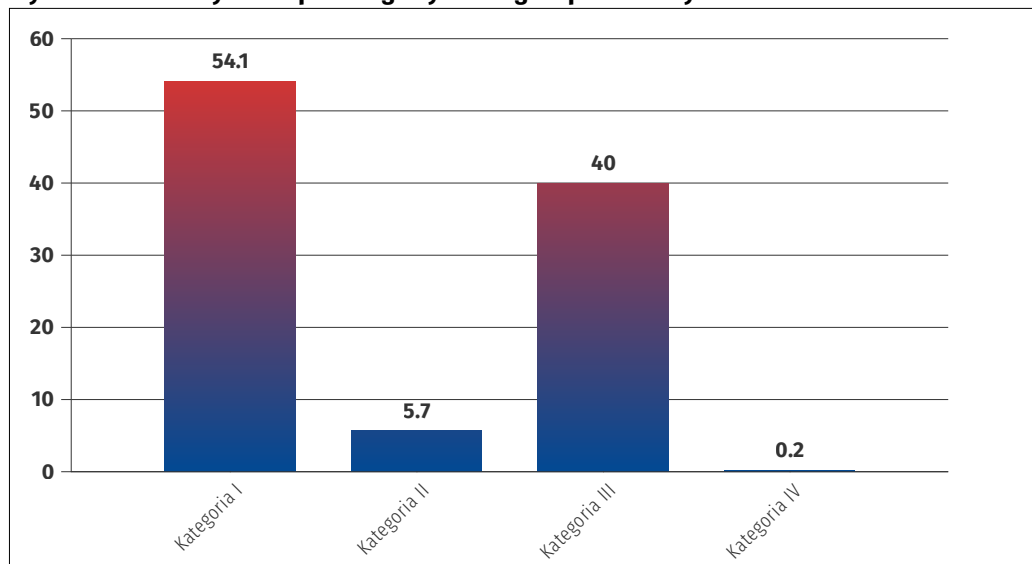
Wśród niezgodnych produktów biobójczych przeważały (87,5%) te, należące do kategorii produktowej I – środki dezynfekujące, których zwiększone stosowanie podyktowane było aktualną sytuacją epidemiologiczną związaną z COVID-19. Wiele z wycofanych produktów stanowiły hydroalkoholowe żele do rąk, które poprzez oznakowanie i opis przeznaczenia sugerowały wykazywanie przez produkt funkcji biobójczej, ale nie posiadały pozwolenia wymaganego dla produktów biobójczych i były sprzedawane jako produkty kosmetyczne.

Wyk. 89 Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w wykrytych nieprawidłowościach w 2021 r.



Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego nad produktami biobójczymi w 2021 r. prowadziły monitoring rynku związany z sytuacją epidemiologiczną wywołaną COVID-19, i możliwością wprowadzenia na rynek produktów do dezynfekcji bez wymaganego pozwolenia. W związku z powyższym kontrole dotyczące podmiotów związanych z wprowadzaniem do obrotu lub udostępnianiu na rynku produktów biobójczych należących do kategorii środków dezynfekujących stanowiły większość (54,1%) z kontroli przeprowadzonych w ramach nadzoru nad produktami biobójczymi.

Wyk. 90 Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w kontrolach w 2021 r.





Należy zwrócić również uwagę, że działania organów PIS w 2021 r. w zakresie produktów biobójczych podejmowane były często przy współpracy z innymi jednostkami administracji państwowej. W 2021 r. do GIS wpłynęło **91** zgłoszeń skierowanych przez Inspekcję Handlową, dotyczących nieprawidłowej klasyfikacji produktu biobójczego hydroalkoholowych żeli do rąk jako produktu kosmetycznego. Pozostałe **4** zgłoszenia pochodziły z Państwowej Inspekcji Weterynaryjnej i dotyczyły zastrzeżeń w zakresie nieprawidłowych oświadczeń związanych ze skutecznością produktów biobójczych przeciwko kluczowym z punktu widzenia epidemiologicznego patogenom, m.in wywołującym afrykański pomór świń, czy ptasią gripę.

2. Substancje chemiczne i ich mieszaniny

W 2021 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna sprawowała nadzór nad wykonywaniem:

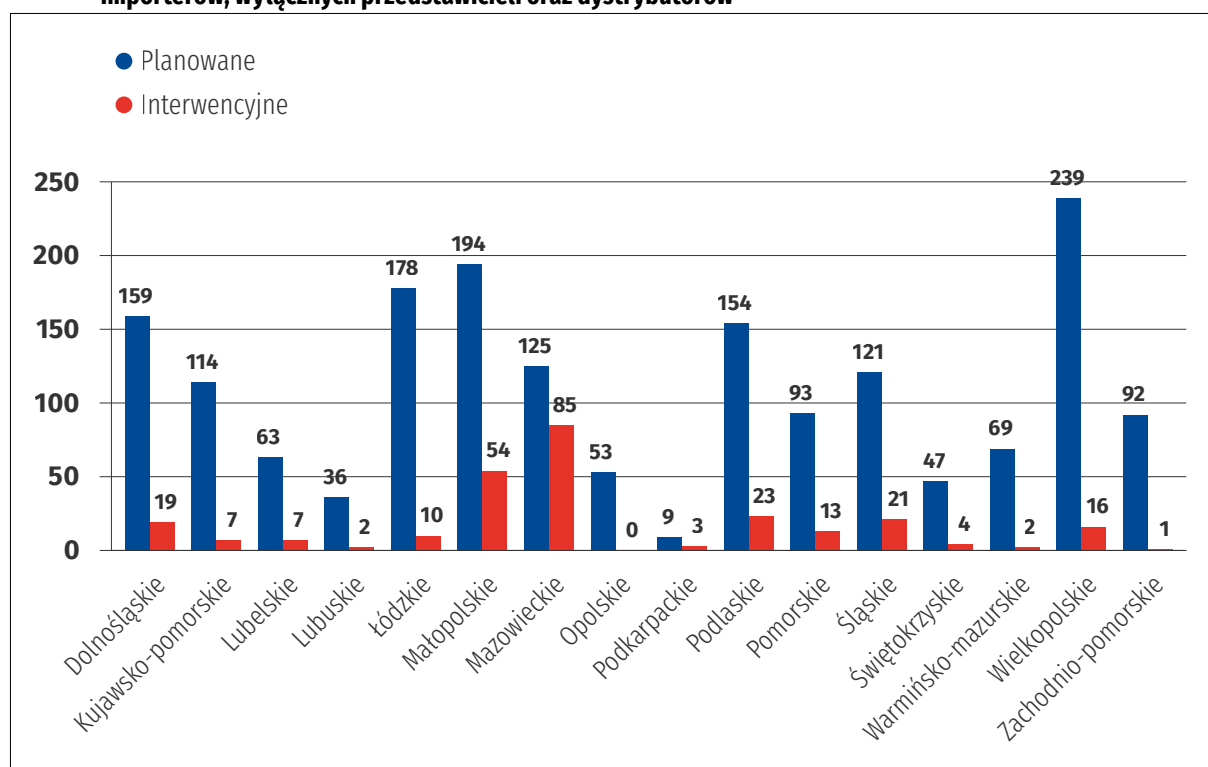
- ◆ rozporządzenia (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. *w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH) i utworzenia Europejskiej Agencji Chemikaliów*, poprzez kontrolę przepisów dotyczących rejestracji substancji, oceny informacji dotyczących substancji lub dokumentacji rejestracyjnej oraz wprowadzania ograniczeń produkcji, obrotu i stosowania niektórych substancji chemicznych,
- ◆ rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. *w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin (CLP)*, w aspekcie kontroli obowiązku klasyfikowania, oznakowania i pakowania przed wprowadzeniem ich do obrotu przez producentów, importerów i dalszych użytkowników substancji oraz mieszanin stwarzających zagrożenie.

Kontrole nad przestrzeganiem przepisów rozporządzeń REACH oraz CLP prowadzone były zgodnie z ustawą z dnia 25 lutego 2011 r. *o substancjach chemicznych i ich mieszaninach*.

W 2021 r. w ramach nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami zostało przeprowadzonych **8 696** kontroli sprawdzających wypełnianie obowiązków nałożonych rozporządzeniem REACH, w tym:

- ◆ **117** kontroli u producentów, w tym **98** kontroli planowanych i **19** kontroli interwencyjnych,
- ◆ **41** kontroli u importerów, w tym **32** kontrole planowane i **9** kontroli interwencyjnych,
- ◆ **67** kontroli wyłącznych przedstawicieli, w tym **64** kontrole planowane i **3** kontrole interwencyjne,
- ◆ **1 788** kontroli u dystrybutorów substancji chemicznych i ich mieszanin, w tym **1 552** kontrole planowane i **236** kontroli interwencyjnych,
- ◆ **6 683** kontrole u dalszych użytkowników, w tym **6 595** kontroli planowanych i **88** kontroli interwencyjnych.

Wyk. 91 Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia REACH wg województw w 2021 r. Kontrole obejmują producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów

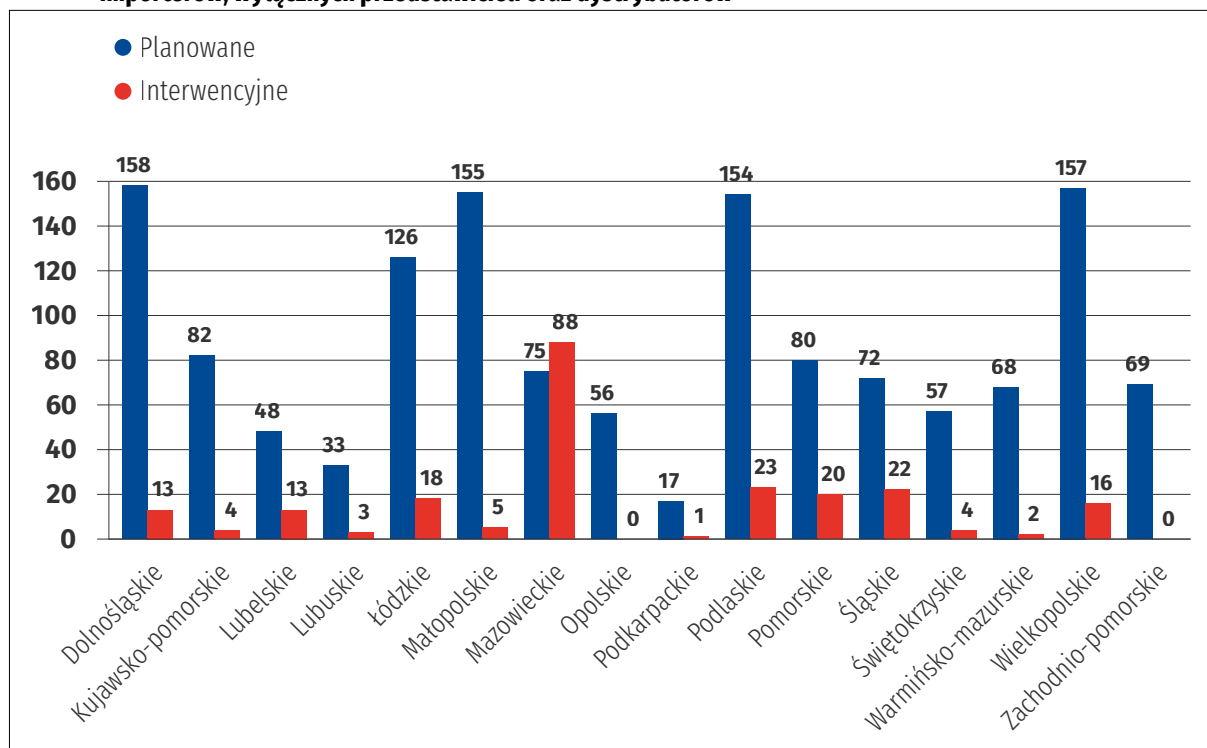


Ogólna liczba kontroli, podczas których stwierdzono naruszenie przepisów rozporządzenia REACH w 2021 r. wynosiła **248** i wówczas zostały wydane decyzje administracyjne nakazujące usunięcie nieprawidłowości.

W 2021 r. w ramach nadzoru nad substancjami chemicznymi i ich mieszaninami zostały przeprowadzone **6 263** kontrole sprawdzające wypełnianie obowiązków nałożonych rozporządzeniem CLP, w tym:

- ◆ **105** kontroli u producentów, w tym **82** kontrole planowane i **23** kontrole interwencyjne,
- ◆ **34** kontrole u importerów, w tym **24** kontrole planowane i **10** kontroli interwencyjnych,
- ◆ **33** kontrole wyłącznych przedstawicieli, w tym **29** kontroli planowanych i **4** kontrole interwencyjne,
- ◆ **1 467** kontroli u dystrybutorów substancji chemicznych i ich mieszanin, w tym **1 272** kontrole planowane i **195** kontroli interwencyjnych,
- ◆ **4 624** kontrole u dalszych użytkowników, w tym **4 501** kontroli planowanych i **123** kontrole interwencyjne.

Ogólna liczba kontroli, podczas których stwierdzono naruszenie przepisów rozporządzenia CLP w 2021 roku wynosiła **159** i wówczas zostały wydane decyzje administracyjne nakazujące usunięcie nieprawidłowości.

Wyk. 92 Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia CLP wg województw w 2021 r. Kontrole obejmują producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów

2.1. Wspólnotowy projekt REACH-EN-FORCE 9 (REF-9)

W 2021 r. organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) przeprowadziły wspólnotowy projekt REACH-EN-FORCE 9 (REF-9). Zakres projektu REF-9 obejmował nadzór nad realizacją rozporządzenia REACH w obszarze wprowadzania do obrotu i stosowania wszystkich substancji podlegających zezwoleniom (załącznik XIV do rozporządzenia REACH), po dacie ich wygaśnięcia.

Do projektu zostały wybrane firmy, które miały obowiązki w odniesieniu do substancji zawartych w załączniku XIV do rozporządzenia REACH, wynikające ze złożenia przez nie wniosku o zezwolenie lub powiadomienie dalszego użytkownika (DU). Podczas kontroli sprawdzono czy firmy te przestrzegają i stosują się do informacji zawartych w otrzymanych zezwoleniach. Ponadto w ramach projektu zidentyfikowano też firmy, które nadal stosują lub wprowadzają przedmiotowe substancje do obrotu bez stosownego zezwolenia, zezwolenia oczekującego lub w przypadku których zastosowanie nie jest zwolnione z zezwolenia.

W ramach przeprowadzonego projektu REF-9 dotyczącego zezwoleń, skontrolowano **1** importera, **61** dalszych użytkowników, **1** dostawcę i **1** podmiot bez ściśle określonej funkcji w odniesieniu do substancji z załącznika XIV rozporządzenia REACH.

Większością kontrolowanych substancji, wymienionych w załączniku XIV, stanowiły związki chromu, a w szczególności tlenku chromu VI, który nie może być wprowadzany do obrotu ani stosowany po terminie 21.09.2017, określonym jako data ostateczna.

W ramach przeprowadzonych kontroli ustalono, że:

- ◆ większość kontrolowanych podmiotów nie wprowadzało do obrotu substancji z załącznika XIV rozporządzenia REACH,
- ◆ w większości z przypadków nie stwierdzono nieprawidłowości, a podmioty prawidłowo wypełniały przepisy rozporządzenia REACH,
- ◆ **53** podmioty stosowały substancję z załącznika XIV do rozporządzenia REACH w ramach prowadzonej działalności,
- ◆ **5** podmiotów posiadało obowiązki zarówno w zakresie wprowadzania do obrotu, jak i stosowania substancji z załącznika XIV,
- ◆ **2** podmioty uzyskały bezpośrednie zezwolenie, a pozostałe które je posiadają, korzystają z zezwolenia uzyskanego na wcześniejszym etapie łańcucha dostaw,
- ◆ **8** podmiotów wprowadziło do obrotu substancje z załącznika XIV rozporządzenia REACH w ramach konkretnego zastosowania po upływie właściwej daty ostatecznej podanej w załączniku,
- ◆ w przypadku **9** podmiotów podczas przeprowadzonych działań kontrolnych ustalono, że nie są już stosowane substancje wymagające zezwolenia zgodnie z załącznikiem XIV rozporządzenia REACH,
- ◆ dla **10** podmiotów nie wydano jeszcze decyzji dotyczącej zezwolenia, tym samym dalsze sprawdzenie obowiązków wynikających z konieczności uzyskania zezwolenia było niemożliwe.

Podsumowując działania kontrolne w ramach projektu REF-9, stwierdzono, że:

- ◆ w przypadku **2** podmiotów wystąpiło naruszenie art. 56 ust. 2 rozporządzenia REACH (*stosowanie substancji będącej przedmiotem inspekcji zgodnie z warunkami zezwolenia udzielonego dla tego zastosowania uczestnikowi stanowiącemu poprzednie ogniwo łańcucha dostaw*),
- ◆ **2** podmioty nie dokonały zgłoszenia do Europejskiej Agencji Chemicznej (ECHA) naruszając zapisy art. 66 ust. 1 rozporządzenia REACH,
- ◆ w przypadku **4** podmiotów stwierdzono naruszenie art. 37 ust. 5 rozporządzenia REACH, dotyczącego obowiązków dalszych użytkowników w zakresie właściwej kontroli ryzyka,
- ◆ **3** skontrolowane podmioty nie spełniły wymagań określonych w art. 31 rozporządzenia REACH obejmujących umieszczenie w karcie charakterystyki danych identyfikujących substancję oraz numery zezwoleń.

W związku z tym zostały wydane **4** decyzje administracyjne, **2** pouczenia słowne, **1** pouczenia pisemne i **2** inne formy wyegzekwowania usunięcia naruszenia, w tym w jednym przypadku sprawa została przekazana do innego kraju członkowskiego, z uwagi na właściwość prawną i obowiązki podmiotu odpowiedzialnego.

3. Detergenty

Detergent oznacza jakąkolwiek substancję lub mieszaninę zawierającą mydło i/lub inne substancje powierzchniowo czynne, przeznaczoną do procesów prania, mycia i czyszczenia. Detergenty wprowadzane są do obrotu w celu używania ich w gospodarstwie domowym, obiektach użyteczności publicznej lub do celów przemysłowych.

Nadzór w 2021 r. prowadzony był poprzez kontrolę spełniania wymagań oraz znakowania detergentów przez podmioty wprowadzające do obrotu zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 648/2004 z dnia 31 marca 2004 r. *w sprawie detergentów* oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. *w sprawie klasyfikacji i pakowania substancji i mieszanin, zmieniającej i uchylającej dyrektywy 67/548/EWG i 1999/45/WE oraz zmieniającej rozporządzenie (WE) nr 1907/2006*.

W 2021 liczba podmiotów będących pod bieżącym nadzorem sanitarnym wynosiła **248**.

W tym czasie w ramach nadzoru nad detergentami zostało przeprowadzonych **69** kontroli podmiotów wprowadzających do obrotu detergenty, tj. producentów detergentów, w tym **40** kontroli planowanych oraz **29** kontroli interwencyjnych. Nieprawidłowości obejmowały nieprzestrzeganie art. 34 i 35 ustawy o *substancjach chemicznych i ich mieszaninach*. Wydane zostały **3** decyzje administracyjne nakazujące usunięcie nieprawidłowości.

4. Produkty kosmetyczne

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

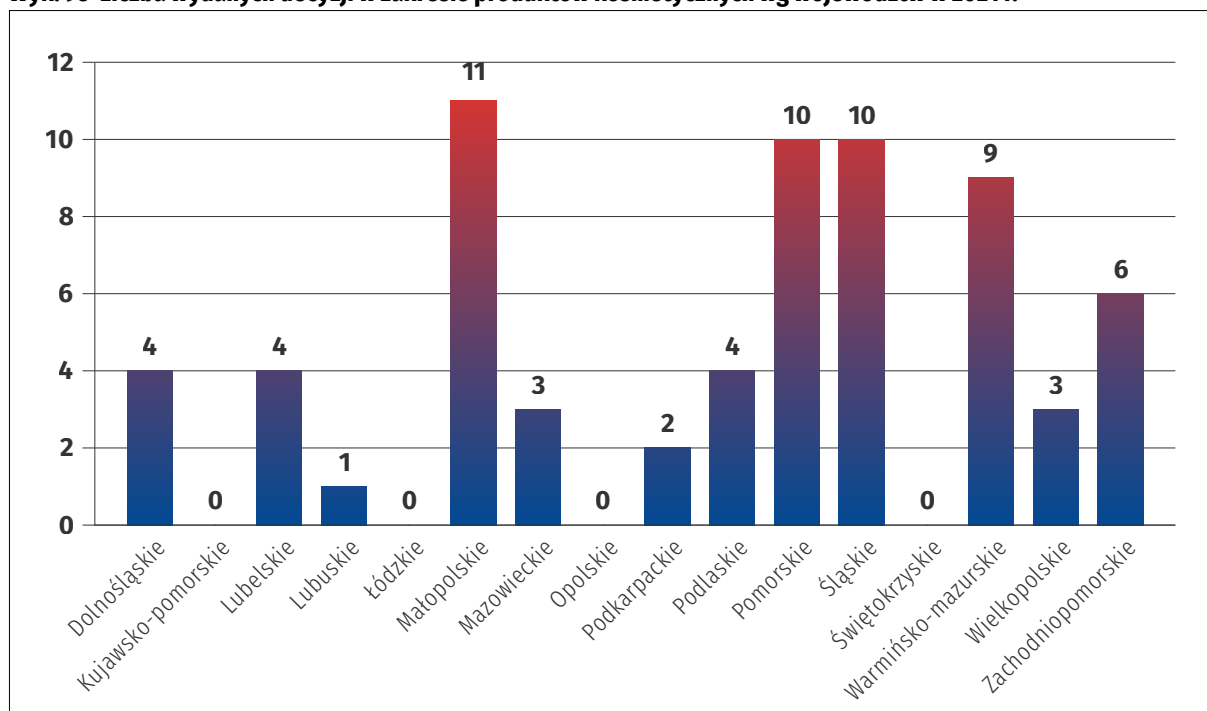
Nadzór nad przestrzeganiem przepisów w zakresie produktów kosmetycznych sprawowany jest zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi tj.:

- ◆ ustawą z dnia 4 października 2018 r. *o produktach kosmetycznych*,
- ◆ rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 30 listopada 2009 r. nr 1223/2009 *dotyczącym produktów kosmetycznych*

Nadzór obejmował w szczególności kontrole dokumentacji produktów kosmetycznych w aspekcie oceny bezpieczeństwa oraz warunków wytwarzania produktów kosmetycznych i wprowadzenia zasad dobrej praktyki produkcji.

W związku z informacjami otrzymywanymi od konsumentów i przedsiębiorców organy PIS prowadziły również działania związane z naruszaniem przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 dot. produktów kosmetycznych, np. uchybień w znakowaniu lub niespełnienia wymagań w zakresie składu. W 2021 r. przeprowadzono **1344** kontrole obejmujące zakres działania organów PIS. Liczba decyzji w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego w zakresie produktów kosmetycznych w 2021 r. wynosiła **67**.

Wyk. 93 Liczba wydanych decyzji w zakresie produktów kosmetycznych wg województw w 2021 r.

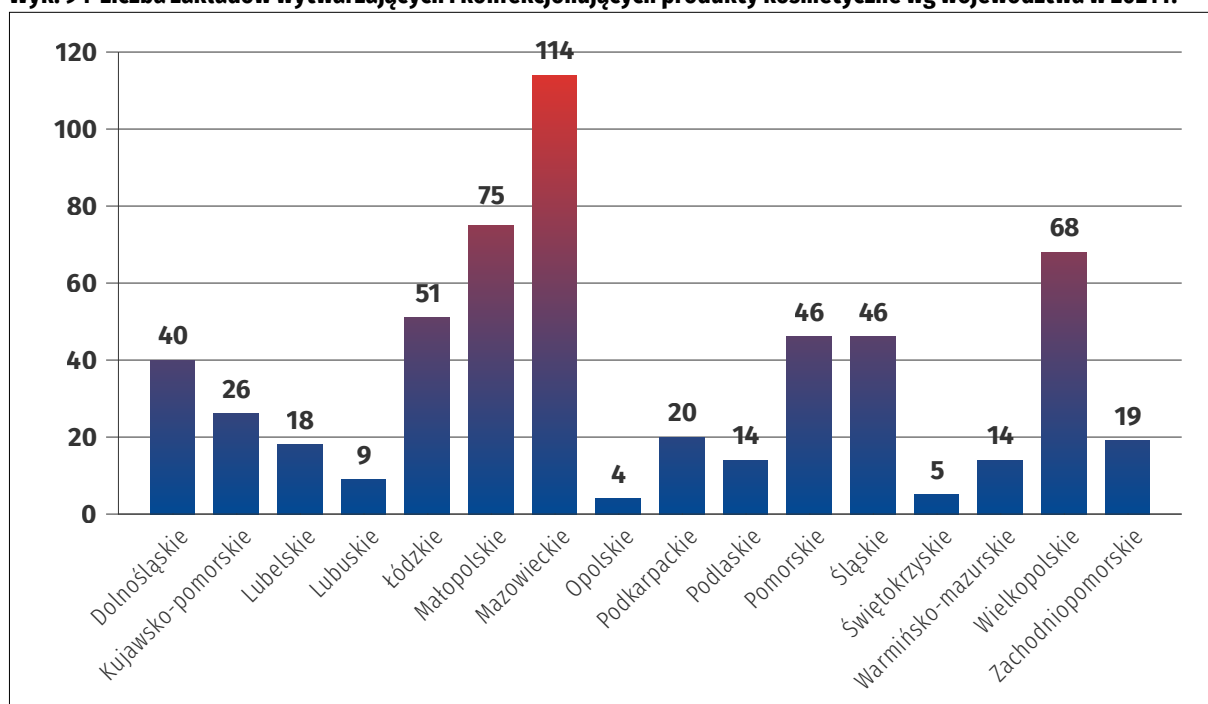


Pobrano **579** próbek produktów kosmetycznych, w tym **4** zostały uznane za niezgodne z wymaganiami.

W roku 2021 w ramach unijnego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Produktach Niebezpiecznych (RAPEX) organy PIS otrzymały **6** powiadomień dotyczących produktów kosmetycznych uznanych za mogące stwarzać zagrożenie dla zdrowia konsumentów, dla których osoby odpowiedzialne – w myśl przepisów rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 zdefiniowane jako producenci lub importerzy – znajdowały się na terenie Polski lub dla których w liście dystrybucji wskazano podmioty z terenu Polski. Zgłoszenia obejmowały następujące rodzaje produktów kosmetycznych: mydło do rąk, pasta do zębów, odżywka do rąs, żel do włosów, żel do brwi. Jedno zgłoszenie dotyczyło produktu, który nieprawidłowo został zakwalifikowany jako produkt kosmetyczny. Działania objęły weryfikację zgłoszenia, w zależności od przypadku, również ustalenie list dystrybucji oraz wycofanie produktu z obrotu.

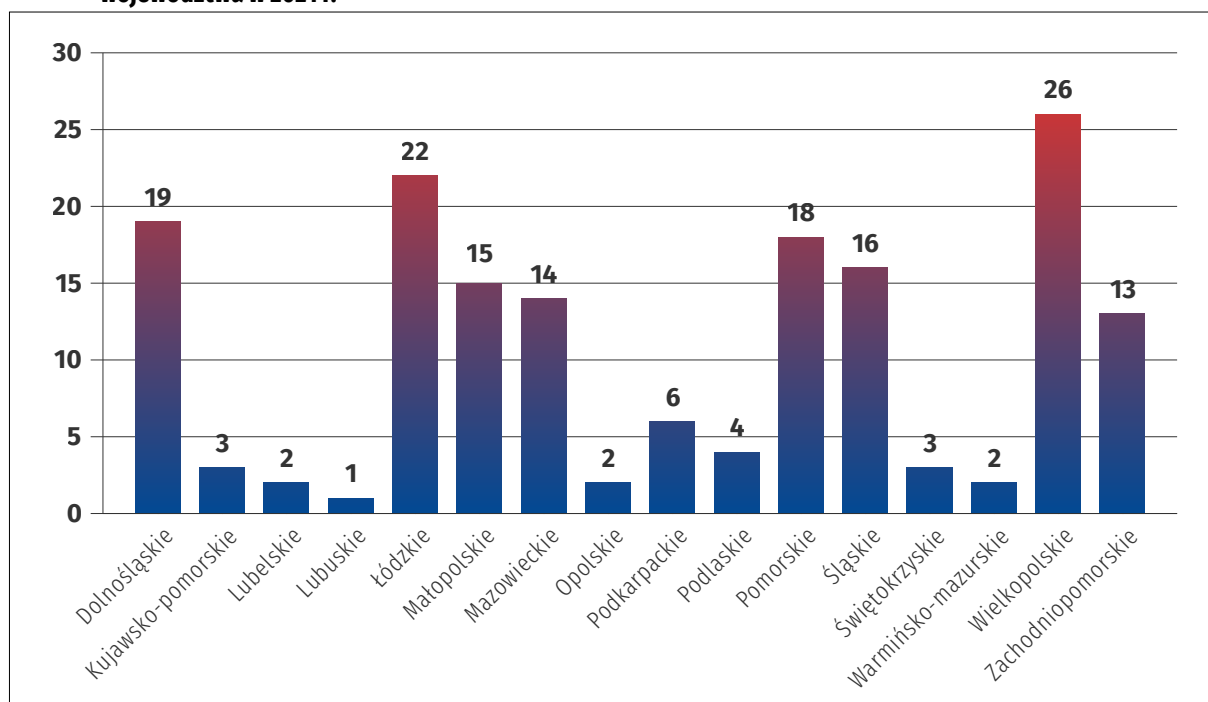
W celu monitorowania przestrzegania zasad dobrej praktyki produkcji produktów kosmetycznych ustawą z dnia 4 października 2018 r. o produktach kosmetycznych wprowadziła obowiązek rejestracji zakładów, w których są wytwarzane lub konfekcjonowane produkty kosmetyczne. Od czasu wprowadzenia rejestracji zakładów wytwórczych odnotowano wzrost liczby zarejestrowanych przedsiębiorstw wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne – z ok. **300** w 2019 r., do **569** w roku 2021.

Wyk. 94 Liczba zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne wg województwa w 2021 r.



W 2021 r. przeprowadzono kontrole w **166** zakładach wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne, **19** zakładach wytwarzających produkty kosmetyczne oraz **26** zakładach konfekcjonujących produkty kosmetyczne. Z zakładów ocenionych w zakresie warunków wytwarzania produktów kosmetycznych tylko **3** zostały uznane za niespełniające wymagań.

Wyk. 95 Liczba skontrolowanych zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne wg województwa w 2021 r.



Przepisami ustawy o produktach kosmetycznych został powołany System Informowania o Ciężkich Działaniach Niepożądanych Spowodowanych Użyciem Produktów Kosmetycznych, który jest prowadzony przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi. W 2021 r. do ośrodka administrującego Systemem wpłynęło **9** zgłoszeń (w roku 2019 było to **13** zgłoszeń, w 2020 – **12**). Większość z nich – **6** przypadków została zgłoszona przez osobę odpowiedzialną (w 1 zdarzeniu jednocześnie przez dystrybutora), **3** sprawy zostały przekazane przez użytkownika końcowego (w 1 zdarzeniu jednocześnie przez osobę odpowiedzialną). Zgłoszenia obejmowały następujące rodzaje produktów kosmetycznych:

- ◆ środki do farbowania włosów, rozjaśniacze, szampony koloryzujące – **2**,
- ◆ środki do pielęgnacji skóry, krem do twarzy, maseczka na twarz – **4**,
- ◆ środki do higieny ciała, żel pod prysznic, antyperspirant – **2**,
- ◆ środki do pielęgnacji skóry, krem do stóp – **1**.

Należy podkreślić, że wystąpienie ciężkiego działania niepożądanego nie oznacza niezgodności produktu kosmetycznego z wymaganiami. Działanie takie jest indywidualną reakcją organizmu użytkownika związaną z jego osobistą wrażliwością i własnymi odczuciami, dlatego bardzo istotny jest wnikliwy proces weryfikacji i fachowa analiza przypadku przez zespół ekspertów w dziedzinie alergologii, dermatologii jak również toksykologii. Weryfikacja zgłoszeń przestanych przez użytkowników końcowych wykazała, że w **2** przypadkach nie potwierdzono związku przyczynowo skutkowego wskazującego, że zastosowanie produktu kosmetycznego było powodem zgłoszonych objawów.



5. Prekursory narkotyków kat. 2 i 3

Prekursory narkotyków to substancje chemiczne, które mogą być wykorzystywane do nielegalnego wytwarzania środków odurzających i substancji psychotropowych.

Nadzór nad obrotem prekursorami narkotyków kat. 2 i 3 sprawowany jest poprzez kontrolę przepisów:

- ◆ ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ◆ rozporządzenia (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lutego 2004 r. w sprawie prekursorów narkotykowych,
- ◆ rozporządzenia Rady (WE) nr 111/2005 z dnia 22 grudnia 2004 r. określające zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Wspólnotą a państwami trzecimi,
- ◆ rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2015/1013 z dnia 25 czerwca 2015 r. ustanawiające przepisy dotyczące rozporządzenia (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie prekursorów narkotykowych i rozporządzenia Rady (WE) nr 111/2005 określającego zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Unią a państwami trzecimi,
- ◆ rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2015/1011 z dnia 24 kwietnia 2015 r. uzupełniające rozporządzenie (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie prekursorów narkotykowych i rozporządzenie Rady (WE) nr 111/2005 określające zasady nadzorowania handlu prekursorami narkotyków pomiędzy Unią a państwami trzecimi oraz uchylającym rozporządzenie Komisji (WE) nr 1277/2005,
- ◆ rozporządzenia Delegowanego Komisji (UE) 2020/1737 z dnia 14 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 273/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady oraz rozporządzenie Rady (WE) nr 111/2005 w odniesieniu do włączenia niektórych prekursorów narkotyków do wykazu substancji sklasyfikowanych.

Prekursory narkotyków zostały podzielone na cztery kategorie w zależności od wielkości ryzyka związanego z wytworzeniem z nich substancji psychoaktywnej. Inspekcja Sanitarna sprawuje kontrolę nad obrotem substancji sklasyfikowanych do kategorii 2 i 3. Do **kategorii 2** należą: bezwodnik octowy, czerwony fosfor, kwas fenylooctowy, kwas antranilowy, piperydyna i nadmanganian potasu, przy czym bezwodnik octowy oraz czerwony fosfor należą do podkategorii 2A, a pozostałe do podkategorii 2B. Do **kategorii 3** należą: kwas chlorowodorowy, kwas siarkowy, toluen, eter etylu, aceton i keton metylowo-etylowy.

Od 13 stycznia 2021 r. w Polsce obowiązują przepisy regulowane rozporządzeniem delegowanym Komisji (UE) 2020/1737 z dnia 14 lipca 2020 r. wprowadzające **czerwony fosfor** do prekursorów narkotyków kategorii 2, podkategorii 2A.

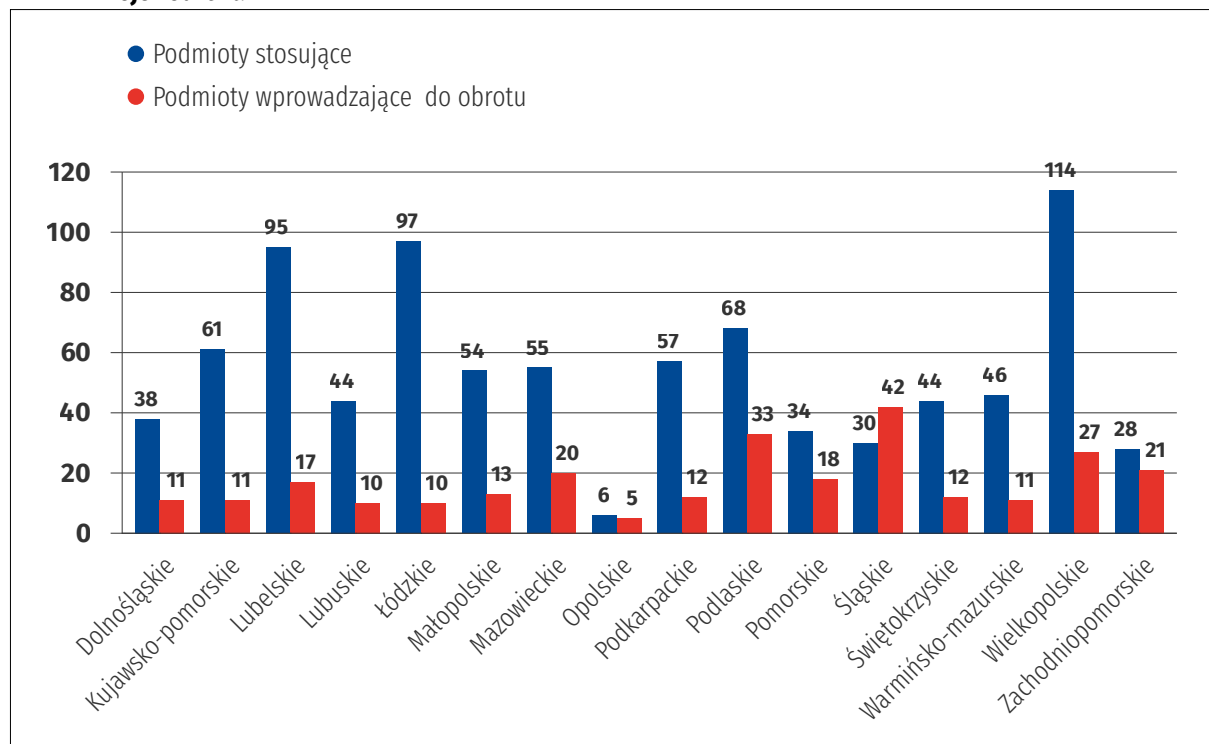


Zgodnie z art. 44 ust. ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii nadzór nad prekursorami kat. 2 i 3 sprawuje państwowy powiatowy inspektor sanitarny właściwy ze względu na siedzibę wytwórcy, importera lub innego podmiotu wprowadzającego do obrotu – poprzez:

- ◆ kontrolę realizacji obowiązków nałożonych na producenta, importera lub inny podmiot wprowadzający do obrotu wynikających z ustawy, rozporządzenia 273/2004 i rozporządzenia 111/2005,
- ◆ wydawanie pozwoleń – na zasadach i w trybie określonych w przepisach o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, rozporządzenia 273/2004 i rozporządzenia 111/2005.

Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru nad prekursorami narkotyków kategorii 2 i 3 przeprowadziły **1 140** kontroli, w tym skontrolowano **273** podmioty, wprowadzające do obrotu prekursorów narkotyków kategorii 2 i 3 a także **871** podmiotów stosujących te substancje w działalności gospodarczej.

Wyk. 96 Liczba przeprowadzonych kontroli w zakresie prekursorów narkotyków w 2021 r z podziałem na województwa

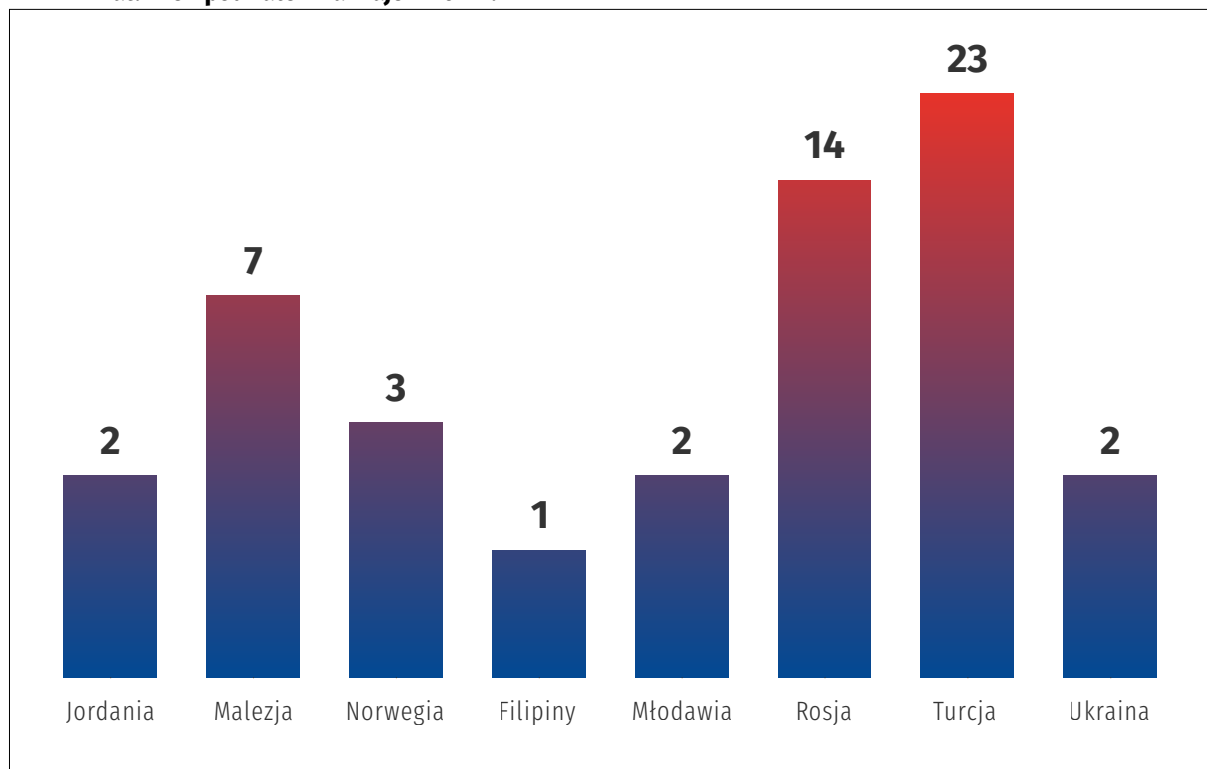


Liczba kontroli podczas których stwierdzono naruszenia przepisów w zakresie prekursorów narkotyków wyniosła **12**.

Zgodnie z art. 44 ust. 3 wspomnianej ustawy organem właściwym do występowania do krajów trzecich z powiadomieniem przed wywozem w zakresie prekursorów kat. 2 i 3, o którym mowa w art. 11 ust. 1 i 2 rozporządzenia 111/2005, jest Główny Inspektor Sanitarny. W tym celu wykorzystuje się europejski system powiadomień przed wywozem (PEN Online) oraz formularz powiadomienia o ruchu substancji chemicznych (ang. Multilateral Chemical Reporting Notification – MCRN).

W 2021 r. Główny Inspektorat Sanitarny wystąpił do 9 krajów trzecich z 60 powiadomieniami przed wywozem w zakresie prekursorów kat. 2 i 3.

Wyk. 97 Ilość wystanych powiadomień w systemie PEN-Online przed wywozem prekursorów kat. 2 i 3 z podziałem na kraje w 2021 r.



6. Środki zastępcze i nowe substancje psychoaktywne

Główny Inspektor Sanitarny wraz z państwowymi inspektorami sanitarnymi realizuje zadania z zakresu nadzoru sanitarnego dot. kontroli przestrzegania przepisów zakazu wytwarzania i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środków zastępczych (ŚZ) lub nowych substancji psychoaktywnych (NSP) w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 ze zm.).

Zgodnie z ww. ustawą **nowa substancja psychoaktywna (NSP)** oznacza każdą substancję lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu działającą na ośrodkowy układ nerwowy, inną niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzającą zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych zagrożenie dla zdrowia lub zagrożenie społeczne porównywalne do zagrożeń stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określoną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych.

Środek zastępczy (ŚZ) to produkt zawierający substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, którego wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych.

Spośród działań jakie podejmowała Państwowa Inspekcja Sanitarna w 2021 r. należy wymienić: monitorowanie rynku środków zastępczych, dokonywanie oceny ryzyka substancji psychoaktywnej, podejmowanie działań zapobiegawczych poprzez inicjowanie kontroli w stacjonarnych punktach sprzedaży w przypadku uzasadnionego podejrzenia wytwarzania lub wprowadzania do obrotu środków zastępczych, monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie zatruc i zgonów, ostrzeganie przed niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia ze strony środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych.

Główny Inspektor Sanitarny w ramach powierzonych zadań kieruje także pracami *Zespołu ds. oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych*, który ocenia potencjalne zagrożenia dla zdrowia lub życia ludzi oraz możliwości powodowania szkód społecznych, wynikających z używania substancji, co do których istnieje podejrzenie, że działają na ośrodkowy układ nerwowy. Zespół rekomenduje umieszczanie niebezpiecznych substancji w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w *sprawie wykazu nowych substancji psychotropowych, środków odurzających oraz substancji psychoaktywnych*.

Główny Inspektor Sanitarny w dniu 20 grudnia 2021 r. zaktualizował Porozumienie z Prezesem Biura do spraw Substancji Chemicznych w zakresie wymiany istotnych informacji dla skutecznego przeciwdziałania



wytwarzaniu, przetwarzaniu, przerabianiu, przewozowi, wywozowi, wewnątrzwspólnotowej dostawie lub wewnątrzwspólnotowemu nabyciu oraz wprowadzaniu do obrotu nowych substancji psychoaktywnych.

Monitorowanie rynku pod kątem pojawienia się nowych substancji o działaniu psychoaktywnym a także pozyskiwanie informacji o środkach zastępczych i nowych substancjach psychoaktywnych pojawiających się nie tylko na terenie Polski, ale także całej Unii Europejskiej i świata, odbywa się także poprzez m.in.: udział w sesjach Komisji Środków Odurzających (CND), pozyskiwanie informacji z Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) przekazywanych przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom czy współpracę z innymi organami zaangażowanymi w działania w obszarze środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych, takimi jak Policja czy Krajowa Administracja Skarbowa.

6.1. Podejrzenie wystąpienia zatrucia albo zgonu środkami zastępczymi (ŚZ) lub nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP)

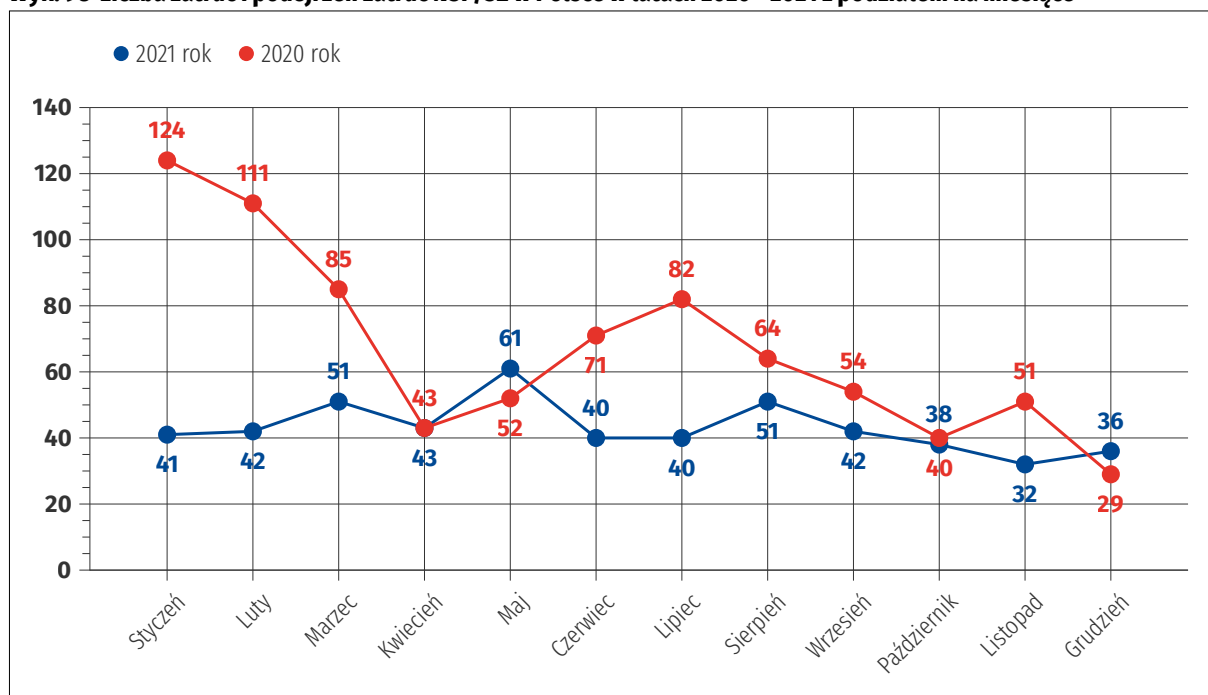
W celu ograniczania zagrożeń, jakie mogą powodować środki zastępcze oraz nowe substancje psychoaktywne, Główny Inspektor Sanitarny prowadzi rejestr zatruć. Obowiązki związane z procedurą zgłaszania zatruć określone zostały w art. 30a ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Zgodnie z § 1 pkt 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2014 r. w sprawie systemów wymiany informacji w zakresie dotyczącym zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U z 2014 r. poz. 1474 z późn. zm.), rejestr prowadzony jest w formie elektronicznej jako System Monitorowania Informacji o Środkach Zastępczych i Nowych Substancjach Psychoaktywnych (SMIOD).

Podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz podmioty przeprowadzające badanie pośmiertne zgłaszają państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, właściwemu ze względu na siedzibę tego podmiotu, wystąpienie zatrucia środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną albo podejrzenie wystąpienia takiego zatrucia albo zgonu, którego przyczyną mogło być albo było zatrucie środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną.

Zgłoszone dane gromadzone są w SMIOD i służą do sporządzenia corocznego Raportu Głównego Inspektora Sanitarnego *dotyczącego zatruć środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną w Polsce*. Raport za okres od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r., znajduje się pod adresem: <https://www.gov.pl/web/gis/informacja-w-zakresie-art-30a-ust-6-ustawy-z-dnia-29-lipca-2005r-o-przeciwdzialaniu-narkomanii>.

W 2021 r. zostało zgłoszonych **517** przypadków interwencji medycznych (IMed), zakwalifikowanych jako podejrzenie zatrucia lub zatrucie nowymi substancjami psychoaktywnymi i środkami zastępczymi. Na podstawie powyższych danych wskazano, że największa liczba zgłoszeń pochodziła z województwa łódzkiego (**187**), wielkopolskiego (**109**) i śląskiego (**45**). Najmniejsza liczba zgłoszonych IMed wpłynęła z województwa podkarpackiego (**1**), opolskiego (**1**) oraz województwa warmińsko-mazurskiego (**1**).

Wyk. 98 Liczba zatruć i podejrzeń zatruć NSP/ŚZ w Polsce w latach 2020 - 2021 z podziałem na miesiące

Średnia miesięczna liczba IMed dotycząca przypadków zatruć i podejrzeń zatruć NSP/ŚZ w 2021 r. wynosiła **43**. Największą liczbę zgłoszeń odnotowano w następujących miesiącach: marzec (**51**), maj (**61**) i sierpień (**51**). W pozostałych miesiącach roku liczba zgłoszeń nie przekraczała pięćdziesięciu wskazań, przy czym w grudniu liczba ta wyniosła **36**.

W 2021 r., wśród **517** przypadków zgłoszeń IMed, **425** zgłoszeń dotyczyło mężczyzn (82,2%), **91** kobiet (17,6%), a w jednym przypadku płci nie ustalono (0,2%).

W grupie wiekowej do 18 r.ż. zarejestrowanych zostało łącznie **37** IMed, co stanowiło 7,16% wszystkich zgłoszeń w 2021 r. W populacji dzieci i młodzieży największa liczba zgłoszeń dotyczyła osób z grupy wiekowej 16 – 18 lat (**30**), 13 – 15 lat (**5**), a najmniejsza z grupy 0 – 6 lat (**1**). Z kolei w grupie wiekowej powyżej 18 r.ż. liczba zgłoszonych IMed była ponad 13-krotnie większa od liczby interwencji wśród pacjentów do 18 r.ż. i wynosiła **478** (92,5%). W grupie osób pełnoletnich największa liczba zgłoszeń dotyczyła grupy wiekowej 30 – 39 lat (**193**), 19 – 24 lata (**134**) i grupy 25 – 29 lat (**92**). W grupie 40 i więcej lat zarejestrowano **59** zgłoszeń. W **2** (1%) przypadkach nie został ustalony wiek pacjenta.

W obliczeniach wskaźników (na 100 tys. mieszkańców) liczba mieszkańców określona została na podstawie danych GUS według stanu ludności na dzień 30 czerwca 2021 r. Wskaźnik IMed w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców dla całego kraju w 2021 r. wyniósł **1,35**. Dla województwa łódzkiego wskaźnik wyniósł **7,71**, wielkopolskiego **3,12** i zachodniopomorskiego **2,02**. W pozostałych trzynastu województwach, wskaźnik IMed na 100 tys. mieszkańców kształtował się poniżej średniego parametru w skali kraju. Najniższe wskazania dotyczyły województwa: podkarpackiego (**0,05**), warmińsko-mazurskiego (**0,07**) oraz opolskiego (**0,10**).

Tab. 43 Wskaźnik zatruc NSP/ŚZ na 100 tys. mieszkańców według grup wiekowych w 2021 r.

Wiek	Grupa wiekowa	Przedział wiekowy	Liczba zgłoszeń
do 18 r.ż.	1	0 – 6 lat	1
	2	7 – 12 lat	1
	3	13 – 15 lat	5
	4	16 – 18 lat	30
Razem do 18 r.ż.			37
powyżej 18 r.ż.	5	19 – 24 lata	134
	6	25 – 29 lat	92
	7	30 – 39 lat	193
	8	40 i więcej lat	59
Razem powyżej 18 r.ż.			478
wiek nieznan	9		2
RAZEM			517

Poza zbieraniem danych dotyczących zatruc Główny Inspektor Sanitarny zbiera również informacje o zgonach spowodowanych zażyciem środków zastępczych i/lub nowych substancji psychoaktywnych. Przypadki zgłoszone do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej są weryfikowane i poddawane analizie. Zgodnie ze zgromadzonymi danymi w SMIOD w 2021 r. odnotowano **11** przypadków zgonów po zażyciu substancji działających na ośrodkowy układ nerwowy, w tym **1** przypadek dotyczył środka zastępczego, **2** przypadki dotyczyły zgonu z udziałem nowych substancji psychoaktywnych (z udziałem 1 substancji oraz w połączeniu).

W 2021 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2021 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych* (Dz. U. z 2021 r. poz. 406, 518), które objęło w postaci ogólnego wzoru strukturalnego kolejną ważną grupę nowych substancji psychoaktywnych tj. pochodne tryptaminy – grupa VI-NPS. Uwzględnienie tryptamin sprawia, że zdelegalizowany zostały szereg nowych pochodnych np. LSD, które nie są obecne na rynku, ale mogą pojawić się jako modyfikacje tej substancji.

6.2. Ograniczenie obrotu i dostępności środków zastępczych. Działania kontrolne.

Dzięki kolejnym nowelizacjom ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu narkomanii* oraz działaniom PIS przy wsparciu Policji, nastąpiła całkowita likwidacja stacjonarnych punktów sprzedaży środków zastępczych tzw. dopalaczy. Ponadto dzięki kolejnym nowelizacjom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. *w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych* większość środków zastępczych została wyregulowa-



na, w związku z czym wszelkie nielegalne działania związane z m.in. wytwarzaniem, przetwarzaniem, wprowadzaniem do obrotu czy udzielaniem osobie trzeciej podlegają przepisom karnym i działaniom Policji. W 2021 r. pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) przeprowadzili **9** kontroli punktów działalności gospodarczej przedsiębiorców, u których zachodziło podejrzenie wprowadzania do obrotu środków zastępczych. W następstwie działań państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych (PPIS) wydano **9** decyzji z art. 44c ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, tj. *w przypadku stwierdzenia wytwarzania lub wprowadzania do obrotu produktu, co do którego zachodzi uzasadnione podejrzenie, że jest on środkiem zastępczym, właściwy ze względu na miejsce wytwarzania lub wprowadzania do obrotu państwowy inspektor sanitarny nakazuje, w drodze decyzji, wstrzymanie wytwarzania tego produktu lub wycofanie go z obrotu, na czas niezbędny do przeprowadzenia badań mających na celu ustalenie, czy jest on środkiem zastępczym, nie dłuższy jednak niż 18 miesięcy.* Zabezpieczono **284** opakowania produktów o łącznej wadzie **257,79 g**. Do badań laboratoryjnych pobrano **19 próbek**. W ramach prowadzonych postępowań nałożono kary pieniężne o łącznej wartości **325 000 zł** na podmioty wytwarzające lub wprowadzające do obrotu środki zastępcze. Bezpośrednio, w toku prowadzonych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych postępowań udało się wyegzekwować **373 479,92 zł** tytułem nałożonych kar pieniężnych. Pozostała część kar została skierowana do postępowania egzekucyjnego prowadzonego przez organy skarbowe. Organy PIS złożyły **55** zawiadomień o możliwości popełnienia przestępstwa związanych z procederem wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych, a także związanych z bezpośrednim narażeniem życia lub zdrowia ludzi.

Spadek liczby zatruc/podejrzeń zatruc środkami zastępczymi może wynikać z nieopłacalności tworzenia kolejnych nowych modyfikacji istniejących substancji psychoaktywnych, których działanie psychoaktywne może znacząco różnić się od substancji macierzystej, ponadto poprzez istniejące przepisy prawne są one często zdelegalizowane jeszcze przed pojawieniem się na rynku.

6.3. Prace Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych w ograniczaniu dostępności do środków zastępczych

Substancje o potencjalnym działaniu psychoaktywnym poddawane są ocenie przez powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych i w uzasadnionych przypadkach, zgodnie z rekomendacją Zespołu, uwzględniane w odpowiednim wykazie stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 406 z późn. zm.). Zespołowi działającemu nieprzerwanie od dnia 15 lipca 2015 r. przewodniczy Główny Inspektor Sanitarny. Ten organ opiniodawczo-doradczy na bieżąco dokonuje oceny ryzyka zdrowotnego i społecznego wybranych substancji psychoaktywnych. Zespół specjalistów z dziedzin takich jak farmakologia, toksykologia, chemia, prawo i nauki społeczne ocenia substancje pod względem

dostępności, potencjału rozpowszechniania, szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem nowej substancji wynikających z jej toksyczności ostrej lub przewlekłej oraz ryzykiem jej nadużywania lub właściwościami uzależniającymi. Na podstawie przeprowadzanej oceny Zespół rekomenduje Ministrowi Zdrowia umieszczenie niebezpiecznych substancji w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych.

W efekcie prac Zespołu w dniu 6 kwietnia 2021 r. weszła w życie nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 518). Akt włączył do wykazu nowych substancji psychoaktywnych piętnaście nowych substancji psychoaktywnych oraz ogólny wzór strukturalny dla pochodnych tryptaminy, zarekomendowanych przez Zespół dziewięcioma uchwałami podjętymi w latach 2019-2020. W rozporządzeniu w stosunku do jedenastu substancji wykonano również międzynarodowe decyzje wynikające z 63-tej Sesji Komisji ds. Środków Odurzających (Commission on Narcotic Drugs – CND) dla substancji: AB-FUBINACA – decyzja nr 63/5, 5F-AMB – decyzja nr 63/6, 5F-MDMB-PICA – decyzja nr 63/7, 4F-MDMB-BINACA – decyzja nr 63/8, 4-CMC – decyzja nr 63/9, HEX-EN – decyzja nr 63/10, alfa-PHP – decyzja nr 63/11, FLUALPRAZOLAM – decyzja nr 63/12, ETIZOLAM – decyzja nr 63/13, KROTONYLOFENTANYL – decyzja nr 63/2 oraz WALERYLOFENTANYL – decyzja nr 63/3. Do rozporządzenia włączono dodatkowo substancję izotonitazen na mocy dyrektywy delegowanej Komisji (UE) 2020/1687 z dnia 2 września 2020 r. zmieniającej załącznik do decyzji ramowej Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 r. ustanawiającej minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami (Dz. Urz. UE L335 z 11.11.2004, str. 8).

Ponadto w 2021 r. Zespół podjął trzy uchwały obejmujące pięć substancji, przygotowano projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych, który włączył do załącznika 3 dwie substancje 3-OH-PCP oraz 1cP-LSD zarekomendowane przez Zespół. Dodatkowo w nowelizacji ww. rozporządzenia uwzględniono zmiany wynikające z Konwencji Narodów Zjednoczonych oraz dyrektywy delegowanej Komisji. Regulacja weszła w życie w dniu 19 lutego 2022 r. Uchwała nr 3 jest w fazie procedowania i zostanie uwzględniona przy najbliższej nowelizacji.

Tab. 44 Działania Zespołu zrealizowane w 2021 r.

Data posiedzenia Zespołu	Nr podjętej uchwały	Zarekomendowane substancje
7 czerwca 2021	1/2021	3-OH-PCP (3-hydroksyfencyklidyna)
	2/2021	1cP-LSD (dietyloamid kwasu 1-cyklopropionilo-d-lizergowego)
4 listopada 2021	3/2021	3D-MXE (deoksymetoksetamina)
		MXiPr (metoksizopropamina)
		MXPr (metokspropamina)

Przyjęte nowelizacje rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych przyczyniły się do objęcia odpowiedzialnością karną większej ilości substancji, a w konsekwencji do ograniczenia ich dostępności.



PROGRAMY EDUKACYJNE



1. Program antytytoniowej edukacji zdrowotnej pt. „Bieg po zdrowie”, adresowany do uczniów IV klas szkół podstawowych

„Bieg po zdrowie” jest programem antytytoniowej edukacji zdrowotnej, opracowanym przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z psychologami. W roku szkolnym 2020/2021 zrealizowana została V edycja programu. Przystąpiło do niej 20% szkół podstawowych, a odsetek klas IV biorących udział w programie wyniósł 18%. Ta edycja objęła swoim zasięgiem 51 769 uczniów klas IV. Materiały edukacyjne przygotowane w ramach projektu można wykorzystywać zarówno podczas tradycyjnych lekcji, jak również nauki zdalnej. Pomogło to przezwyciężyć trudności w realizacji programu wynikające z sytuacji epidemicznej w kraju i utrzymującego się stanu epidemii SARS-CoV2.

W 558 klasach (28% realizujących klas) program został rozszerzony o dodatkowe działania wzmacniające jego przekaz, takie jak m.in.: pogadanki na lekcjach przedmiotowych, prezentacje multimedialne na temat wpływu palenia na zdrowie, tworzenie gazetek tematycznych, wystawy plakatów, konkursy plastyczne, prezentacje filmów edukacyjnych o tematyce antytytoniowej, udział w zajęciach sportowo-edukacyjnych w małych grupach, tworzenie komiksów a także biegi oraz zawody sportowe. Zorganizowano także obchody Światowych Dni związanych z tematyką tytoniową: „Światowy Dzień bez Tytoniu” oraz „Światowy Dzień Rzucania Palenia”.

Zgodnie z założeniami programu „Bieg po zdrowie” odnotowano także aktywny udział i zaangażowanie rodziców/opiekunów dzieci – 32 212 rodziców/opiekunów brało czynny udział w realizacji programu oraz uczestniczyło w spotkaniach edukacyjnych.



2. Program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”

W roku szkolnym 2020/2021 w ramach Projektu KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy została zrealizowana VIII edycja programu edukacyjnego pt. „ARS, czyli jak dbać o miłość?”

Zasadniczym celem programu jest ograniczenie niekorzystnych następstw zdrowotnych i społecznych używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Program „ARS, czyli jak dbać o miłość?” podchodzi do tego zagadnienia w sposób innowacyjny. Nie skupia się na typowym przekazie dotyczącym negatywnych skutków korzystania z używek, ale wskazuje, jak nadużywanie substancji psychoaktywnych może negatywnie wpływać na wartości uznawane przez młodych ludzi za ważne w życiu. Jego oryginalnym założeniem jest otwarte i konsekwentne odwołanie się do najbardziej cenionej wartości, jaką jest miłość.

Ze względu na wynikające z sytuacji epidemiologicznej ograniczenia w prowadzeniu zajęć dydaktycznych w formie stacjonarnej, wiele placówek uczestniczyło w programie tylko częściowo.

Do realizacji programu przystąpiło łącznie 1 239 szkół ponadpodstawowych (23%), przy czym udział poszczególnych typów szkół kształtował się następująco: technika – 39%, licea – 36%, szkoły branżowe – 21%. W 998 placówkach realizowano program po raz ósmy, biorąc udział w każdej z dotychczas zrealizowanych edycji. Działaniami programowymi w VIII edycji objęto ogółem 102 603 uczniów szkół ponadpodstawowych. W tej edycji programu udział wzięło 18 038 rodziców.





**KOMUNIKACJA SPOŁECZNA
JAKO PROMOCJA ZDROWIA**

Główny Inspektorat Sanitarny prowadzi działania komunikacyjne m.in. poprzez stronę internetową w serwisie gov.pl oraz media społecznościowe. Swoje konta posiada w serwisach Facebook, Twitter oraz Instagram.

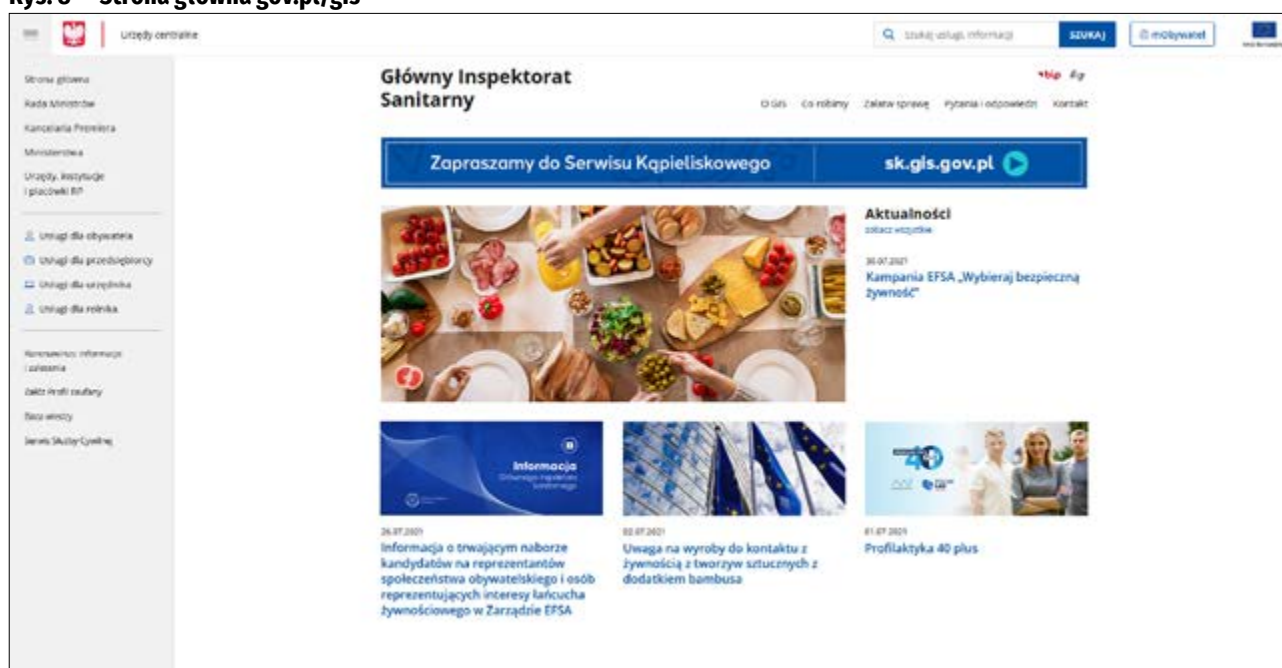
Korzystanie z wielu kanałów komunikacji zapewnia dotarcie do różnych grup odbiorców. Dzięki temu informacje o zdrowiu publicznym i potencjalnych zagrożeniach docierają zarówno do profesjonalistów, jak i do ogółu społeczeństwa. Każdy z kanałów internetowych ma odrębną specyfikę. Najistotniejsze informacje publikowane są zawsze w witrynie internetowej, dodatkowo zamieszczane są w serwisach społecznościowych.

Główny Inspektorat Sanitarny prowadzi swoją stronę internetową w rządowym serwisie gov.pl pod adresem gov.pl/gis. Umieszczane są na niej najważniejsze informacje dotyczące zdrowia publicznego, ostrzeżenia publiczne oraz aktualności związane z pracą urzędu i Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Znajdują się na niej również dane teleadresowe organów inspekcji sanitarnej oraz informacje dotyczące GIS, podlegające publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej (oferty pracy, ogłoszenia o zamówieniach publicznych itp.). Swoje strony w rządowym serwisie mają także wszystkie wojewódzkie, powiatowe i graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne. Jednolity i profesjonalny wygląd stron ułatwia klientom odnalezienie poszukiwanych rzetelnych informacji.

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia na stronie internetowej GIS opublikowano:

- ◆ 285 raportów epidemiologicznych
- ◆ Komunikaty dla podróżujących
- ◆ Informacje dotyczące działania PIS – artykuły, zalecenia, wytyczne, wyjaśnienia i informacje

Rys. 8 Strona główna gov.pl/gis



Ważnym elementem były też publikacje w ramach Systemu Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszczach (RASFF). W roku 2021 publikowano ich łącznie 100. Każde ostrzeżenie zamieszczane było równolegle na stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych.

Treści w **mediach społecznościowych** przygotowywano na podstawie kalendarza zdrowia publicznego, a także w oparciu o potrzeby zdrowotne społeczeństwa oraz w odpowiedzi na pojawiające się nowe zagrożenia dla zdrowia publicznego. Wpisy dotyczyły m.in.:

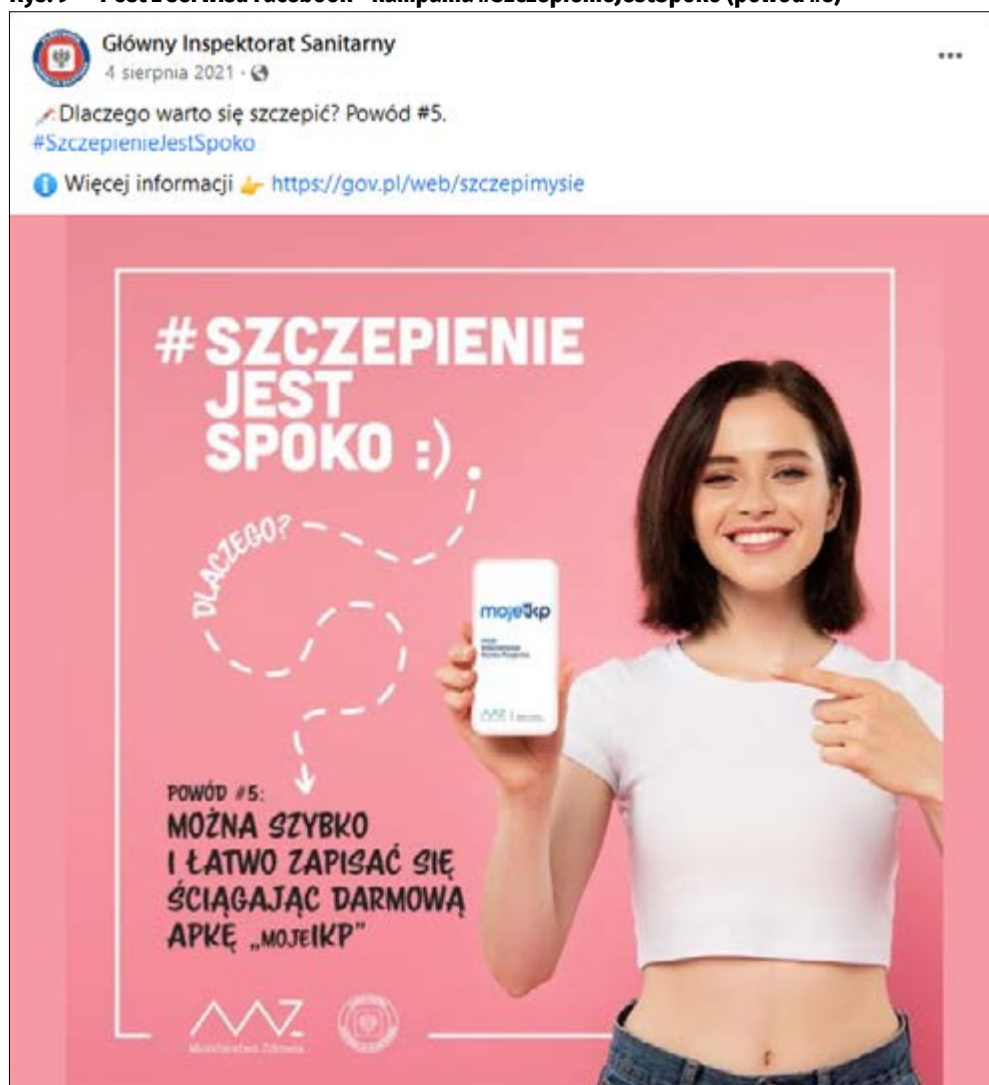
- ◆ epidemii COVID-19, w tym zasad bezpieczeństwa i promocji szczepień;
- ◆ bezpiecznego wypoczynku zimowego i letniego, w tym zasad higieny;
- ◆ wdrożenia systemu SEPIS;
- ◆ bezpieczeństwa żywności (znakowanie, prawidłowe przechowywanie);
- ◆ profilaktyce palenia tytoniu;
- ◆ zdrowego stylu życia (np. kampania #ZdroweŚwięta);
- ◆ budowania odporności dzieci;
- ◆ wydarzeń z zakresu zdrowia publicznego np.: Europejski Tydzień Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, Międzynarodowy Dzień Walki z Rakiem, Światowy Dzień Zdrowia, Międzynarodowy Dzień Rodziny, Światowy Dzień Nadciśnienia Tętniczego, Międzynarodowy Dzień Pamięci o Zmarłych na AIDS, Światowy Dzień Walki z Nowotworami Krwi, Światowy Dzień Ochrony Środowiska, Światowy Dzień Krwiodawcy, Światowy Dzień Chorych na Osteoporozę, Międzynarodowy Dzień Zapobiegania Narkomanii, Dzień bez Telefonu Komórkowego, Światowy Tydzień Karmienia Piersią, Światowy Dzień FAS, Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom, Europejski Dzień Prostaty, Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta, Światowy Dzień Monitoringu Wody, Światowy Dzień Choroby Alzheimerera, Światowy Dzień Serca, Światowy Dzień Mycia Rąk, Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach, Światowy Dzień Rzucania Palenia, Europejski Tydzień Testowania w kierunku HIV, Dni Honorowego Krwiodawstwa, Światowy Dzień AIDS, Światowy Dzień Mózgu itp.;
- ◆ szczepień ochronnych;
- ◆ bezpieczeństwa żywności.

Konto prowadzone w serwisie **Facebook** umożliwiło w 2021 r. dotarcie do ponad 3 000 000 odbiorców (wzrost o 2,7% w porównaniu z rokiem 2020), zyskując 151 423 polubienia. Wśród odbiorców prezentowanych treści przeważały kobiety (79,4%).

Treści publikowane w tym kanale dotyczyły kwestii epidemicznych, ale także promocji zdrowia oraz ostrzeżeń publicznych. Do największej liczby odbiorców trafił post ostrzegający przed fałszywymi smsami dotyczącymi kwarantanny, które przekierowywały na fałszywą stronę wyłudającą dane osobowe. Dotarł on do 1 140 672 odbiorców, zyskując 3 101 polubień, 907 komentarzy i 7325 udostępnień. Bardzo duże zasięgi zanotowały także wpisy dotyczące szczepień oraz porady w zakresie zdrowego spędzania świąt i wakacji.

- ◆ Ostrzeżenie przed fałszywymi smsami
<https://www.facebook.com/GISgovpl/posts/pfbid02b58xna3GHKJxbQK67EF918QrAKWYCUQBa62Udvo-utMB4DZUw78sbLnt8atWe8jhAl>
- ◆ Post Kampanii #SzczepienieJestSpoko (powód #5)
<https://www.facebook.com/GISgovpl/posts/pfbid037C4c8SnCUm11Dbg81E1nGfruWrKEBQz9J8i839BprB-NnG3ArbnzmZqkEGUerHDPdl>
- ◆ Kampania #ZdroweŚwięta – post z największymi zasięgami
<https://www.facebook.com/GISgovpl/posts/pfbid02nvizvZrKl4AQfSHBTq1AFwCqshRffmAGjDQvBmhL-WG3LzC16FGT52MvtRCf3QXEjL>

Rys. 9 Post z serwisu Facebook - kampania #SzczepienieJestSpoko (powód #5)



GIS jest aktywny również w serwisie **Twitter**, gdzie na koniec roku 2021 odnotowano 121 610 użytkowników. Treści zamieszczane w tym kanale są zazwyczaj krótsze i dotyczą kluczowych kwestii, takich jak informacje epidemiczne i ostrzeżenia, a także istotne wydarzenia z dotyczące działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Największe zasięgi w 2021 r. zanotowały treści dotyczące profilaktyki i zdrowego stylu życia, szczepień oraz ostrzeżenia przed zagrożeniami. Docierały średnio do kilkuset tysięcy odbiorców.

- ◆ Ostrzeżenia przed fałszywymi smsami 212 162
https://twitter.com/GIS_gov/status/1441097182317191177
- ◆ Profilaktyka zdrowia kobiet (8 marca) 152 659
https://twitter.com/GIS_gov/status/1368930302610014208
- ◆ Kampanii #SzczepienieJestSpoko – najlepszy post (powód #5) 134 326
https://twitter.com/GIS_gov/status/1422906361449533445

Rys. 10 Post z serwisu Twitter - Profilaktyka zdrowia kobiet (8 marca)

Główny Inspektorat Sanitarny @GIS_gov

Przez cały rok dbajmy o swoje zdrowie, pamiętając jak ważna jest profilaktyka.

8 marca | Międzynarodowy Dzień Kobiet
Zdrowie nie tylko od święta!

profilaktyka raka piersi

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet

- do 30 r.ż. – każda kobieta powinna wykonać USG piersi (szczególnie po zakończeniu karmienia piersią)
- 45 lat i więcej – rób mammografię co najmniej raz na 2 lata
- 50 lat i więcej – rób mammografię raz w roku

profilaktyka raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy jest obecnie trzecim pod względem częstości zachorowań nowotworem u kobiet na świecie

- pierwszą cytologię należy wykonać przed ukończeniem 25 roku życia lub zaraz po rozpoczęciu współżycia
- cytologię należy robić min. co 3 lata

Ministerstwo Zdrowia

Treści związane ze zdrowiem publicznym zamieszczane są także w serwisie **Instagram**. Obserwowany jest przez blisko 35 000 odbiorców, wśród których zdecydowana większość (ponad 96%) to kobiety w wieku 25-35 lat. Treści publikowane na Instagramie dotyczą prawie w całości zagadnień z zakresu promocji zdrowia.

Najpopularniejsze wpisy w serwisie Instagram w 2021 r. dotyczyły objawów grypy oraz wszawicy. Bardzo dużymi zasięgami charakteryzowały się także posty związane ze zwalczaniem pandemii COVID-19.

- ◆ Post dotyczący objawów grypy (zasięg 22,9 tys.)
<https://www.instagram.com/p/CVfDj8SLKz-/>
- ◆ Post dot. wszawicy (zasięg 20,4 tys.)
<https://www.instagram.com/p/CUrywJ9Loiv/>

Rys. 11 Post z serwisu Instagram dotyczący objawów grypy





Spis wykresów, tabel i rysunków

Wykresy

Wyk. 1	Odsetek zakładów na rynku spożywczym ujętych w rejestrach PIS w 2021 r. wg rodzaju działalności	10
Wyk. 2	Struktura procentowa działalności związanych z produkcją rolniczą ujętych w rejestrach PIS w 2021 r.	11
Wyk. 3	Liczba zakładów/obiektów z wdrożonym GHP/GMP lub HACCP	17
Wyk. 4	11 najczęściej występujących zgrozeń w produktach zgłoszonych przez PL w 2021 r.	28
Wyk. 5	11 najczęściej występujących kategorii produktów pochodzących z Polski w 2021 r.	32
Wyk. 6	Powiadomienia dot. produktów pochodzących z PL zgłoszone z uwagi na obecność <i>Salmonella</i> w latach 2015 - 2021	33
Wyk. 7	Kraje, które zgłosiły powiadomienia RASFF dot. produktów pochodzących z PL w 2021 r.	36
Wyk. 8	Liczba przypadków odry w Polsce w latach 2011–2021	64
Wyk. 9	Liczba przypadków odry w 2021 r. według województw	65
Wyk. 10	Liczba przypadków odry w poszczególnych grupach wiekowych w 2021 r.	65
Wyk. 11	Przypadki odry w 2021 r. w kontekście statusu zaszczepienia	65
Wyk. 12	Status zaszczepienia przeciwko odrze w 2021 r. według grup wiekowych	66
Wyk. 13	Liczba przypadków różyczki w latach 2011–2021	66
Wyk. 14	Liczba przypadków różyczki w 2021 r. według województw	68
Wyk. 15	Liczba przypadków różyczki w 2021 r. w poszczególnych grupach wiekowych	69
Wyk. 16	Przypadki różyczki w 2021 r. w kontekście statusu zaszczepienia	69
Wyk. 17	Status zaszczepienia przeciwko różyczce w 2021 r. według grup wiekowych	69
Wyk. 18	Zapadalność na grypę i podejrzenia grypy w Polsce w sezonie epidemicznym 2020/2021 w porównaniu z poprzednimi sezonami	72
Wyk. 19	Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci ogółem, dzieci i młodzieży w Polsce w latach 1957-2021. Współczynniki na 100 000 ludności	75
Wyk. 20	Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2021 roku wg województw. Współczynniki na 100 000 ludności	75
Wyk. 21	Liczba zachorowań na salmonelozę w latach 2000–2021	79
Wyk. 22	Liczba przypadków zakażeń bakteryjnych wywołanych przez <i>E. coli</i> biegunkotwórcze w latach 2011–2021	79
Wyk. 23	Liczba przypadków zakażeń jelitowych wywołanych przez inne lub nieokreślone <i>E. coli</i> 2011–2021 r.	80
Wyk. 24	Wybrane czynniki zakaźne wywołujące zakażenia i zatrucia pokarmowe w 2021 r.	84
Wyk. 25	Liczba zachorowań na włośnicę w Polsce w latach 2005-2021	85
Wyk. 26	Liczba zatruc jadem kiełbasianym w Polsce w latach 2005–2021	86
Wyk. 27	Liczba zakażeń rotawirusami i norowirusami w latach 2015–2021	87
Wyk. 28	Liczba przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A w latach 2006-2021	90
Wyk. 29	Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w latach 2005–2021	95
Wyk. 30	Liczba osób mających kontakt ze zwierzętami podejrzanymi o wściekliznę i poddanych szczepieniom przeciwko wściekliznie w Polsce w latach 2005–2021	96
Wyk. 31	Liczba zachorowań na bąblowicę w Polsce w latach 2005–2021	99
Wyk. 32	Liczba sekwencji genomowych wirusa SARS-CoV-2 zdeponowanych w bazie GISAID z Polski do 31.12.2021 r.	104
Wyk. 33	Tygodniowy udział alertowych (VOC, ang. variants of concern) wariantów wirusa SARS-CoV-2 zarejestrowanych w bazie GISAID z Polski do 31.12.2021 r.	105
Wyk. 34	Zgłaszalność ognisk zakażeń szpitalnych w latach 2006-2021	115
Wyk. 35	Liczba ognisk epidemicznych zarejestrowanych w Polsce w latach 2020–2021	116
Wyk. 36	Liczba szpitali pod nadzorem organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej	116
Wyk. 37	Ogniska zakażeń 2021 – liczba szpitali pod nadzorem organów PIS /liczba szpitali, która zgłosiła ogniska zakażeń szpitalnych	117
Wyk. 38	Ogniska zakażeń 2021 rok a referencyjność podmiotu leczniczego	117
Wyk. 39	Certyfikaty jakości ISO/CMJ w podmiotach leczniczych	118
Wyk. 40	Czynniki etiologiczne zakażeń w pomiotach leczniczych z wyłączeniem wirusa SARS-CoV-2 w 2021 r.	118
Wyk. 41	Czynniki etiologiczne niezidentyfikowane w 2021 r.	119
Wyk. 42	Zgłoszenia ognisk epidemicznych w 2021 r.	120
Wyk. 43	Ogniska SARS-CoV-2 zgłoszone w 2021 r. z podziałem ognisk zakażeń zgłoszonych wśród pacjentów i personelu	120
Wyk. 44	Procentowy udział wybranych czynników alarmowych wywołujących ogniska epidemiczne w 2021 r.	121
Wyk. 45	Ogniska zakażeń wywołanych wirusem grypy w latach 2018–2021	121
Wyk. 46	Ogniska zakażeń <i>Clostridioides difficile</i> / zgłoszone ogniska zakażeń w latach 2017–2021 (w 2021 z 1012 ognisk, bez SARS-CoV-2)	122
Wyk. 47	Ogniska zakażeń <i>Klebsiella pneumoniae</i> z uwzględnieniem oporności czynnika zgłoszone w 2021 r.	123
Wyk. 48	Ogniska zakażeń <i>Klebsiella pneumoniae</i> MBL w latach 2014–2021	123
Wyk. 49	Badania mikrobiologiczne/tóżko/rok w 2021 r.	126
Wyk. 50	Średnia liczba badań mikrobiologicznych/tóżko/rok w poszczególnych latach	126
Wyk. 51	Średnia zapadalność na zakażenia w przeliczeniu na 1000 hospitalizacji w latach 2018-2021	127
Wyk. 52	Zakażenia szpitalne – zapadalność w przeliczeniu na 1000 hospitalizacji w latach 2018-2021	128
Wyk. 53	130
Wyk. 54	130
Wyk. 55	131

Wyk. 56	131
Wyk. 57	Pobór wody z podziałem na wody powierzchniowe i podziemne w latach 2000–2020	144
Wyk. 58	Ogólny pobór wody na potrzeby eksploatacji sieci wodociągowej w latach 2000–2019.....	145
Wyk. 59	Struktura podziału wodociągów w zależności od produkcji wody w 2021 r.	146
Wyk. 60	Struktura podziału ludności w zależności od produkcji wody w 2021 r.	147
Wyk. 61	Struktura podziału wodociągów i zaopatrywanej ludności w zależności od produkcji wody w 2021 r.	147
Wyk. 62	Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i małe dla poszczególnych województw.....	148
Wyk. 63	Liczba wodociągów z podziałem na wszystkie z ewidencji i duże dla poszczególnych województw	148
Wyk. 64	Liczba małych wodociągów w latach 2019–2021 z podziałem na poszczególne województwa	149
Wyk. 65	Liczba dużych wodociągów w latach 2019–2021 z podziałem na poszczególne województwa	149
Wyk. 66	Liczba podmiotów w ewidencji organów PIS posiadających własne ujęcia w latach 2010–2021	151
Wyk. 67	Wodociągi w 2021 r. spełniające wymagania dotyczące jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi	153
Wyk. 68	Liczba badań wykonanych w kierunku <i>Legionella</i> sp. dla poszczególnych województw	158
Wyk. 69	Liczba laboratoriów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonujących badania wody do spożycia.....	160
Wyk. 70	Liczba badań wykonanych w ramach kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej 2021 r.	161
Wyk. 71	Liczba badań wykonanych w ramach kontroli wewnętrznej wodociągów 2021 r.	161
Wyk. 72	Liczba pływalni, dla których organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadzorowały realizację harmonogramów badania wody	169
Wyk. 73	Liczba wydanych ocen wody na pływalniach w 2021 r. na podstawie zrealizowanych badań jakości wody na pływalniach	170
Wyk. 74	Zbiorcze roczne oceny za 2021 r.	171
Wyk. 75	Liczba kąpielisk morskich i śródlądowych oraz miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli w sezonie kąpielowym 2021 r.....	175
Wyk. 76	Liczba kąpielisk z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2021 r.	176
Wyk. 77	Liczba kąpielisk gdzie stwierdzono nadmierny zakwit sinic z podziałem na kategorie wody w sezonie kąpielowym 2021 r.	177
Wyk. 78	Klasyfikacja jakości wody w kąpieliskach po sezonie kąpielowym w 2021 r.	181
Wyk. 79	Zapobiegawczy nadzór sanitarny	197
Wyk. 80	Rozkład procentowy kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej obiektów użyteczności publicznej w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego.....	211
Wyk. 81	Zestawienie zakładów wg PKD z największą liczbą pracowników	214
Wyk. 82	Zestawienie procentowe zakładów pogrzebowych, w których stwierdzono nieprawidłowości	218
Wyk. 83	Zestawienie liczby przeprowadzonych kontroli w trakcie prac powodujących kontakt z azbestem w roku 2021	219
Wyk. 84	Liczba i rodzaj stwierdzonych chorób zawodowych w 2021 r.	221
Wyk. 85	Odsetek obiektów udzielających stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze stwierdzonymi uchybieniami w zakresie higieniczno-sanitarnym i technicznym w odniesieniu do wszystkich skontrolowanych z tej grupy.....	255
Wyk. 86	Procentowy udział obiektów działalności leczniczej ze stwierdzonym złym stanem higieniczno-sanitarnym i technicznym, tylko higieniczno-sanitarnym lub tylko technicznym w latach 2018–2021.....	257
Wyk. 87	Liczba kontroli w zakresie produktów biobójczych wg województwa w 2021 r.	265
Wyk. 88	Liczba wykrytych nieprawidłowości w zakresie produktów biobójczych wg województwa w 2021 r.	265
Wyk. 89	Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w wykrytych nieprawidłowościach w 2021 r.	266
Wyk. 90	Procentowy udział poszczególnych kategorii produktowych w kontrolach w 2021 r.	266
Wyk. 91	Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia REACH wg województw w 2021 r. Kontrole obejmują producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów	269
Wyk. 92	Liczba kontroli w zakresie rozporządzenia CLP wg województw w 2021 r. Kontrole obejmują producentów, importerów, wyłącznych przedstawicieli oraz dystrybutorów	270
Wyk. 93	Liczba wydanych decyzji w zakresie produktów kosmetycznych wg województw w 2021 r.	273
Wyk. 94	Liczba zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne wg województwa w 2021 r.....	274
Wyk. 95	Liczba skontrolowanych zakładów wytwarzających i konfekcjonujących produkty kosmetyczne wg województwa w 2021 r.	274
Wyk. 96	Liczba przeprowadzonych kontroli w zakresie prekursorów narkotyków w 2021 r z podziałem na województwa.....	278
Wyk. 97	Ilość wystanych powiadomień w systemie PEN-Online przed wywozem prekursorów kat. 2 i 3 z podziałem na kraje w 2021 r.	279
Wyk. 98	Liczba zatruc i podejrzeń zatruc NSP/ŚZ w Polsce w latach 2020 - 2021 z podziałem na miesiące	282

Tabele

Tab. 1	Jakość zdrowotna środków spożywczych	22
Tab. 2	Jakość zdrowotna środków spożywczych w 2019-2021 r. według grup żywności	23
Tab. 3	Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg zagrożeń	31
Tab. 4	Powiadomienia zgłoszone do RASFF przez Polskę wg kategorii	31
Tab. 5	Powiadomienia dot. produktów z Polski wg zagrożeń	35
Tab. 6	Powiadomienia dot. produktów z Polski wg kategorii	35
Tab. 7	Zakres badań próbek suplementów diety przeprowadzonych w 2021 r.	39
Tab. 8	Jakość zdrowotna suplementów diety – próbki zdyskwalifikowane w 2021 r.	39
Tab. 9	Zakres badań próbek żywności dla określonych grup przeprowadzonych w 2021 r.	41
Tab. 10	Jakość zdrowotna żywności dla określonych grup – próbki zdyskwalifikowane w 2021 r.	41

Tab. 11	Zakres badań próbek soli spożywczej i jej zamienników przeprowadzonych w 2021 r.	42
Tab. 12	Jakość zdrowotna soli spożywczej i jej zamienników – próbki zdyskwalifikowane.....	42
Tab. 13	Liczba uprawnionych grzyboznawców w poszczególnych województwach w 2021 r.	46
Tab. 14	Zatrucia grzybami w Polsce wg grup wiekowych w 2021 r.	47
Tab. 15	Zestawienie liczby zatruc grzybami w latach 2012-2021.....	47
Tab. 16	Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań, zapadalność na grypę oraz liczba osób skierowana do szpitala w Polsce zarejestrowana w latach 2015-2021.....	72
Tab. 17	Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w Polsce w okresie sezonowego szczytu zachorowań w sezonach 2019/2020 i 2020/2021.....	73
Tab. 18	Liczbę zachorowań na czerwonką w latach 2009-2021.....	81
Tab. 19	Dane epidemiologiczne dotyczące występowania wybranych chorób zakaźnych w Polsce w latach 2011-2021	100
Tab. 20	Liczba osób z zakażeniem w ogniskach potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2018-2021.....	119
Tab. 21	Liczba pacjentów i personelu z zakażeniem w ogniskach SARS-CoV-2 potwierdzona badaniami laboratoryjnymi w latach 2020-2021 ...	120
Tab. 22	Struktura wodociągów w 2021 r.	145
Tab. 23	Liczba badań wykonanych na pływalniach przez zarządzających pływalnią oraz organy PIS z podziałem na ocenę jakości wody w 2021 r.	169
Tab. 24	Liczba wydanych zbiorczych rocznych ocen za 2021 r. jakości wody w 2020 r.	171
Tab. 25	Liczba kąpielisk nadzorowanych w latach 2014-2021	175
Tab. 26	Liczba kąpielisk w poszczególnych województwach z podziałem na rodzaj.....	176
Tab. 27	Liczba bieżących ocen o jakości wody wydawanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sezonie kąpielowym w 2021 r.	177
Tab. 28	Liczba miejsc okazjonalnie wykorzystywanych do kąpeli wg ewidencji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej	180
Tab. 29	Liczba zakładów	203
Tab. 30	Kontrole solariumów w latach 2018-2021	204
Tab. 31	Dane porównawcze wyników kontroli w latach 2017-2021	211
Tab. 32	Liczba wykonanych oznaczeń czynników szkodliwych / uciążliwych w roku 2021	223
Tab. 33	Zgody i zezwolenia w latach 2020-2021	226
Tab. 34	Nadzór nad jednostkami prowadzącymi działalność z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.....	227
Tab. 35	Nadawanie uprawnień	228
Tab. 36	Liczba osób przeszkolonych w zakresie ochrony radiologicznej wg specjalności	228
Tab. 37	Ochrona przed polem elektromagnetycznym w środowisku pracy	230
Tab. 38	Liczba wykonanych pomiarów w 2021 r.	230
Tab. 39	Analiza porównawcza liczby przeprowadzonych kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w placówkach nauczania i wychowania w latach 2019-2021.....	239
Tab. 40	Liczba skontrolowanych placówek działalności leczniczej wykonywanej przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	253
Tab. 41	Tabela danych porównawczych wyników kontroli obiektów działalności leczniczej w latach 2018-2021.....	256
Tab. 42	Stan sanitarny pomieszczeń i urządzeń wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez praktykę zawodową.....	258
Tab. 43	Wskaźnik zatruc NSP/ŚZ na 100 tys. mieszkańców według grup wiekowych w 2021 r.	283
Tab. 44	Działania Zespołu zrealizowane w 2021 r.	287

Rysunki

Rys. 1	Wściekliczna – plakaty informacyjne	97
Rys. 2	Liczba wodociągów małych produkujących wodę przeznaczoną do spożycia w stosunku do zaopatrywanej ludności w 2021 r.	146
Rys. 3	Strona główna Serwisu kąpieliskowego	182
Rys. 4	Widok mapy lokalizującej kąpieliska w Polsce	183
Rys. 5	Widok wykazu kąpielisk	184
Rys. 6	Widok przykładowej infrastruktury kąpieliska.....	184
Rys. 7	Widok szczegółowego raportu dla wybranego kąpieliska	185
Rys. 8	Strona główna gov.pl/gis	296
Rys. 9	Post z serwisu Facebook - kampania #SzczepienieJestSpoko (powód #5)	298
Rys. 10	Post z serwisu Twitter - Profilaktyka zdrowia kobiet (8 marca).....	299
Rys. 11	Post z serwisu Instagram dotyczący objawów grypy.....	300

